

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

2016 - 2018



INCAIL

**Comprensivo del Programma Triennale
per la Trasparenza e l'Integrità**

INDICE

PREMESSA	pag. 9
Il quadro normativo	pag. 12

SEZIONE I - PARTE GENERALE

Parte I – L’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

1.1	I compiti dell’Inail	pag. 15
1.2	Il Sistema di <i>Governance</i>	pag. 17
1.3	Il Modello Organizzativo	pag. 18
1.4	Analisi del contesto	pag. 23

SEZIONE II - PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Parte II - Soggetti e ruoli della prevenzione della corruzione

2.1	Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	pag. 24
2.2	Il <i>Work-team</i> e i Referenti dell’Anticorruzione	pag. 27
2.3	L’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance	pag. 29
2.4	Il Collegio dei sindaci	pag. 29
2.5	L’Avvocatura Generale dell’Istituto	pag. 29
2.6	L’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari	pag. 30
2.7	Il personale dirigente	pag. 30
2.8	Il personale dell’Istituto	pag. 31
2.9	I collaboratori esterni	pag. 32

Parte III - Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

3.1	Il disegno generale del Piano	pag. 33
-----	-------------------------------	---------

Parte IV - Individuazione delle aree di rischio

4.1	Linee generali di intervento	pag. 35
4.1.1	<i>La mappatura dei processi</i>	pag. 35
4.2	La valutazione dei rischi nelle aree del Piano Nazionale Anticorruzione	pag. 37
4.2.1	<i>Acquisizione e progressione del personale</i>	pag. 37
4.2.2	<i>Contratti pubblici</i>	pag. 38
4.2.3	<i>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</i>	pag. 39
4.2.4	<i>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</i>	pag. 39

4.2.5	<i>Ulteriori Processi strumentali</i>	pag. 40
4.2.6	<i>Ulteriori Processi istituzionali</i>	pag. 41
4.3	Gestione del rischio e il suo monitoraggio	pag. 42
4.3.1	<i>Assessment e reporting: uno specifico applicativo informatico</i>	pag. 43
4.4	Ulteriori sviluppi delle analisi e monitoraggio dei rischi	pag. 43
4.5	Nuove iniziative di informatizzazione del processo di gestione dei rischi	pag. 46
4.6	La pianificazione triennale delle ulteriori misure di contrasto alla corruzione	pag. 46

Parte V – Azioni e misure obbligatorie per la riduzione del rischio di corruzione

5.1	Il Codice di comportamento	pag. 48
5.2	L'attuazione della rotazione del personale nelle aree particolarmente esposte a rischio corruzione	pag. 50
5.3	Rotazione del personale sottoposto a procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva	pag. 51
5.4	Monitoraggio dei procedimenti disciplinari, penali e di responsabilità amministrativa	pag. 52
5.5	Il conflitto di interessi e le incompatibilità	pag. 52
5.5.1	<i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi</i>	pag. 52
5.5.2	<i>Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice</i>	pag. 55
5.5.3	<i>La formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione</i>	pag. 58
5.6	Le attività successive alla cessazione del servizio (<i>pantouflage o revolving doors</i>)	pag. 59
5.7	La tutela del <i>whistleblower</i>	pag. 61
5.8	Il monitoraggio dei rapporti amministrazione/soggetti esterni	pag. 65
5.9	Indicazione delle disposizioni relative al ricorso all'arbitrato	pag. 65
5.10	Il monitoraggio sul rispetto dei termini dei procedimenti	pag. 65
5.11	Le azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	pag. 66
5.12	Il Piano della formazione a supporto delle politiche di contrasto alla corruzione	pag. 67
5.12.1	<i>I destinatari della formazione nelle aree a rischio elevato</i>	pag. 68
5.12.2	<i>Le attività formative in corso</i>	pag. 68

Parte VI – Misure ulteriori di contrasto alla corruzione

6.1	La pianificazione triennale delle ulteriori misure di contrasto alla corruzione	pag. 70
6.2	Misure relative ai processi peculiari dell'Istituto	pag. 70
6.2.1	<i>Minisito del Servizio Ispettorato e Sicurezza</i>	pag. 70
6.3	Misure di carattere trasversale	pag. 71
6.3.1	<i>La proceduralizzazione delle attività</i>	pag. 71
6.3.2	<i>Attività di prevenzione degli infortuni sul lavoro a supporto dei Datori di lavoro interni</i>	pag. 72
6.3.3	<i>L'informatizzazione dei processi e la sicurezza applicativa</i>	pag. 74
6.3.4	<i>La Metodologia adottata per l'Analisi dei Rischi dati</i>	pag. 77
6.3.5	<i>La creazione di un sistema strutturato di monitoraggio atto a ridurre il rischio di un utilizzo improprio delle informazioni</i>	pag. 80
6.3.6	<i>Controllo dell'efficacia delle misure di sicurezza Informatica e Telematica (IT)</i>	pag. 81
6.3.7	<i>Avvio di attività periodiche di verifica dell'efficacia del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni</i>	pag. 81
6.3.8	<i>Attività periodiche di verifica di attuazione delle policy, delle linee guida e dei requisiti cogenti in ambito Informatico e Telematico (IT)</i>	pag. 84
6.3.9	<i>Percorso verso la certificazione ISO 27001:2013 e 9001:2015 in ambito Informatico e Telematico (IT) e le successive evoluzioni</i>	pag. 84
6.3.10	<i>Gestione della sicurezza economico finanziaria</i>	pag. 86
6.3.11	<i>Modello Inail IT Vendor Rating</i>	pag. 88
6.3.12	<i>L'Audit operativo sui fornitori come misura primaria di prevenzione</i>	pag. 88
6.3.13	<i>I Patti di integrità negli affidamenti</i>	pag. 89
6.3.14	<i>La Carta dei servizi</i>	pag. 89
6.3.15	<i>Il monitoraggio degli obiettivi di produzione</i>	pag. 90
6.3.16	<i>Il collegamento con il ciclo della performance</i>	pag. 90
6.4	Audit operativo e area analisi: il Progetto ARCO	pag. 92
6.4.1	<i>ARCO Rischi</i>	pag. 93
6.4.2	<i>ARCO Audit operativo</i>	pag. 93
6.4.3	<i>ARCO Trasparenza</i>	pag. 95
6.4.4	<i>ARCO Compliance</i>	pag. 95
6.4.5	<i>ARCO Data Analysis</i>	pag. 96

SEZIONE III - PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ**Parte VII – La Trasparenza**

7.1	La trasparenza in generale	pag. 99
7.2	Le principali novità	pag. 101
7.3	Obiettivi in materia di trasparenza	pag. 102
7.4	La trasparenza e l'integrità nel ciclo della performance	pag. 103
7.5	Soggetti che hanno collaborato nell'individuazione dei contenuti del Programma	pag. 109
7.6	Coinvolgimento degli <i>stakeholder</i>	pag. 109
7.7	Iniziative per la comunicazione e diffusione dei contenuti del Programma	pag. 110
7.8	Giornata della Trasparenza	pag. 110

Parte VIII - Il processo di attuazione del Programma della Trasparenza

8.1	Gli obblighi di pubblicazione	pag. 112
8.2	Soggetti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati	pag. 112
8.3	Referenti per la Trasparenza e modalità di coordinamento con il Responsabile	pag. 113
8.4	Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi	pag. 114
8.5	Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto del Responsabile della Trasparenza	pag. 114
8.6	Strumenti e tecniche di rivelazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"	pag. 115

Parte IX - Accesso civico	pag. 117
---------------------------	----------

SEZIONE IV – DATI ULTERIORI

Parte X - Gli <i>open data</i>	pag. 118
--------------------------------	----------

SEZIONE V - ADOZIONE, ENTRATA IN VIGORE, PUBBLICITÀ ED AGGIORNAMENTI DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**Parte XI – Procedura aperta**

11.1	Il procedimento di elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	pag. 120
11.2	Il procedimento di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	pag. 122
11.3	Trasmissione all'ANAC e pubblicazione nel sito web istituzionale	pag. 123

11.4	Entrata in vigore e validità	pag. 124
11.5	Iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	pag. 124
11.6	Il processo di revisione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	pag. 124

SEZIONE VI - APPENDICE

Normativa e prassi di riferimento	pag. 127
Allegati	pag. 130

Legenda

ANAC = Autorità Nazionale Anticorruzione

OIV = Organismo Indipendente per la Valutazione della Performance

PP = Piano della performance

PNA = Piano Nazionale Anticorruzione

PTPC = Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

PTTI = Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

UPD = Ufficio Procedimenti Disciplinari

Responsabile = Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

PREMESSA

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* e i suoi provvedimenti attuativi (D.Lgs n. 235/2012; D.Lgs n. 33/2013; D.Lgs n. 39/2013 e DPR n. 62/2013), in linea con le politiche e gli accordi vigenti a livello internazionale, hanno introdotto nell'ordinamento un'articolata disciplina volta alla realizzazione, nell'ambito dell'amministrazione pubblica, di un sistema organico per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità, valorizzando, tra l'altro, la trasparenza dell'azione pubblica quale strumento cardine di contrasto a fenomeni di *maladministration*.

Il Decreto legge n. 90/2014, ha individuato nell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), il soggetto istituzionalmente deputato all'attività d'indirizzo, coordinamento e controllo del sistema; laddove, le singole amministrazioni sono chiamate, annualmente, all'adozione e implementazione di strumenti gestionali interni, quali il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), finalizzati all'effettiva realizzazione delle politiche di prevenzione e trasparenza.

In attuazione di quanto previsto dalla legge e sulla base delle indicazioni fornite dalle Autorità preposte, all'esito di un'articolata procedura aperta alla partecipazione dei propri *stakeholder*, l'Inail, nel corso dell'ultimo biennio, ha adottato, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (Responsabile), i prescritti Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione 2014-2016 e 2015-2017, comprensivi dei Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità (determinazioni del Presidente n. 65/2014 e 197/2015).

La consuntivazione delle attività, delle iniziative e delle misure programmate da detti Piani è contenuta nelle Relazioni annuali che, ai sensi dell'art. 1, comma 14, legge n. 190/2012, il Responsabile ha redatto e pubblicato sul sito web istituzionale, inviandone copia all'Organo di indirizzo politico-amministrativo (*Allegato 1*).

La nozione di corruzione considerata nell'elaborazione del presente documento, coerentemente a quanto evidenziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica con la Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 nonché dalla stessa ANAC con la Delibera n. 12/2015, è *comprensiva di tutte le situazioni in cui si riscontri l'abuso, da parte del funzionario pubblico, nell'esercizio dell'attività amministrativa, del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati*.

Il termine "corruzione" deve ritenersi, pertanto, riferito:

- alle fattispecie penalistiche riguardanti i delitti contro la pubblica amministrazione;
- a tutti i casi in cui si accertino cause di malfunzionamento della macchina amministrativa dovute all'indebito utilizzo a vantaggio privato dei poteri attribuiti.

Secondo tale accezione, le situazioni rilevanti ricomprendono quindi anche quelle in cui – pur non verificandosi una situazione penalmente perseguibile – si realizzi una “distorsione” dell'azione amministrativa, in violazione dei principi di trasparenza e di imparzialità cui l'azione pubblica deve costantemente ispirarsi.

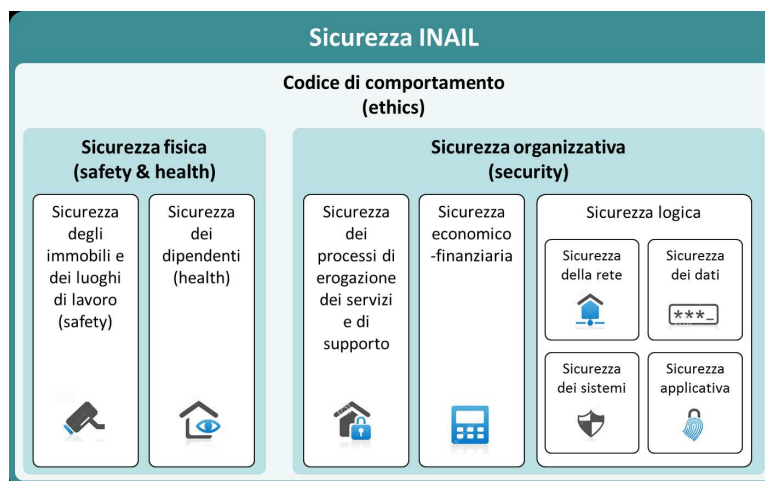
Tale “distorsione”, oltre a determinare atteggiamenti eticamente discutibili, rappresenta un costo per la collettività, non solo diretto (come nell'ipotesi di esborsi illegittimi di denaro pubblico), ma anche indiretto, quando si concretizza in ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi, nel malfunzionamento degli uffici e nel conseguente sentimento di sfiducia dei cittadini nei confronti della pubblica amministrazione.

La legge n. 190/2012, nell'intento di prevenire il verificarsi di tali situazioni che, anche solo potenzialmente, determinino o aumentino il rischio che gli interessi pubblici possano essere compromessi dal perseguimento di interessi privati, è intervenuta modificando alcune norme fondamentali che regolano l'agire dei dipendenti pubblici e la disciplina dei procedimenti amministrativi.

Di qui il progetto di ricondurre all'interno di un più generale concetto di sicurezza l'insieme di attività di prevenzione della corruzione: una sicurezza che lentamente dovrà strutturare i tanti sistemi di controllo preesistenti in un *corpus* unitario strettamente interconnesso e capace di trasformare quella che un tempo era una semplice attività di verifica in un motore di innovazione e crescita per tutto il sistema.

Il modello sul quale l'Istituto sta lavorando prevede due binari:

- analisi dei comportamenti dei soggetti che nell'Ente operano sia come dipendenti che come consulenti, fornitori o comunque come portatori di interessi particolari (*ethics*);
- elaborazione di una strategia complessiva che sul piano organizzativo rafforzi la struttura operativa riducendo le possibilità di comportamenti anomali o comunque di danni all'amministrazione (Safety & Health e Security)



A tal fine il Piano prevede la gestione di un insieme di misure di carattere preventivo (*ethics*), volte a incidere su molti dei comportamenti e fattori che potrebbero favorire la diffusione del fenomeno corruttivo, rafforzando l'integrità morale dei funzionari pubblici e promuovendo la diffusione dei principi della trasparenza e dell'efficienza della pubblica amministrazione, puntando ad un forte sviluppo delle competenze:

- sulla legalità
- sul contenuto dei codici di comportamento e disciplinare
- sugli strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione
- in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Entro tale cornice generale le successive macro-aree relative alla sicurezza fisica e organizzativa, prevedono misure di controllo e monitoraggio - stabilite in coerenza alle principali fonti e linee guida anche internazionali di riferimento¹ - che si ritiene possano assicurare l'Istituto dal verificarsi di eventi di perdita rilevanti.

¹ *Ex pluribus*, nei diversi settori o attività quali:

- settore Bancario/Accordi di Basilea III: relativamente alla definizione del *risk appetite framework* e di tutti i sistemi di controllo e sicurezza collegati finalizzati al monitoraggio costante dell'adeguatezza dei requisiti patrimoniali;
- settore Sicurezza Informatica/protocollo COBIT: traduzione delle esigenze aziendali di business, di rischio e di conformità in un piano generale di sicurezza IT che tenga in considerazione l'infrastruttura IT e la cultura della sicurezza aziendali insieme ad appropriati investimenti in servizi, personale, software e hardware. Comunicazione delle politiche e procedure di sicurezza agli stakeholder e agli utenti;
- gestione della privacy sia sul versante esterno che interno;
- Direttiva Europea quadro per la SSL (salute e sicurezza sul lavoro): dove si prevede l'introduzione di misure adeguate aventi come priorità l'eliminazione dei rischi alla fonte, documentazione e rivalutazione periodica dei rischi sul luogo di lavoro;
- normativa generale in materia di controlli amministrativi e contabili; nonché quella generale ed interna in materia di investimenti riguardo alla prospettiva economico - finanziaria.

Per ciascuna macro-area sono in fase di sviluppo modelli di *governance* e strumenti di monitoraggio *ad hoc*, anche attraverso l'identificazione di appositi "indicatori di rischio" e di "soglie di tolleranza" che per ciascun ambito rappresenteranno il primo livello di presidio e prevenzione.

Gli ulteriori livelli di prevenzione saranno rappresentati dai controlli di conformità, relativamente all'applicazione di quei presidi (secondo livello) e dai controlli di revisione interna finalizzati ad accertare le violazioni di procedura e/o della regolamentazione (terzo livello).

Il quadro normativo

Il quadro normativo di riferimento per la redazione del presente Piano si è progressivamente arricchito dopo l'entrata in vigore della legge n. 190/2012.

Si riportano le principali norme e la prassi in materia (circolari, linee guida, ecc, emanate a scopi interpretativi o di indirizzo), di cui si è tenuto conto nella stesura del presente documento:

- Legge 6 novembre 2012, n. 190: *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della pubblica amministrazione"*;
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013: *"Legge n. 190/2012. Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33: *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62: *"Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*;
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39: *"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"*;

- Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall'ANAC con Delibera. n. 72 dell'11 settembre 2013;
- Decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179: *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"* convertito con modificazioni dalla legge n. 221/2012;
- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101: *"Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni"* convertito con legge n. 125/2013;
- Documento formalmente approvato e pubblicato sul sito internet del Dipartimento della Funzione Pubblica in data 26 giugno 2014 contenente i *"Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti"* elaborato a seguito della chiusura del tavolo tecnico a cui hanno partecipato il Dipartimento della Funzione Pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato a ottobre 2013, in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013;
- Delibera ANAC n. 75 del 24 ottobre 2013: *"Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001)"*;
- Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90: *"Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"* convertito con modificazioni dalla legge n. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all'ANAC delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, commi 4, 5, e 8 della legge n. 190/2012, nonché in materia di trasparenza di cui all'art. 48 del D.Lgs n. 33/2013;
- *"Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento"* approvato dall'ANAC il 9 settembre 2014;
- Delibera ANAC n. 144 del 7 ottobre 2014: *"Obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni"*;
- Delibera ANAC n. 146 del 18 novembre 2014: *"Delibera in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione e dal piano triennale di prevenzione della corruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le"*

regole sulla trasparenza (articolo 1, comma 3, della legge 6 novembre 2012, n. 190);

- *Delibera ANAC n. 148 del 3 dicembre 2014: "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità";*
- *Determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015: "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)";*
- *Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015: "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici";*
- *Legge 27 maggio 2015, n. 69: "Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio";*
- *Legge 7 agosto 2015, n. 124: "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";*
- *Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015: "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".*

Completano il quadro normativo di riferimento le fattispecie di reato dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione, alcuni dei quali rivisitati o inseriti nel contesto codicistico dalla legge n. 190/2012 e dalla legge n. 69/2015, per la cui disamina si rimanda all'*Allegato 2*.

SEZIONE I: PARTE GENERALE

PARTE I – L'ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

1.1 I compiti dell'Inail

L'Inail gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

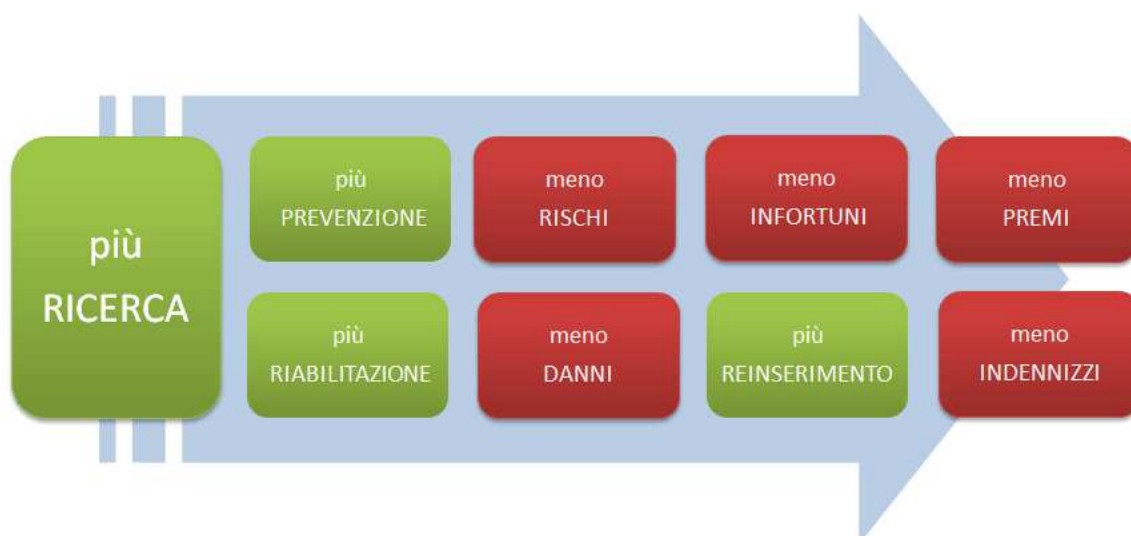
Il D.Lgs n. 81/2008 (modificato dal D.Lgs n. 106/2009) e la legge n. 122/2010 hanno ampliato la sfera delle attribuzioni dell'Inail, tanto da consentire all'Istituto di porsi quale garante di una forma di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali globale ed integrata, comprensiva degli interventi di ricerca, prevenzionali, curativi, indennitari, riabilitativi e di reinserimento socio-lavorativo, in una logica di stretta integrazione e collaborazione con gli altri soggetti operanti nel sistema del *welfare*.

In particolare il D.Lgs n. 81/2008 (modificato dal D.Lgs n. 106/2009) ha integrato ed ampliato le funzioni sanitarie dell'Inail, mentre la legge n. 122/2010 gli ha attribuito le funzioni in precedenza svolte dai soppressi Ispesl ed Ipsema, aprendo la via per la concreta realizzazione del Polo della salute e sicurezza.

Alla luce dell'ampliamento del proprio mandato istituzionale, l'Inail sta reinterpreta la propria *mission* secondo le seguenti direttrici:

- da Ente assicuratore unico a promotore di un sistema a rete della salute e sicurezza;
- da soggetto erogatore di prestazioni economiche a garante della tutela integrata;
- da riabilitazione come "onere aggiuntivo", a riabilitazione come *asset* strategico per attivare il circolo virtuoso del reinserimento del lavoratore tecnopatico o infortunato nel mondo del lavoro;
- virtualizzazione dell'attività e multicanalità come impulso alla riorganizzazione dei processi e della struttura.

La tutela integrata e globale deve innescare *nuove sequenze virtuose*:



Entrambe le sequenze comportano *minori costi del lavoro e minori costi sociali*.

Inoltre l'Istituto, in possesso di un rilevante patrimonio di informazioni sugli infortuni e le malattie professionali, di fatto assurge ad un ruolo di "Authority delle conoscenze per la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro" rendendo pubblico (nel senso degli open data) questo patrimonio informativo al fine di consentirne l'utilizzo per la programmazione, tra l'altro, delle politiche di prevenzione e per indirizzare le attività di vigilanza.

Nella sezione *Open data* del proprio sito istituzionale (Amministrazione Trasparente), l'Inail rende pubbliche le informazioni sui casi di infortunio e malattia professionale, a livello di massima granularità (caso per caso), rappresentate col "modello di lettura" definito su una struttura di tabelle.

Gli sviluppi del 2015 hanno visto l'arricchimento di tale sotto sezione con le informazioni riguardanti i dati mensili sulle denunce di malattie professionali e l'avvio dello studio degli aspetti economici degli infortuni e delle malattie professionali. Nel 2016 si procederà alla definizione di dataset relativi a costi di infortuni e malattie professionali, nonché ad un progressivo arricchimento delle informazioni presenti. Sono allo studio anche implementazioni nei processi di pubblicazione dei dati e strumenti per incentivarne l'utilizzo e il miglioramento della qualità.

1.2 Il Sistema di Governance

L'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto sono basati sul criterio di separazione tra le funzioni di indirizzo politico e quelle di amministrazione e gestione.

Il Sistema di *Governance*, così come modificato dalla legge n. 122/2010, si articola nei seguenti Organi:

Il **Presidente**, Organo di indirizzo politico-amministrativo, riveste il ruolo di legale rappresentante dell'Istituto. Esercita le funzioni in precedenza svolte dal Consiglio di Amministrazione in ordine alla predisposizione dei piani pluriennali, del bilancio preventivo, del conto consuntivo, dei piani di investimento e di disinvestimento, nonché all'approvazione dei piani annuali di gestione e dei regolamenti interni. Trasmette trimestralmente al Consiglio di Indirizzo e Vigilanza (CIV), su proposta del Direttore Generale, una relazione sull'attività svolta, con particolare riferimento al processo produttivo ed ai profili finanziari. Adotta il PTPC (Piano triennale di prevenzione della corruzione) comprensivo del PTTI (Programma triennale per la trasparenza e l'integrità) e nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nomina, d'intesa con il CIV, i membri dell'Organismo Indipendente per la Valutazione della Performance (OIV).

Il **Consiglio di Indirizzo e Vigilanza**, Organo rappresentativo dell'Istituto con funzioni di indirizzo e vigilanza, si configura come Organo politico-istituzionale che, essendo composto da rappresentanti delle parti sociali, esprime i bisogni degli *stakeholder*, in particolare attraverso i documenti di pianificazione strategica (Relazione programmatica) che individuano le linee di indirizzo delle principali attività, le proposte di modifiche normative e le iniziative per facilitare il compiuto adempimento delle diversificate e crescenti attribuzioni conferite all'Istituto.

Il **Collegio dei sindaci**, con il compito di vigilare sull'osservanza della normativa generale e dei regolamenti propri dell'Istituto, svolge funzioni di revisione e controllo amministrativo contabile.

Il **Direttore Generale** ha la responsabilità complessiva della gestione dell'Ente di cui sovrintende l'organizzazione, l'attività ed il personale, assicurandone l'unità operativa e di indirizzo tecnico-amministrativo, disponendo, tra l'altro, la proposta e l'esecuzione delle determinazioni presidenziali. Al Direttore Generale competono, inoltre, i poteri di controllo sugli atti e sulla gestione delle attività delle Strutture dell'Istituto.

1.3 Il Modello Organizzativo

L'evoluzione normativa degli ultimi anni - che ha comportato, da un lato, un ampliamento delle funzioni dell'Istituto (D.Lgs n. 81/2008, come modificato dal D.Lgs n. 106/2009; Decreto legge n. 78/2010 convertito dalla legge n. 122/2010) e, dall'altro, la necessità di adeguarsi ai vincoli imposti dalle numerose manovre in tema di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica - ha reso necessario definire un nuovo assetto organizzativo dell'Istituto idoneo a salvaguardare:

- il perseguimento della *mission* istituzionale connessa al consolidamento del ruolo di Ente pubblico quale erogatore nel Paese di una porzione fondamentale delle tutele welfare (polo salute e sicurezza);
- i consistenti recuperi in termini di efficienza gestionale al fine di continuare a garantire servizi di qualità pur in presenza di risorse decrescenti.

Il Regolamento di organizzazione, da ultimo modificato con determinazione del Presidente n. 297 del 30 luglio 2015, prevede un assetto territoriale dell'Istituto che si articola in:

- Direzione generale;
- Direzioni regionali;
- Direzioni provinciali di Trento e Bolzano;
- Sede regionale di Aosta;
- Direzioni territoriali.

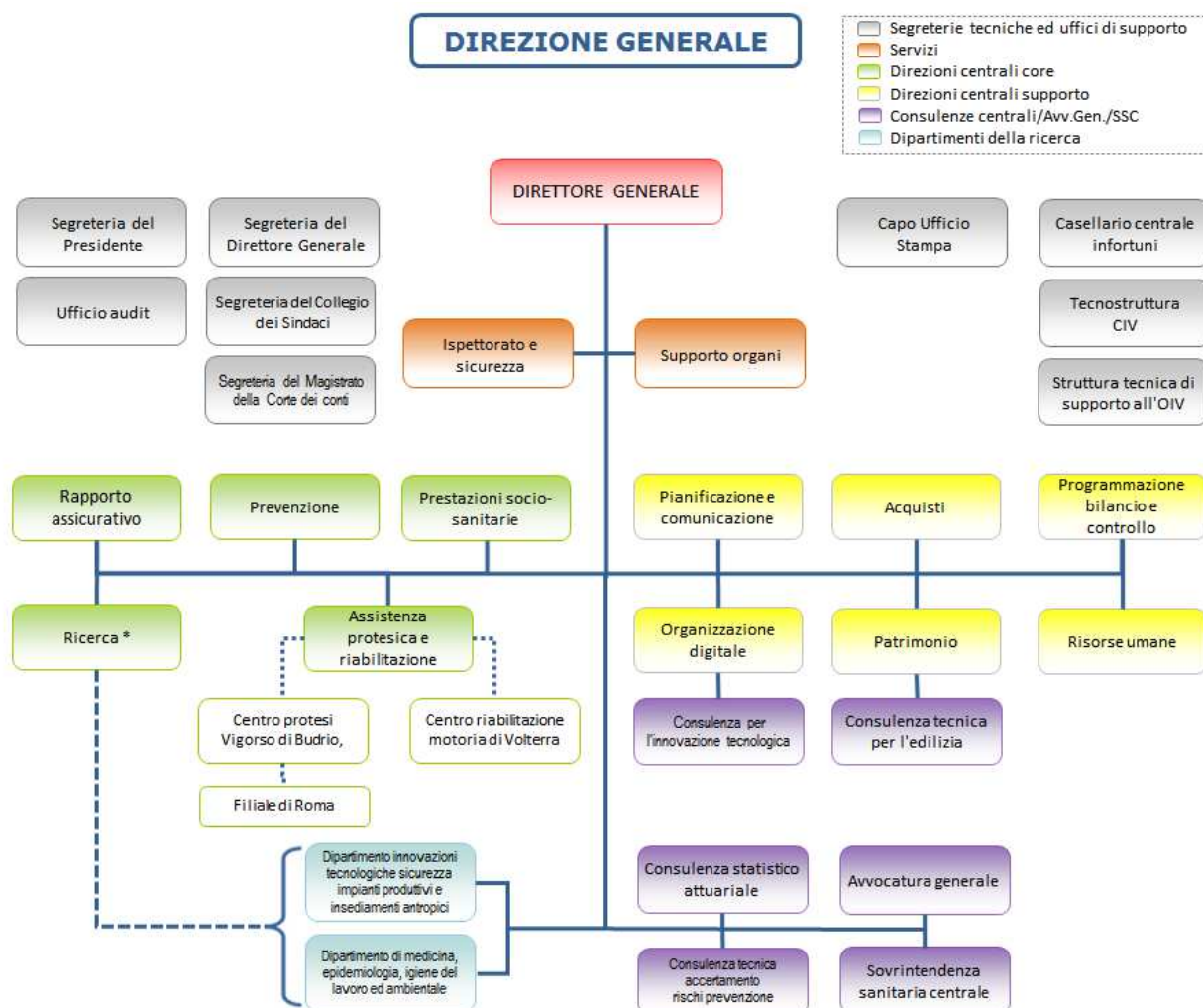
La Direzione generale

La Direzione generale svolge funzioni di direzione, coordinamento, indirizzo, programmazione e controllo, per l'attuazione delle direttive degli Organi.

Svolge compiti di presidio e di gestione accentrata in ordine a determinate materie o funzioni.

La Direzione generale si articola al suo interno in:

- Direzioni centrali;
- Servizi;
- Dipartimenti di ricerca;
- Sovrintendenza sanitaria centrale;
- Avvocatura generale;
- Consulenze professionali centrali.



* la Direzione centrale ricerca è responsabile del coordinamento e della gestione amministrativa delle attività dei Dipartimenti della ricerca

Le Direzioni Regionali

Le Direzioni regionali sono responsabili del governo del territorio di competenza e assicurano, per il tramite delle Direzioni territoriali, l'erogazione dei servizi istituzionali.

Le Direzioni regionali, suddivise in cinque tipologie in ragione delle dimensioni e del grado di complessità gestionale, si articolano in:

- Uffici;
- Sovrintendenze sanitarie regionali;
- Avvocature regionali e, ove presenti, Avvocature distrettuali;
- Consulenze professionali regionali;
- Unità operative territoriali di certificazione, verifica e ricerca;
- Direzioni territoriali.

Si riporta, a titolo esemplificativo, la struttura organizzativa di una Direzione regionale.



Le Direzioni Territoriali

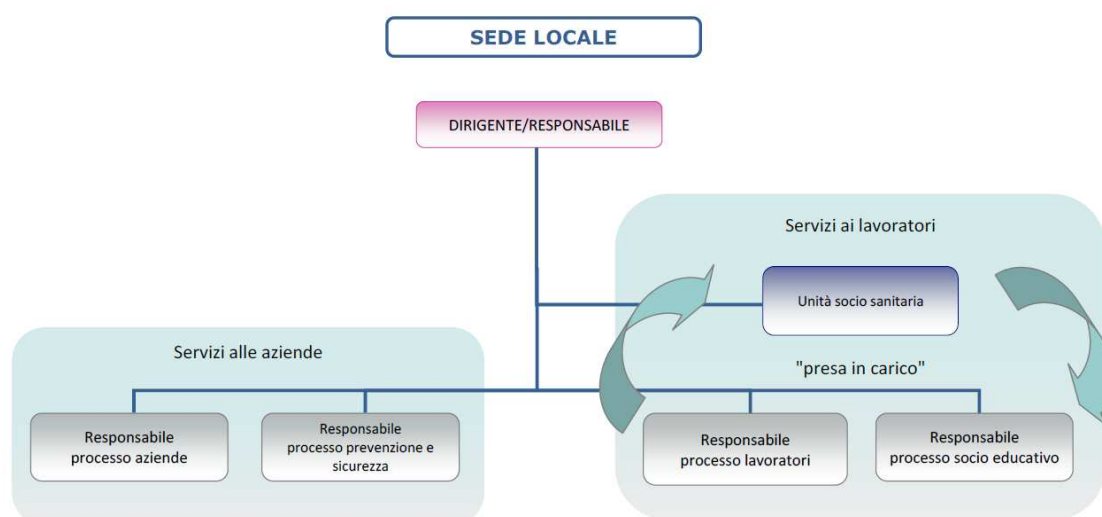
Il presidio del territorio è garantito dalle Direzioni territoriali che si articolano in Sedi locali e Agenzie.

Le Direzioni territoriali garantiscono la gestione dell'attività assicurativa e la tutela nei confronti dei lavoratori, attraverso un "sistema integrato" di interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, di prestazioni sanitarie ed economiche e di reinserimento sociale e lavorativo.

Le Direzioni territoriali si suddividono in:

- Direzioni territoriali composte da un'unica Sede locale affidata alla responsabilità del Dirigente;
- Direzioni territoriali composte da una pluralità di Sedi locali che, oltre alla sede affidata alla responsabilità del Dirigente, comprendono anche Sedi affidate alla responsabilità di un funzionario che risponde al Direttore territoriale.

Si riporta, a titolo esemplificativo, la struttura organizzativa di una Sede locale.



L'anno 2016 vedrà il consolidamento del Nuovo modello organizzativo attraverso il completamento del percorso di razionalizzazione e di trasformazione dell'Istituto che ha trovato la sua espressione definitiva con l'approvazione del citato Regolamento di organizzazione (determinazione del Presidente n. 297/2015).

Nel corso del 2015, infatti, è stata effettuata la prevista verifica annuale in relazione all'attuazione dell'intero modello introdotto con la precedente determinazione presidenziale n. 332/2013.

Sulla base dei risultati della verifica sono stati individuati e posti in essere gli interventi correttivi volti al superamento delle criticità riscontrate sintetizzabili principalmente nella individuazione di un punto di coordinamento sia delle attività di pianificazione dell'Istituto nonché delle funzioni di comunicazione e di promozione delle attività strumentali alla realizzazione dei piani di attività. A tale esigenza si è pensato di dare risposta tramite l'istituzione della Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione che svolgerà, oltre alle citate funzioni, anche quelle di coordinamento delle iniziative legislative.

In ordine alle attività istituzionali, nell'ottica di costituire un governo complessivo delle attività assicurative dell'Istituto e di presidiare con la necessaria efficacia sia l'attuazione del nuovo modello sanitario, sia le funzioni peculiari di produzione ed erogazione diretta di servizi protesici e riabilitativi, nonché la ricerca nei medesimi ambiti, sono state individuate linee di intervento che hanno interessato le funzioni precedentemente in capo alle Direzioni Centrali Rischi, Prestazioni Economiche e Prestazioni Sanitarie e Reinserimento. In particolare, sono state istituite:

- a) la Direzione Centrale Rapporto Assicurativo, con attribuzione della responsabilità di tutte le funzioni relative alla gestione del rapporto assicurativo, sia dal lato delle entrate sia da quello delle uscite e delle relative attività medico legali;
- b) la Direzione Centrale Prestazioni Socio – Sanitarie, con responsabilità in tema di attuazione del nuovo modello sanitario dell'Istituto, indirizzo e coordinamento dell'attuazione dell'Accordo Quadro in sede di conferenza Stato – Regioni del 2 febbraio 2013, funzioni relative alle prestazioni sanitarie (es. ambulatori prime cure), con esclusione delle attività medico – legali relative al rapporto assicurativo, reinserimento sociale e lavorativo;
- c) la Direzione Centrale Assistenza Protesica e Riabilitazione, con responsabilità della gestione delle funzioni di produzione, erogazione diretta e ricerca in ambito protesico e riabilitativo (Centro Protesi di Vigorso di Budrio e relative filiali, Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra, ambulatori FKT).

1.4 Analisi del contesto

In un'ottica di miglioramento continuo, nel corso del 2015, sono state avviate le attività propedeutiche all'implementazione di un'analisi strutturata del contesto nell'ambito del quale il Piano viene elaborato e trova concreta attuazione. Si tratta di iniziative che, nel medio-termine, saranno in grado di fornire dati e informazioni funzionali sia alla costante evoluzione del sistema di prevenzione della corruzione sia all'innalzamento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione istituzionale.

Come meglio illustrato nella parte del Piano dedicata allo svolgimento delle attività di monitoraggio e controllo dei rischi (*cfr.* Parte IV, par. 4.3 e segg.), l'analisi prenderà le mosse dalla rilevazione e dall'esame dei fenomeni e delle condotte non conformi alle regole che informano le diverse attività amministrative e gestionali dell'Istituto, passando attraverso una categorizzazione degli eventi anomali in rapporto alle aree organizzative, geografiche e socio-economiche nelle quali gli stessi si manifestano.

In questa prospettiva, il potenziamento dei sistemi di monitoraggio sugli esiti dell'attività di audit operativo territoriale e più ancora la predisposizione di un sistema strutturato di audit direzionale semestrale, permetterà una rilevazione sistematica, non solo delle frequenze degli accadimenti, ma anche del loro impatto. Di qui la definizione di un quadro di riferimento organico sulla base del quale implementare specifiche misure di prevenzione, comprensive anche di possibili revisioni degli assetti organizzativi. Ciò, a differenza di quanto accaduto fino ad oggi, laddove a fronte della notizia di fenomeni e comportamenti non conformi si è provveduto soltanto attraverso l'esecuzione di interventi di natura ispettiva.

SEZIONE II: PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

PARTE II - SOGGETTI E RUOLI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'Inail, con determinazione del Presidente n. 228 del 24 settembre 2013, ha nominato un unico Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel Responsabile del Servizio Ispettorato e Sicurezza.

Tale scelta è stata fatta, sia attenendosi all'opzione preferenziale dettata dal Legislatore delegato all'art. 43 del D.Lgs n. 33/2013 - dove si dispone che il Responsabile della prevenzione della corruzione svolge *di norma* le funzioni di Responsabile per la trasparenza - sia per ragioni di semplificazione, essendo il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) una sezione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC). In questo modo, viene anche assicurato il coordinamento fra PTPC e PTTI e il Piano della performance (PP).

Inoltre, per effetto del Regolamento di Organizzazione adottato con determinazione presidenziale n. 332/2013, le funzioni del Responsabile sono state incardinate nel Servizio Ispettorato e Sicurezza che svolge, principalmente, attività di controllo (verifiche ispettive e audit operativo), di valutazione dei rischi e dei relativi controlli su processi, prodotti e malversazioni o frodi potenziali a danno dell'Istituto. Questa previsione sembra rispondere pienamente all'esigenza raccomandata dall'ANAC nella Determinazione n. 12/2015 (Aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione) di individuare un Responsabile dotato di *un'adequata conoscenza dell'organizzazione dell'amministrazione e del suo funzionamento, della necessaria imparzialità e autonomia valutativa e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva*. Nella sua veste di Responsabile del Servizio Ispettorato e Sicurezza, il Responsabile potrà, infine, testare attraverso le regolari attività di audit operativo, lo stato di attuazione e i margini di miglioramento delle misure di prevenzione della corruzione individuate nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, l'attività del Responsabile è collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti che partecipano a vario titolo all'organizzazione amministrativa.

In particolare per lo svolgimento dei propri compiti il Responsabile si relaziona costantemente con:

- a) i Referenti centrali e territoriali;
- b) l'OIV;
- c) l'Avvocatura Generale dell'Istituto;
- d) l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- e) il personale dell'Istituto;
- f) i collaboratori esterni.

La legge n. 190 citata ha attribuito alla figura del Responsabile la titolarità di diversi compiti, i più rilevanti dei quali risultano essere la predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, da sottoporre all'adozione dell'Organo di indirizzo politico, e la concreta attuazione delle attività in esso programmate.

Spetta al Responsabile:

- predisporre il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione in tempi utili per l'adozione dello stesso, da parte dell'Organo di indirizzo politico, entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1 comma 8, legge n. 190/2012);
- verificare l'efficace attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e la sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nelle attività dell'Istituto (art. 1 comma 10 lett. a. legge n. 190/2012);
- aver cura che siano rispettate, ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice, le disposizioni disciplinanti casi di inconferibilità e di incompatibilità (art. 15 del D.Lgs n. 39/2013);
- segnalare all'ANAC, nonché alla Corte dei Conti, sentito il Direttore Centrale Risorse Umane, l'eventuale sussistenza di casi di inconferibilità e di incompatibilità vietate dalla norma per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative;
- verificare, d'intesa con il Direttore Centrale Risorse Umane, le modalità per la rotazione del personale, con particolare riferimento agli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano

commessi reati di corruzione (art. 1 comma 10 lett. b. legge n. 190/2012), definendo altresì specifici percorsi formativi che assicurino il mantenimento degli standard di erogazione delle attività all'utenza garantiti dalla Carta dei servizi dell'Istituto;

- definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10 lett. c. legge n. 190/2012);
- pubblicare annualmente sul sito web istituzionale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, inviandone copia all'Organo di indirizzo politico cui sarà riferito sulle attività svolte qualora richiesto (art. 1 comma 14 legge n. 190/2012);
- curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla sua attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del D.Lgs n. 165/2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio (art. 15 DPR n. 62/2013);
- ricevere le denunce del *whistleblower*, curarne l'istruttoria ed effettuare le eventuali segnalazioni ai soggetti interni ed esterni all'Istituto, secondo quanto indicato nella circolare Inail n. 64 del 28 luglio 2015;
- adottare specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e le ulteriori necessarie misure e iniziative di promozione;
- segnalare all'Organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, i casi di mancata o ritardata pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs n. 33/2013;
- ricevere e istruire le istanze di accesso civico ai sensi dell'art. 5 D.Lgs n. 33/2013 e del regolamento adottato con determinazione del Presidente n. 13/2015.

Al fine di poter adempiere ai propri compiti il Responsabile può, in ogni caso:

- chiedere ai dipendenti e comunque a tutti coloro che abbiano istruito e/o adottato un provvedimento, atto o deliberazione dell'Istituto di dare, per iscritto, adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e di diritto che abbiano condotto alla sua adozione;

- chiedere delucidazioni scritte o verbali a tutti i dipendenti o collaboratori su comportamenti che possano integrare fattispecie di corruzione e illegalità;
- prevedere la messa a punto di meccanismi di monitoraggio anche mediante l'adozione di apposite procedure automatizzate;
- valutare le eventuali segnalazioni di situazioni potenzialmente a rischio di corruzione provenienti da soggetti esterni o interni all'Istituto.

La legge prevede consistenti responsabilità in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione in caso di:

- a) mancata predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- b) omessa adozione delle misure per la selezione e formazione dei dipendenti nelle aree a rischio.

La norma prevede, altresì, una più generale forma di responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa che si concretizza nel caso di condanna per un reato di corruzione nell'Istituto, accertato con sentenza passata in giudicato, salvo che il responsabile provi:

- a) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- b) di aver vigilato sul suo funzionamento e sulla sua osservanza.

A queste ipotesi di responsabilità collegate al ruolo di Responsabile della prevenzione della corruzione, si aggiungono, nel caso di Inail, ai sensi del D.Lgs n. 33/2013, le forme di responsabilità connesse all'adempimento dei numerosi "obblighi di pubblicazione" e alla predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità le cui omissioni comportano responsabilità sia dirigenziale sia per eventuale danno all'immagine dell'amministrazione.

2.2 Il Work-team e i Referenti dell'Anticorruzione

Come già accaduto per i precedenti Piani, l'apposito Work Team (composto dai Responsabili della D. C. Centrale Risorse Umane, D. C. Organizzazione Digitale, D.R. Veneto, D.R. Lombardia, D.R. Piemonte) è stato coinvolto al fine di collaborare con il Responsabile dell'Anticorruzione nell'individuazione delle metodologie di prevenzione da adottare, nella valutazione degli esiti delle attività di risk assessment e nello

svolgimento dei monitoraggi sull'effettiva realizzazione delle misure di mitigazione del rischio programmate.

Anche quest'anno le attività di elaborazione del Piano hanno visto l'utile partecipazione dei Referenti del Responsabile, figure individuate dall'Istituto secondo le indicazioni contenute nella circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 e nel citato Aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione.

Tali figure, sono chiamate a fornire la loro collaborazione al fine di:

1. coadiuvare il Responsabile nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del Piano da parte delle Strutture e dei dirigenti assegnati;
2. informare tempestivamente il Responsabile riguardo ogni segnalazione di ritardo procedimentale relativo ad attività ad "alto" rischio di corruzione o di altra anomalia riscontrata e delle eventuali misure adottate per eliminarla;
3. verificare l'avvenuta corretta individuazione del personale da inserire nel programma formativo anticorruzione, da parte dei dirigenti responsabili delle Strutture dipendenti;
4. monitorare il rispetto dei criteri e tempi di rotazione del personale addetto alle attività maggiormente a rischio;
5. segnalare al Responsabile ogni esigenza di modifica del Piano, in caso di accertate, significative violazioni delle prescrizioni, ovvero di intervenuti mutamenti nell'operare delle Strutture;
6. collaborare con il Responsabile alla vigilanza sul rispetto delle disposizioni del Codice di comportamento.

Al fine di razionalizzare l'attività di supporto svolta dai Referenti è in corso lo sviluppo di una specifica funzione informatica che agevoli le attività di monitoraggio, anche mediante produzione di report gestionali dedicati.

I Referenti dell'Anticorruzione, Responsabili delle Strutture centrali, collaborano con il Responsabile all'individuazione e descrizione dei rischi dell'area di competenza.

2.3 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Il D.Lgs n. 150/2009 ha introdotto importanti novità in materia di misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici e dell'amministrazione.

Con l'entrata in vigore del D.Lgs n. 33/2013 riguardante la disciplina degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, sono state ampliate le funzioni di controllo interno proprie dell'OIV, anche in relazione alle correnti attività di prevenzione della corruzione.

L'art. 44 del D.Lgs n. 33/2013 attribuisce all'OIV, che ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009 ha il compito di monitorare il regolare funzionamento del ciclo della performance, la funzione di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e quelli indicati nel Piano della performance, valutando l'adeguatezza dei relativi indicatori.

Per quanto riguarda gli obblighi di pubblicità e trasparenza, l'OIV, in collaborazione con il Responsabile, monitora il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

2.4 Il Collegio dei sindaci

Il Collegio dei sindaci, i cui componenti sono nominati dai Ministeri Vigilanti, svolge funzioni di controllo sulla regolarità della gestione amministrativa, finanziaria, contabile e patrimoniale dell'Istituto, nell'ambito dei compiti definiti dall'art 2403 e seguenti del Codice civile e dall'articolo 20 del Decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123. I componenti del Collegio sindacale intervengono alle riunioni preliminari convocate dal Presidente dell'Istituto per l'esame degli atti più rilevanti, alle sedute del CIV e dei Comitati previsti per le varie gestioni.

In materia di anticorruzione e trasparenza, il Collegio è reso edotto delle politiche di prevenzione e della metodologia adottata per la predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

2.5 L'Avvocatura Generale dell'Istituto

L'Avvocatura Generale dell'Istituto svolge un ruolo fondamentale nell'attuazione del sistema della prevenzione:

- rilasciando pareri circa l'applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza;

- partecipando alle attività di analisi e studio per la predisposizione degli schemi di Regolamenti e direttive trasmessi da rimettere, ai fini della definitiva adozione, rispettivamente, agli Organi o alle competenti Strutture;
- collaborando stabilmente alle attività di analisi normativa e tecnologica.

L'amministrazione, sentito l'Avvocato Generale, individua al proprio interno un professionista che costituisce il referente operativo per tutte le questioni legate all'attuazione del modello della prevenzione.

2.6 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) è la Struttura con la quale il Responsabile deve relazionarsi per conoscere tempestivamente i dati e le informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari all'interno dell'amministrazione.

L'UPD, inoltre, secondo quanto disposto dalla Delibera CIVIT n. 75/2013 "*Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni*" (art. 54, comma 5, D.Lgs n. 165/2001), collabora con il Responsabile alla predisposizione e all'aggiornamento del Codice di comportamento.

Oltre alle funzioni disciplinari di cui all'art. 55 *bis* del D.Lgs n. 165 del 2001, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari svolge una funzione di controllo sulle segnalazioni di violazione del Codice e raccoglie i dati relativi alle condotte illecite accertate e sanzionate.

Sono acquisite dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini della redazione della relazione annuale del Responsabile e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, le informazioni concernenti i provvedimenti adottati nei confronti del personale all'esito dei procedimenti disciplinari, con indicazione delle disposizioni normative violate e delle sanzioni comminate.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari costituisce il Referente operativo del Responsabile per tutte le questioni legate all'attuazione del modello della prevenzione nell'ambito della gestione delle risorse umane.

2.7 Il personale dirigente

Tutti i dirigenti, per gli ambiti di rispettiva competenza, sono chiamati a vigilare sul rispetto degli obblighi sanciti dai Regolamenti di disciplina, dal Codice di comportamento dei pubblici dipendenti e dal Codice di comportamento dell'Istituto e

sul rispetto delle prescrizioni del presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

Gli stessi sono tenuti ad attivare, in caso di violazione, i poteri disciplinari e di segnalazione all'Autorità giudiziaria o contabile competente.

Tutti i dirigenti svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile di iniziativa o su richiesta dello stesso.

I dirigenti di Strutture centrali e regionali, peraltro già individuati quali Referenti del Responsabile, sono, tenuti a:

- a) concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
- b) fornire le informazioni richieste dal Responsabile per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- c) provvedere 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 corruttiva².

2.8 Il personale dell'Istituto

Tutti i dipendenti sono tenuti:

1. alla conoscenza del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione a seguito della pubblicazione sul sito internet dell'Inail, nonché alla sua osservanza ed altresì a provvedere, per quanto di competenza, alla sua esecuzione;
2. alla conoscenza e all'osservanza del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n. 62/2013 e altresì dello specifico *Codice di comportamento dell'Inail e disposizioni sul benessere organizzativo* al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico;

² Art. 16, comma 1, I bis, I ter, I quater, del D.Lgs n. 165/2001 – Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali.

3. al rispetto degli obblighi di astensione di cui all'art. 6 *bis*, legge n. 241/1990 e art. 8 del Codice di comportamento dell'Istituto;
4. ad assicurare la propria collaborazione al Responsabile;
5. a segnalare al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria. Al dipendente che denuncia all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei conti o segnala al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, si applicano le misure previste dal presente Piano e le forme di tutela di cui all'art. 54 *bis*, del D.Lgs n. 165/2001 e successive modificazioni;
6. laddove svolgano attività ad alto rischio di corruzione, a relazionare tempestivamente al proprio dirigente in merito ad ogni eventuale anomalia riscontrata e sul rispetto dei tempi procedurali.

2.9 I collaboratori esterni

Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Ente sono tenuti al rispetto di quanto prescritto nel presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e nel Codice di comportamento dell'Istituto e a segnalare le eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui vengano a conoscenza.

PARTE III - IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

3.1 Il disegno generale del Piano

Il presente documento ha ad oggetto l'individuazione delle iniziative necessarie, nonché degli adeguati assetti organizzativi e gestionali, per prevenire, rilevare e contrastare i fenomeni corruttivi e di malfunzionamento che potrebbero manifestarsi nell'esercizio delle attività dell'amministrazione.

Più in particolare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è redatto nel rispetto delle seguenti finalità:

1. individuare le cosiddette "aree di rischio", cioè quei macro settori di attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, tenuto conto anche di quelle già individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione;
2. individuare le misure, obbligatorie e ulteriori da adottare al fine di neutralizzare o ridurre i rischi di corruzione o illegalità dell'azione amministrativa. Sono misure obbligatorie, quelle la cui applicazione è imposta dalla legge o da altre fonti normative; sono, invece, misure ulteriori quelle che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese tali dal loro inserimento nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

2.1 Sono state individuate come *misure obbligatorie*:

- gli adempimenti in materia di trasparenza (Sezione III)
- il monitoraggio delle misure previste dal Codice di comportamento;
- il monitoraggio dei rapporti amministrazione/soggetti esterni;
- il monitoraggio dei tempi procedurali;
- la cura di azioni di sensibilizzazione nei rapporti con la società civile;
- la realizzazione di un piano della formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza;
- la previsione di norme di tutela del *whistleblower*;
- la definizione di procedure codificate per: la formazione di commissioni di concorso, l'assegnazione agli uffici, la revoca degli incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione;
- i controlli sulle attività successive alla cessazione dal servizio (*pantouflage*);

- le verifiche sull'inesistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice;
- il controllo sul rispetto dei criteri di legge, contrattuali e regolamentari nel conferimento di incarichi interni e nell'autorizzazione di incarichi extra-lavorativi;
- gli accertamenti rivolti a verificare l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi;
- l'adozione di direttive sulla rotazione del personale;
- il rispetto delle norme disciplinanti l'arbitrato.

2.2 Sono individuate come *misure di prevenzione ulteriori*:

- la proceduralizzazione delle attività;
- l'attività di prevenzione degli infortuni sul lavoro a supporto dei Datori di lavoro interni;
- l'informatizzazione dei processi e la sicurezza applicativa;
- la metodologia adottata per l'Analisi dei Rischi dati;
- la creazione di un sistema strutturato di monitoraggio atto a ridurre il rischio di un utilizzo improprio delle informazioni;
- il controllo dell'efficacia delle misure di sicurezza Informatica e Telematica (IT);
- l'avvio di verifiche periodiche dell'efficacia del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI);
- le verifiche periodiche di attuazione delle policy, delle linee guida e dei requisiti cogenti in ambito IT;
- il percorso verso la certificazione ISO – 27001:2013 E 9001:2015 in ambito IT;
- la gestione della sicurezza economico finanziaria;
- l'adozione di un Modello IT di *Vendor Rating*;
- l'audit operativo sui fornitori;
- i Patti di integrità.

Di seguito saranno presentate le attività in corso per la messa in sicurezza delle aree ad elevato rischio di corruzione, seguirà l'analisi delle misure obbligatorie e di quelle ulteriori, non ricomprese in quelle stesse aree.

Da ultimo sarà trattata la sezione dedicata all'attuazione degli obblighi di trasparenza.

PARTE IV - INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO

4.1 Linee generali di intervento

In continuità con quanto realizzato per i primi Piani triennali, in sede di elaborazione del presente strumento programmatico si è adottata la metodologia d'analisi dei rischi sviluppata nel 2014, denominata "Sistema di monitoraggio e gestione dei rischi legati a corruzione, errori operativi e *compliance*"; metodologia che tiene conto delle specificità dell'Istituto e che consente una maggiore omogeneità nelle valutazioni nelle diverse aree di rischio.

Anche per il 2016, in continuità con quanto realizzato negli anni 2014 e 2015, il modello prevede:

- un percorso di individuazione delle aree di rischio, ovvero delle attività in cui le fattispecie di rischio possono verificarsi, più dettagliato e coerente con i flussi di attività delle Direzioni coinvolte;
- la definizione dei criteri di valutazione del Rischio Lordo o Inerente, ovvero del Rischio Implicito a cui è esposto l'Istituto in assenza di controlli/contromisure;
- la definizione dei criteri di valutazione dell'efficacia dei controlli/contromisure, ovvero della capacità di mitigazione del rischio e del relativo grado di copertura;
- il calcolo del Rischio Residuo o Netto, che è il rischio che rimane in carico all'Istituto dopo l'applicazione dei controlli e delle contromisure esistenti.

4.1.1 La mappatura dei processi

La mappatura dei processi costituisce l'informazione di base per l'individuazione delle aree di rischio da sottoporre a valutazione e monitoraggio. L'Istituto, già da qualche anno, ha avviato un progetto di mappatura, analisi e reingegnerizzazione dei processi su due macro-ambiti di intervento:

- il primo è quello dei "processi strumentali", ovvero di tutte quelle attività di *back end* che consentono il funzionamento della macchina amministrativa e una migliore erogazione dei servizi. Per fare alcuni esempi, tra i processi strumentali rientrano quelli di acquisto, di gestione del patrimonio, di gestione delle risorse umane, di gestione contabile e amministrativa;

- il secondo è quello dei “processi istituzionali”, ovvero di quelle attività di *front end* che, in linea con la *mission* di Istituto, consentono l’erogazione dei servizi agli utenti. Tra i processi istituzionali ci sono quelli di gestione del rapporto assicurativo, di erogazione delle prestazioni economiche e socio-sanitarie.

Grazie alle attività di analisi dei rischi, le informazioni di processo sono state corredate di molteplici elementi aggiuntivi che hanno permesso di caratterizzare le attività analizzate anche sotto gli aspetti relativi a:

- Rischi rilevati nelle singole attività e controlli ad essi associati;
- Check list di audit operativo.

La gestione integrata è facilitata dall’uso di uno specifico applicativo informatico, “ARCO-Inail”.

Nell’*Allegato 3*, riguardante i fondamenti metodologici del *Sistema di monitoraggio e gestione dei rischi legati a corruzione, errori operativi e compliance* implementato dall’amministrazione, in apertura, sono riportati alcuni esempi grafici delle informazioni concernenti le attività di mappatura dei processi e il loro caricamento nel summenzionato applicativo.

Ai fini di un allargamento del perimetro di analisi delle aree a rischio e in linea con i macro-ambiti di intervento della mappatura e analisi dei processi (“Processi strumentali” e “Processi istituzionali”) sono state individuate nel corso del 2015 nuove attività tipiche e caratteristiche dell’Istituto da sottoporre a *risk assessment*, con definizione delle relative azioni di mitigazione e del successivo monitoraggio; le aree in questione sono denominate nei prossimi paragrafi come E ed F (in aggiunta alle aree A, B, C e D individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione del 2013).

Entro il 2016 è prevista la mappatura della quasi totalità dei processi in cui si articola la gestione dell’Istituto. In particolare, si prevede la definizione della mappatura di alcuni processi residuali afferenti le aree di gestione a rischio corruzione, compresi quelli relativi all’area “affari legali e contenzioso” e la connessa definizione del *risk assessment*.

Si prevede, altresì, che entro il 2017 la mappatura dell’intera totalità dei processi, anche quelli non direttamente collegati alle aree a rischio corruzione.

In ordine alla descrizione della metodologia che informa il *Sistema di monitoraggio e gestione dei rischi legati a corruzione, errori operativi e compliance* adottato dall’Istituto, si rimanda allo specifico allegato tecnico (*Allegato 3*).

4.2 La valutazione dei rischi nelle aree del Piano Nazionale Anticorruzione

La metodologia di analisi elaborata è stata applicata nella valutazione dei rischi nelle attività delle Direzioni Centrali dell'Istituto, in relazione sia alle aree riportate come prioritarie all'art. 1, comma 16 della legge n. 190/2012 e indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione nel 2013, sia a ulteriori due aree di analisi, in linea con le indicazioni dell'Aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione secondo la Determinazione ANAC dell'ottobre 2015:

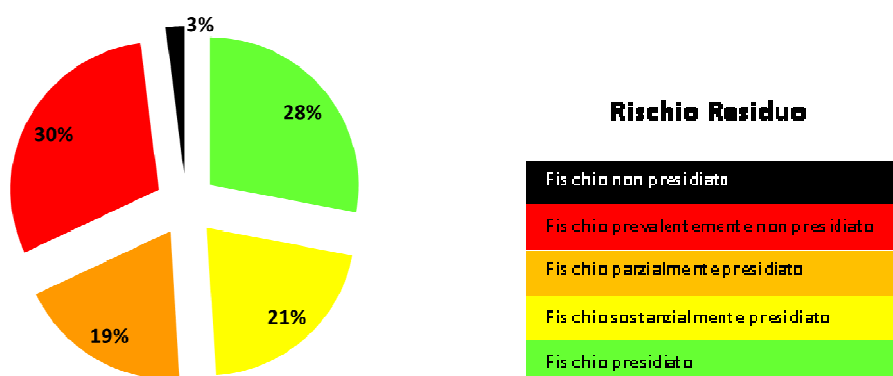
- A. Acquisizione e progressione del personale;
- B. Contratti pubblici;
- C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- E. Ulteriori Processi Strumentali;
- F. Ulteriori Processi Istituzionali.

Di seguito si riportano i valori percentuali del rischio residuo complessivo rilevato in ciascuna area.

4.2.1 *Acquisizione e progressione del personale*

Le attività analizzate riguardano la Direzione Centrale Risorse Umane e sono articolate in 6 processi e 20 sottoprocessi.

L'esposizione complessiva (Rischio Residuo), in valori percentuali,

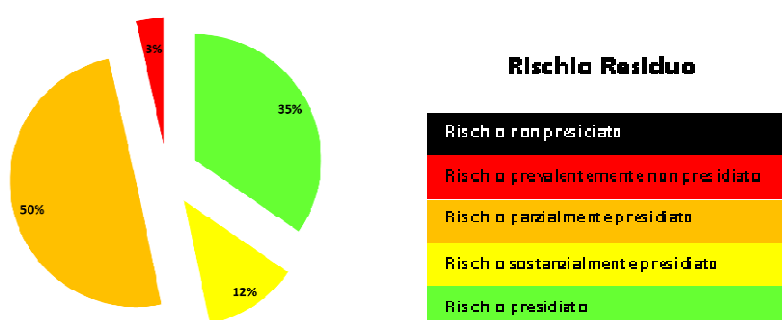


presenta, nelle fasce di maggior criticità un valore pari al 33% ("Rischio non presidiato" 3%, "Rischio prevalentemente non presidiato" 30%). La fascia di "Rischio Parzialmente presidiato" è pari al 19%, mentre la percentuale dei rischi residui "presidiati" risulta pari al 49% dei rischi totali, attestandosi tra il "sostanzialmente presidiato" (21%) e il "presidiato" (28%).

4.2.2 Contratti pubblici

Con riferimento alla contrattualistica pubblica svolta dall'Istituto, le attività analizzate hanno riguardato le Centrali di Acquisto, in particolare le Direzioni Centrali Acquisti, Organizzazione Digitale e Patrimonio, per un totale di 16 sottoprocessi.

Esposizione complessiva (Rischio Residuo), in valori percentuali,

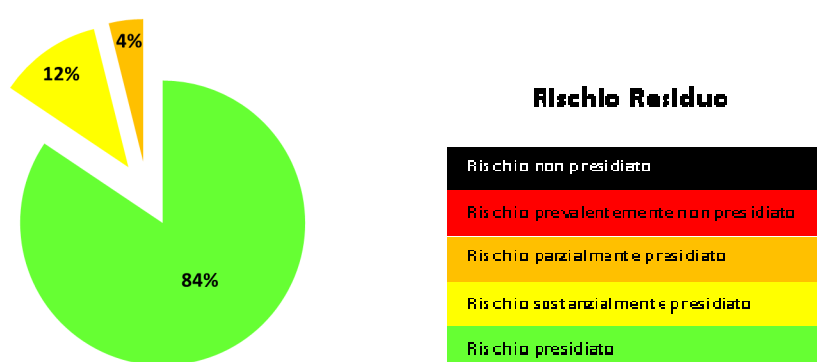


presenta un'esposizione ai Rischi Residui nelle fasce di maggior criticità, abbastanza residuale, ovvero pari al 3% ("Rischio prevalentemente non presidiato"). La fascia di "Rischio parzialmente presidiato" è pari al 50%, mentre la percentuale dei Rischi Residui "presidiati" risulta pari al 47% dei rischi totali, attestandosi tra il "sostanzialmente presidiato" (12%) e il "presidiato" (35%).

4.2.3 Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

In ordine all'assessment concernente i provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario, le attività analizzate riguardano le Direzioni Centrali Prevenzione, Risorse Umane e Prestazioni Sanitarie e Reinserimento, per un totale di 7 sottoprocessi.

L'esposizione complessiva (Rischio Residuo), in valori percentuali,

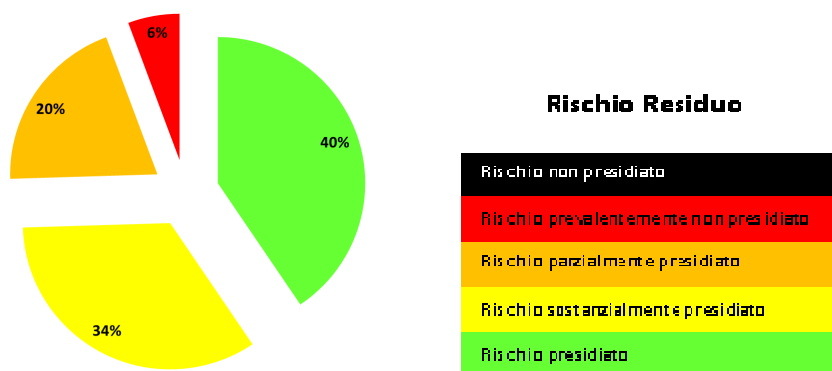


presenta un'esposizione ai rischi "di fatto" presidiata. Il "Rischio parzialmente presidiato" è pari al 4%, mentre i Rischi Residui "sostanzialmente presidiati" (12%) e "presidiati" (84%) costituiscono il 96% del totale.

4.2.4 Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Le attività analizzate riguardano le Direzioni Centrali Prevenzione, Patrimonio, Risorse Umane, Rischi e Prestazioni Economiche e Sovrintendenza Sanitaria Centrale, per un totale di 36 sottoprocessi:

L'esposizione complessiva (Rischio Residuo), in valori percentuali,

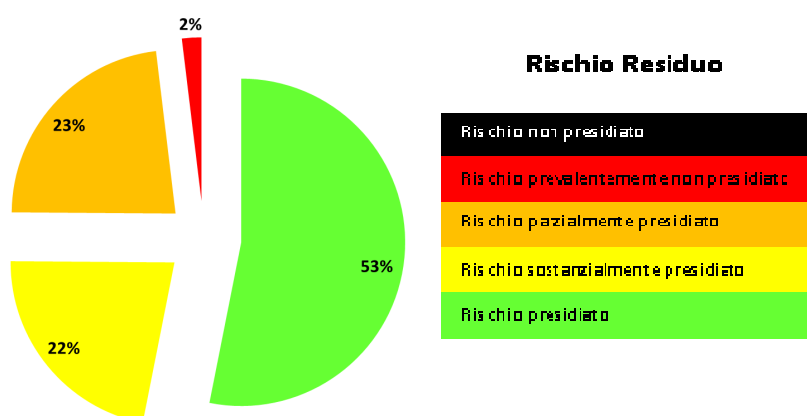


presenta un'esposizione ai Rischi Residui nelle fasce di maggior criticità, pari al 6%, ovvero Rischio "prevalentemente non presidiato". La fascia di "Rischio parzialmente presidiato" è pari al 20%, mentre la percentuale dei Rischi Residui "presidiati" risulta prevalente ed è pari al 74% dei rischi totali, attestandosi tra il "sostanzialmente presidiato" (34%) e il "presidiato" (40%).

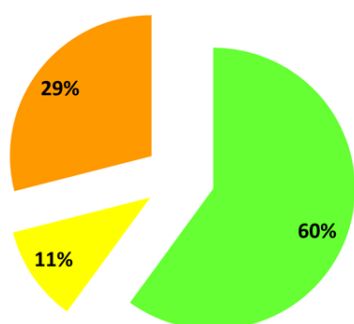
4.2.5 Ulteriori Processi strumentali

Nell'ambito dei Processi strumentali, ulteriori attività di *assessment* hanno avuto ad oggetto la Direzione Centrale Programmazione Bilancio e Controllo e la Sovrintendenza Sanitaria Centrale, relativamente allo svolgimento di attività amministrative interne e di indirizzo generale delle strutture, per un totale di 44 sottoprocessi.

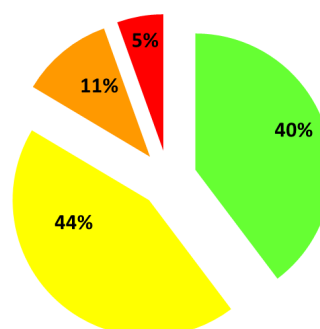
L'esposizione complessiva (Rischio Residuo), in valori percentuali,



DC Programmazione Bilancio e Controllo



SSC

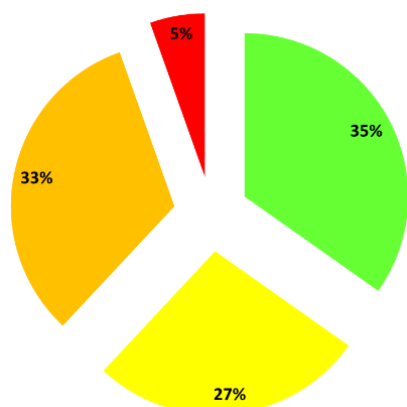


presenta un'esposizione ai Rischi Residui nelle fasce di maggior criticità pari al 7%, di cui in 6% risulta Rischio "prevalentemente non presidiato" e il restante 1% "non presidiato". La fascia di Rischio "parzialmente presidiato" è pari al 18%, mentre si collocano nell'area di sostanziale presidio il 74% dei rischi totali, di cui il 22% è "sostanzialmente presidiato" e il 53% "presidiato".

4.2.6 Ulteriori Processi istituzionali

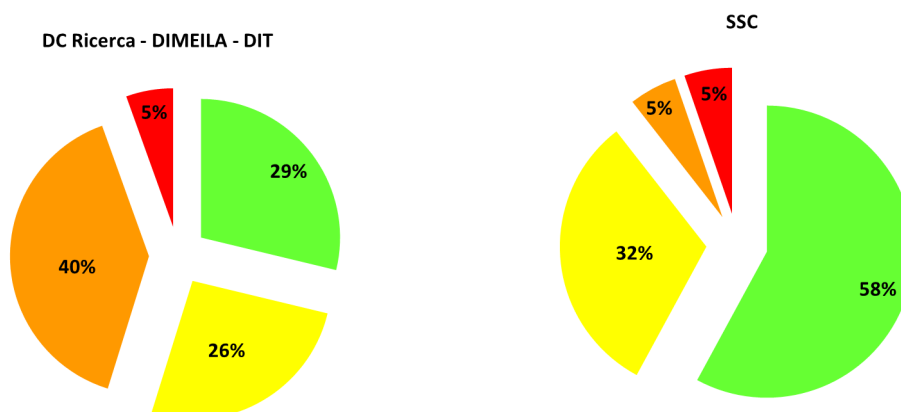
Con riferimento alle aree istituzionali, le ulteriori attività analizzate riguardano la Direzioni Centrali Ricerca, insieme con il "Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del lavoro e ambientale" e il "Dipartimento Innovazioni Tecnologiche e Sicurezza degli Impianti, Prodotti e Insediamenti antropici", e la Sovrintendenza Sanitaria Centrale, per un totale di 12 sottoprocessi.

L'esposizione complessiva (Rischio Residuo), in valori percentuali,



Rischio Residuo

Rischio non presidiato
Rischio prevalentemente non presidiato
Rischio parzialmente presidiato
Rischio sostanzialmente presidiato
Rischio presidiato



presenta un'esposizione ai Rischi Residui "prevalentemente non presidati" del 5%. Il 33% dei rischi analizzati risultano invece "parzialmente presidati" e il restante 42% dei rischi si colloca nell'area di sostanziale presidio, di cui il 27% è "sostanzialmente presidato" e il 35% "presidiato".

4.3 Gestione del rischio e il suo monitoraggio

All'esito dell'attività di *risk assessment* sopra descritta e dell'individuazione delle correlate azioni di mitigazione/controllo, nell'ambito di un piano d'azione condiviso con i Referenti, viene svolto un monitoraggio con cadenza semestrale, volto ad osservare:

- lo stato d'attuazione delle azioni di mitigazione;
- il concreto svolgimento dei controlli;
- il *follow up* sull'aggiornamento delle valutazioni di rischio e sul funzionamento complessivo del sistema.

In particolare, sono state definite apposite griglie di rilevazione - per la gran parte caricate su un'interfaccia grafica di data entry, con raccolta dati centralizzata - distinte tra Direzioni Centrali e Direzioni Regionali. Le griglie individuano le aree ritenute significative per le politiche di prevenzione della corruzione e le relative misure di *risk mitigation*: la concreta attuazione di queste ultime è stato oggetto di verifica e analisi

da parte dei Referenti e del Responsabile attraverso appositi monitoraggi svolti nei mesi di giugno e dicembre 2015.

Gli schemi delle schede di monitoraggio utilizzate per lo svolgimento dei monitoraggi sono consultabili nell'*Allegato 3 - Fondamenti metodologici del Sistema di monitoraggio e gestione dei rischi legati a corruzione, errori operativi e compliance*.

Risultanze più dettagliate in ordine agli esiti delle attività di *risk management* fin qui descritte, sono consultabili in allegato al presente documento (*Allegati 4A – 4M*).

In ordine alla concreta realizzazione delle suddette azioni di mitigazione, con riferimento alle Strutture centrali dell'Istituto, nell'*Allegato 5* vengono riportate le risultanze del monitoraggio svolto alla data del 30 giugno 2015.

Per quanto concerne invece le Direzioni Regionali, si allegano i quadri sintetici del monitoraggio effettuato alla data sopra indicata, relativi sia al valore degli indicatori di rischio sia allo stato di attuazione delle misure di contenimento del rischio corruzione (*Allegati 6 e 7*).

Inoltre, in relazione ai rischi specifici afferenti le summenzionate aree di intervento, nell'*Allegato 8* si indicano le criticità da considerare come prioritarie e che saranno oggetto di monitoraggio e azioni di miglioramento già nel corrente anno.

4.3.1 Assessment e reporting: uno specifico applicativo informatico

Ai fini dell'innalzamento del livello di efficacia delle attività di monitoraggio e per un aggiornamento costante e automatizzato dei coefficienti di esposizione al rischio – che per definizione mutano a seguito della concreta implementazione delle azioni di mitigazione e controllo – parallelamente all'uso delle schede cartacee, è stato sviluppato un applicativo di supporto denominato "ARCO Azioni di mitigazione". L'applicativo consente l'inserimento delle azioni di mitigazione per ogni area di rischio ed effettua il successivo ricalcolo dell'esposizione sulla suite di reportistica (Oracle-BI).

4.4 Ulteriori sviluppi delle analisi e monitoraggio dei rischi

In linea con le attività di *risk management* sopra descritte, nel corso del 2016 si prevede:

- da un lato l'approfondimento e l'estensione delle analisi di processo, al fine di individuare con più accuratezza gli eventuali punti di caduta delle procedure

(strumentali e istituzionali), nei quali possono annidarsi i rischi di frode, corruzione e in generale operativi;

- dall'altro, in via sperimentale, una prima attività di "intelligence" legata all'analisi dei dati di produzione, economici e di performance, finalizzato allo sviluppo di un approccio predittivo (e non più reattivo) nella gestione dei rischi.

Relativamente all'estensione delle aree di processo, nel periodo 2016-2017 l'Istituto ha programmato di procedere all'analisi dei processi relativi alle seguenti Aree:

- Area Legale e Contenzioso. Nell'ambito delle attività professionali dell'Avvocatura, verranno analizzati i processi riconducibili prioritariamente a:
 - Patrimonio: gestione immobili a reddito e recupero crediti da morosità
 - Rapporto Assicurativo: gestione azioni di rivalsa
- Area delle prestazioni sanitarie, dell'assistenza protesica e della riabilitazione, che comprende i processi di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e riabilitativa (diretta e indiretta) erogati attraverso le sedi di Vigorso di Budrio e Volterra; in particolare per i processi relativi a:
 - Erogazione cure riabilitative
 - Consulenze in materia di dispositivi tecnici e relativa fornitura
- Area degli investimenti mobiliari e immobiliari, relativa ai processi di acquisizione, dismissione e gestione di immobili, nonché dei titoli finanziari e delle partecipazioni; in particolare i processi da analizzare sono:
 - Acquisizione e dismissione immobili
 - Gestione immobili a reddito
 - Acquisizione e dismissione titoli e partecipazioni
 - *Space e facility management*.
- Area delle attività ispettive interne e audit operativi;
- Area delle consulenze, limitatamente ai processi afferenti ai settori di seguito indicati:
 - a) Consulenza Statistico Attuariale:
 - Settore finanziario e prestazioni
 - Settore prevenzione
 - Settore Tariffe
 - b) Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione:

- Tariffe e rischi
- Strumenti di sostegno alle imprese

c) Consulenza Tecnica per l'Edilizia

- Edilizia e prevenzione negli edifici ad uso uffici istituzionali
- Finanziamenti e investimenti mobiliari e immobiliari.

Per quanto riguarda la Consulenza per l'Innovazione Tecnologica le attività di analisi e monitoraggio saranno oggetto di Audit operativo IT (informatico e telematico) e si svilupperà nei seguenti settori:

- Gestione della domanda IT del territorio;
- Progetti e servizi IT innovativi;
- Sicurezza e tutela delle informazioni;
- Servizi di connettività;
- Servizi per la gestione delle informazioni.

Saranno, inoltre, analizzati i processi in cui si articolano le Strutture Regionali e Territoriali attraverso l'esame di un campione rappresentativo - sia sotto il profilo della dimensione organizzativa che sotto il profilo della tipologia e della numerosità dell'utenza servita - rispetto all'universo di riferimento.

In particolare sarà condotta un'attività di analisi del rischio in ordine ai processi afferenti alle seguenti Aree:

- Strumentale;
- Aziende;
- Lavoratori;
- Prevenzione e sicurezza;
- Reinserimento sociale e lavorativo;
- Supporto alle Sedi;
- Vigilanza assicurativa.

Relativamente all'attività di "intelligence" legata all'analisi dei dati, gli obiettivi principali sono:

- l'individuazione di nuove fattispecie di rischio;
- il miglioramento continuo della qualità dei dati oggetto delle analisi di rischio effettuate;
- l'individuazione di elementi utili al miglioramento dei processi e dei controlli;

- la costruzione di indicatori soglia (*Key Risk Indicator*), che possano fornire nuovi input per le attività di audit operativo.

4.5 Nuove iniziative di informatizzazione del processo di gestione dei rischi

Il sistema per la gestione dei rischi di frode e corruzione che l'Istituto sta impiantando prevede l'utilizzo di una specifica piattaforma informatica che permetta il coordinamento integrato delle diverse fonti di dati e informazioni, nonché delle diverse azioni e iniziative che caratterizzano le attività di *risk management*.

In particolare, a regime, sarà possibile:

- la rappresentazione grafica immediata dei risultati delle valutazioni dei rischi attraverso la loro distribuzione all'interno delle «Heat Map» e nelle diverse tipologie di reportistica implementate;
- la possibilità di navigare i dati - interrogando il sistema a partire dall'Organigramma dell'Istituto e dalla tassonomia dei processi - per arrivare ad analizzare il massimo livello di dettaglio delle singole fattispecie di rischio e dei relativi controlli/contromisure adottati;
- la possibilità di aggiornare le valutazioni attraverso l'inserimento di nuovi controlli, come effetto dello sviluppo delle azioni di mitigazione sviluppate nel corso dell'anno.
- l'utilizzo di un applicativo di *Governance, Risk Management e Compliance* (GRC) specializzato nella gestione dei rischi e nella definizione e implementazione di *framework* (controlli, azioni di mitigazione) utili a soddisfare i requisiti di *governance* e *compliance*.

4.6 La pianificazione triennale delle ulteriori misure di contrasto alla corruzione

Accanto alle misure ritenute prioritarie dal Piano Nazionale Anticorruzione ai fini della prevenzione e della lotta ai fenomeni corruttivi che caratterizzano le aree a maggior rischio di esposizione, il Piano prevede ulteriori misure da adottare nell'ambito della programmazione triennale.

Tra queste sarà curata, da parte dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Direzione Centrale Risorse Umane, l'intensificazione dei controlli a campione sullo svolgimento di attività extra-ufficio³.

Un'ulteriore misura aggiuntiva consisterà nella promozione di convenzioni con altre amministrazioni per l'accesso alle banche dati contenenti informazioni e dati relativi a stati, qualità personali e fatti, disciplinandone nel contempo le modalità di accesso, senza oneri a carico delle amministrazioni procedenti.

Al fine di rendere più agevole il reperimento delle informazioni relative alla normativa in esame, è stata curata la pubblicazione sulla intranet dell'Ente, minisito Servizio Ispettorato e Sicurezza, della principale normativa primaria e attuativa sia dell'anticorruzione che della trasparenza.

³ Art. 1, commi da 56 a 65, legge 23 dicembre 1996 n. 662.

PARTE V - AZIONI E MISURE OBBLIGATORIE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

5.1 Il Codice di comportamento

In ottemperanza a quanto prescritto dall'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001 ed in linea con quanto programmato nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016, l'Istituto ha adottato un proprio Codice di comportamento⁴.

Nel testo, oltre ai doveri primari previsti dalla legge e, in particolare, dal DPR n. 62/2013, sono disciplinate regole comportamentali specifiche, differenziate a seconda delle specificità organizzative e delle diverse professionalità presenti nell'Istituto⁵.

Il Codice enuncia anche i principi di parità di opportunità e di trattamento tra uomini e donne sul lavoro, di contrasto ad ogni forma di discriminazione e di rispetto della persona, facendo tesoro della cultura che, in modo condiviso, si è sviluppata su tali temi nel corso degli ultimi anni all'interno dell'amministrazione.

Esso realizza un'integrazione tra norme strettamente comportamentali e norme relative al benessere organizzativo, anche in relazione a quanto indicato nelle linee guida in materia di codici di comportamento approvate con Delibera ANAC (già CIVIT) n. 75/2013.

Nel testo sono disciplinate le ipotesi di conflitto di interessi, di incompatibilità, di svolgimento di incarichi e attività d'ufficio e incarichi extra-istituzionali, di

⁴ Determinazione del Presidente dell'Istituto n. 15 del 21 gennaio 2015.

⁵ In ordine alla circostanza che le disposizioni contenute nel Codice costituiscano il portato di un'attenta analisi delle specificità organizzative e delle peculiarità professionali operanti nell'Istituto - e non quindi la trasposizione *sic et simpliciter* di quanto previsto nel generale Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, adottato con DPR 16 aprile 2013, n. 62 - occorre rammentare, a titolo esemplificativo, il contenuto dell'art. 18, là dove si prevede come "i professionisti e i medici, nelle attività di loro competenza, siano tenuti ad osservare comportamenti tali da non determinare, anche potenzialmente, conflitti di interessi con altre attività, segnatamente di consulenza, prestate a favore di enti o soggetti pubblici o privati". Fattispecie questa che potrebbe manifestarsi, per esempio, non solo qualora un medico, dipendente o a rapporto libero professionale, dovesse intrattenere attività collaborative o consulenziali di qualsiasi natura con enti, o altri soggetti pubblici o privati, che patrocinano lavoratori in sede di definizione presso l'Inail degli esiti di un infortunio o di una malattia professionale; ma anche qualora in proprio un medico dell'Istituto - sia dipendente che collaboratore professionale - presti la propria attività professionale a favore di un infortunato sul lavoro ovvero un tecnopatico assistito dall'Istituto.

In tali ipotesi, il professionista potrebbe essere chiamato a rispondere del suo comportamento sotto il profilo della responsabilità anche disciplinare - che potrebbe arrivare alla risoluzione del rapporto di lavoro o collaborazione con l'Istituto.

conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti⁶, di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*cd pantouflage*) e le misure di tutela del dipendente che effettui segnalazioni di illecito (*cd whistleblower*).

Le disposizioni sono dirette non solo al personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato, ma anche a coloro che operano nell'Istituto a diverso titolo: rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, altre forme di lavoro flessibile, nonché consulenti e fornitori con i quali l'Istituto abbia in corso rapporti qualificati descritti dalla norma.

In fase di istruttoria, oltre al lavoro svolto dall'apposito gruppo di lavoro, la bozza del Codice è stata pubblicata sul sito web istituzionale al fine di consentire agli *stakeholder* dell'Istituto, in particolare al CIV e alle Organizzazioni Sindacali, di contribuire alla definizione dei contenuti del documento, prima della conclusiva adozione.

Il testo ha ricevuto il parere favorevole dell'OIV, il quale ha formulato talune proposte emendative che sono state recepite nel testo finale.

Il Responsabile viene individuato quale soggetto competente a rilasciare pareri nei casi di dubbi interpretativi circa l'applicazione delle norme contenute nel Codice. A tal fine, lo stesso si avvale della collaborazione dell'Avvocatura Generale e delle Strutture competenti per materia.

Peraltro, ai fini del miglioramento continuo del Sistema Anticorruzione creato presso ogni amministrazione, la normativa di riferimento (art. 1, comma 10, legge n. 190/2012) e le indicazioni fornite dall'ANAC raccomandano la necessità di garantire il costante allineamento tra i contenuti del Piano e delle sue componenti essenziali - tra le quali il Codice di comportamento (Delibera ANAC n. 75/2013) - con le esigenze organizzative e gestionali che si manifestano nel corso del tempo all'interno della stessa amministrazione, a seguito anche dell'attuazione sul campo delle politiche di

⁶ Art. 20 D.Lgs n. 39/2013: *Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità*

1. 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.

prevenzione, di mutamenti normativi e dell'evoluzione degli orientamenti di prassi concernenti la materia.

A tal fine, l'ANAC, con propria determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ha chiaramente precisato l'esigenza per ogni pubblica amministrazione di una revisione continua del proprio Codice di comportamento, specificando che le misure da adottare devono essere individuate, prioritariamente, nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e devono consistere in determinati doveri di comportamento. L'Istituto, in linea con le presenti direttive, provvederà per il 2016 a verificare la necessità di un adeguamento dell'attuale Codice di comportamento alle nuove esigenze che hanno interessato l'Ente.

In particolare saranno oggetto di verifica la disciplina concernente gli obblighi di comunicazione ex art. 7 del Codice, il *pantouflage* (art. 20) e il regime delle incompatibilità.

Sarà, infine, valutata la necessità di rendere più espliciti e cogenti gli obblighi inerenti l'adozione e l'implementazione delle misure di prevenzione della corruzione e gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile.

5.2 L'attuazione della rotazione del personale nelle aree particolarmente esposte a rischio corruzione

Il criterio della rotazione degli incarichi in Inail è da tempo ampiamente praticato attraverso la costante adozione di provvedimenti di movimentazione del personale, in particolare quello dirigenziale. Tale criterio trova applicazione alla scadenza degli incarichi e tiene conto della necessità di adottare accorgimenti tali da assicurare, comunque, la continuità dell'azione amministrativa, ferme restando le ipotesi di cui all'art. 16, comma 1, lett. I *quater* del D.Lgs n. 165/2001.

La legge n. 190/2012 prevede la rotazione per tutto il personale operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

L'Istituto, all'art. 22 del Codice di comportamento, ha previsto la rotazione degli incarichi, dando priorità alle Strutture con più elevato rischio di corruzione; è inoltre prevista l'attivazione di procedure per il conferimento di nuovi incarichi alla scadenza degli stessi (salvo diverse, espresse previsioni di legge o di contratto collettivo nazionale). La rotazione sarà attuata tenendo conto dell'esigenza di assicurare la continuità dell'azione amministrativa, favorendo le attribuzioni di nuovi incarichi secondo criteri meritocratici e – ove possibile – assicurando l'equilibrio di genere.

Le modalità di attuazione della rotazione, che prevede comunque un trattamento differenziato per i dipendenti addetti alle aree a rischio, saranno disciplinate da un'apposita direttiva a cura della Direzione Centrale Risorse Umane, sentito il Responsabile.

Per quanto concerne, in particolare, la rotazione del personale non dirigenziale, titolare di posizioni funzionali fisse e di posizioni organizzative, la materia - in corso d'anno - sarà oggetto di specifica disciplina al fine di poter adeguare gli aspetti organizzativi e funzionali degli incarichi in questione con le linee ANAC in materia di trasparenza e anticorruzione

La nuova disciplina sul conferimento e rotazione degli incarichi di posizioni organizzative e fisse sarà coerente con la variegata tipologia di funzioni/mestieri specialistici rinvenibili nell'ambito delle attività funzionali dell'Istituto e troverà applicazione ordinariamente alla scadenza degli incarichi in corso.

Nell'anno 2015 è stata effettuata, da parte della Direzione Centrale Risorse Umane, una specifica attività di analisi sulla mobilità del personale, dalla quale è risultato che, per lo stesso anno, i trasferimenti hanno interessato n. 41 dirigenti (su un totale di n. 168)⁷.

L'attuazione della rotazione sarà accompagnata da opportune iniziative che permetteranno agli operatori un'adeguata riqualificazione professionale in grado di garantire all'Istituto il mantenimento degli standard prestazionali risultanti dalla Carta dei servizi.

Sarà cura della Direzione Centrale Risorse Umane predisporre idonea informativa, con cadenza semestrale, al Responsabile sullo stato di attuazione del Piano della rotazione.

5.3 Rotazione del personale sottoposto a procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva

Tra le misure gestionali previste per il personale addetto alle aree a più elevato rischio, la legge contempla la rotazione dei dipendenti sottoposti a procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva (art. 16, comma 1, lett. I *quater*, D.Lgs n. 165/2001). Pertanto, in caso di notizia formale di avvio di un procedimento penale - e a tal fine è sufficiente un'informazione di garanzia, o un ordine di esibizione, perquisizione o sequestro - ovvero in caso di avvio di

⁷ Cfr *Allegato 1*

procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, fermo restando l'istituto del "trasferimento temporaneo", il dipendente interessato potrà essere assegnato ad altro ufficio.

Nei confronti del personale con qualifica dirigenziale, è prevista, altresì, la revoca dell'incarico, nei casi più gravi.

Resta ferma l'eventuale adozione, nei confronti dei dipendenti interessati, delle misure cautelari previste dai Regolamenti di disciplina, ovvero del provvedimento di trasferimento per incompatibilità ambientale.

5.4 Monitoraggio dei procedimenti disciplinari, penali e di responsabilità amministrativa

Al fine di poter disporre di tutti gli elementi utili a delineare un quadro il più possibile esaustivo circa le attività dell'Istituto maggiormente esposte al rischio corruzione, nel 2016 sarà attuato un sistema di monitoraggio dei procedimenti disciplinari, penali e di responsabilità amministrativa, con riferimento a quelli in corso e a quelli espletati nell'ultimo triennio.

Il monitoraggio sarà effettuato dal Responsabile attraverso l'acquisizione semestrale, dalla Direzione Centrale Risorse Umane – Ufficio Procedimenti Disciplinari - dei dati relativi ai reati commessi dai dipendenti contro la pubblica amministrazione che consentono di individuare, per ciascun procedimento disciplinare, la trasgressione accertata e la sanzione conseguentemente irrogata, nonché i procedimenti penali e di responsabilità amministrativa eventualmente connessi.

La misura consentirà, altresì, di individuare sia le violazioni maggiormente ricorrenti sia le Strutture centrali e periferiche che rivelano, sotto questo profilo, maggiori criticità, al fine di pervenire all'individuazione di ulteriori misure organizzative per la prevenzione di illeciti.

5.5 Il conflitto di interessi e le incompatibilità

5.5.1 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Il conflitto di interessi si realizza quando un interesse privato del dipendente (*cd* interesse secondario) interferisce, anche potenzialmente, con l'interesse pubblico (*cd* interesse primario) che lo stesso deve perseguire.

Il principio di imparzialità dell'azione amministrativa⁸ impone al dipendente che si trovi in una situazione di conflitto di interessi, di astenersi dal partecipare all'attività dandone notizia al Responsabile della Struttura di assegnazione.

La disciplina delle attività aventi carattere di incompatibilità con il rapporto di lavoro alle dipendenze dell'amministrazione, è quella prevista dall'art. 53, comma 1, del D.Lgs n. 165/2001, che, a sua volta, richiama il contenuto degli articoli 60 e seguenti del Testo Unico approvato con DPR 10 gennaio 1957, n. 3⁹.

La legge n. 190/2012, nell'intento di rafforzare tale principio, ha innovato anche la legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo, introducendo l'art. 6 *bis* "Conflitto di interessi", che prevede l'obbligo di astensione e il dovere di segnalare ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, da parte del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali, nonché da parte del soggetto competente ad emanare il provvedimento finale.

Il quadro normativo è stato completato dal DPR n. 62/2013 (Codice di comportamento generale), che all'art. 7 introduce una specificazione delle ipotesi di conflitto di interessi, stabilendo che: *"Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti e affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza."*

⁸ Art. 97 Costituzione.

⁹ Testo dell'art.53, comma 1, del D.Lgs n. 165/01: "Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità dettata dagli articoli 60 e seguenti del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3, salva la deroga prevista dall'articolo 23-bis del presente decreto, nonché, per i rapporti di lavoro a tempo parziale, dall'articolo 6, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 marzo 1989, n. 117 e dall'articolo 1, commi 57 e seguenti della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Restano ferme altresì le disposizioni di cui agli articoli 267, comma 1, 273, 274, 508 nonché 676 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297, all'articolo 9, commi 1 e 2, della legge 23 dicembre 1992, n. 498, all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, ed ogni altra successiva modificazione ed integrazione della relativa disciplina".

L'Inail, con propria circolare¹⁰, in riferimento al dovere di esclusività del pubblico dipendente, ha indicato le attività assolutamente incompatibili con il rapporto di lavoro prestato presso l'Istituto, che ha ritenuto potenzialmente in grado di generare situazioni di contrasto con gli interessi e le finalità dell'Ente.

Il Codice di comportamento dell'Istituto, agli artt. 7 e 8, riprendendo la disciplina generale richiamata, descrive puntualmente la procedura da rispettare in caso si verifichi una situazione di potenziale conflitto di interessi.

In tal caso il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniale, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Accanto al predetto dovere di astensione, posto a carico del dipendente, il Responsabile della Struttura e Referenti della prevenzione della corruzione, sono obbligati a svolgere una continua attività di controllo al fine di verificare, anche mediante indagini a campione sui provvedimenti adottati, l'insussistenza delle predette situazioni di incompatibilità. Nel caso in cui, si rilevassero situazioni concernenti conflitti di interesse, dovranno essere adottate tutte le misure necessarie a prevenire possibili danni per l'amministrazione. A tale proposito, tra i compiti di vigilanza conferiti ai Responsabili delle Strutture, laddove siano accertate fattispecie di incompatibilità, spetta il dovere di sollevare il dipendente dalle mansioni affidategli adibendolo ad altre compatibili con la propria situazione personale e lavorativa.

A ciò si aggiunge, fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, l'obbligo per il dipendente di informare tempestivamente l'Istituto, per iscritto, di tutti i rapporti retribuiti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati che il medesimo abbia in corso o abbia avuto negli ultimi tre anni precisando, in particolare, se lui stesso, il coniuge, convivente, parente o affine entro il secondo grado, abbiano ancora rapporti finanziari con i predetti soggetti e se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate; il dipendente attesta, nel contempo, l'assenza di cause di incompatibilità con richiesta di autorizzazione alla continuazione delle attività.

¹⁰ Circolare n. 49/2005.

Il Codice prevede che la suddetta comunicazione sia effettuata annualmente al dirigente o coordinatore, responsabili della Struttura di appartenenza.

L'informativa ricevuta dal dipendente viene valutata nei successivi 30 giorni e le conseguenti decisioni sono comunicate all'interessato per iscritto.

In caso di positivo accertamento di una situazione di conflitto di interessi, viene negata l'autorizzazione richiesta con provvedimento motivato e, se necessario, sarà disposto il cambio di mansioni del richiedente.

La violazione delle norme sopra descritte dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente (art. 54 D.Lgs n. 165/2001) e potrebbe inoltre configurare un'ipotesi di illegittimità del procedimento o del provvedimento finale (eccesso di potere).

Al riguardo la Direzione Centrale Risorse Umane provvede a richiedere ai dipendenti interessati la prescritta dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità di incarico – rispettivamente - prima dell'attribuzione dello stesso e con cadenza annuale nel corso del suo svolgimento.

Le disposizioni in questione si applicano solo in parte al personale della Direzione Centrale Ricerca appartenente ai profili di ricercatore e tecnologo, che, ai sensi dell'art. 58, comma 4, del CCNL della Ricerca 1998/2001, tuttora valido in via transitoria nell'Ente, possono impiegare fino a 160 ore annue aggiuntive rispetto all'orario di lavoro per attività destinate all'arricchimento professionale (ricerca libera con utilizzo delle strutture dell'Ente, attività di docenza, organizzazione di seminari e convegni, collaborazioni professionali, perizie giudiziarie), per le quali l'autorizzazione da parte dell'Ente è sostituita dalla preventiva comunicazione.

Rimane ferma la necessità della richiesta di autorizzazione anche per i ricercatori ed i tecnologi in caso di attività non rientranti nell'ambito di operatività della predetta norma contrattuale.

5.5.2 Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice

Il D.Lgs n. 39/2013 recante "*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*" prevede ai Capi III e IV tre differenti situazioni di inconferibilità di incarichi dirigenziali esterni e di incarichi amministrativi di vertice, relativi allo specifico

settore/ufficio dell'amministrazione che esercita i poteri di regolazione e finanziamento, in relazione:

1. a soggetti destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione; la norma è contemplata anche in caso di condanna penale con sentenza non passata in giudicato, stante l'opportunità di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione (art. 3 comma 1 lett. c);
2. all'attività svolta dall'interessato nel biennio precedente (soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalla stessa pubblica amministrazione che conferisce l'incarico - art. 4, comma 1 lett. c);
3. a soggetti che sono stati componenti di Organi di indirizzo politico (artt. 6 e 7).

L'accertamento delle ipotesi di inconferibilità avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e pubblicata sul sito web istituzionale (art. 20 D.Lgs n. 39/2013).

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Istituto si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferirlo ad altro soggetto.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs n. 39/2013.

A carico dei componenti degli Organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli, sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del decreto in oggetto. La situazione di inconferibilità non può essere sanata.

Il Responsabile esercita una funzione di vigilanza (art. 15 D.Lgs n. 39/2013), anche attraverso la verifica dell'avvenuto monitoraggio sull'applicazione delle disposizioni contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, avvalendosi, ove necessario, della collaborazione delle segreterie degli Organi.

Laddove il medesimo venga a conoscenza dell'esistenza o dell'insorgenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità, previa contestazione all'interessato, segnala i casi di possibile violazione della normativa in materia all'Autorità Nazionale Anticorruzione, anche ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Al fine di realizzare la relativa misura di prevenzione, il Responsabile ha verificato nell'anno 2015 la presenza della dichiarazione relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità dell'incarico del Direttore Generale, pubblicata nella sezione

“Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Personale” - “Incarichi amministrativi di vertice”.

La Direzione Centrale Risorse Umane richiede ai dirigenti cui sono conferiti nuovi incarichi le prescritte dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e inconferibilità di incarico, che sono pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sotto sezione “Personale” - “Dirigenti”; ogni Struttura, con la supervisione della suddetta Direzione Centrale, provvede, inoltre, a sollecitare gli stessi dirigenti ad essa afferenti, affinché rinnovino ogni anno la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità.

Il Responsabile segnalerà all’Ufficio Procedimenti Disciplinari eventuali mancate dichiarazioni per l’avvio delle relative procedure sanzionatorie.

Con specifico riguardo al principio di inconferibilità degli incarichi, in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, l’Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai sensi della vigente normativa in materia, e in particolare della legge n. 97/2001 e del D.Lgs n. 165/2001, nonché delle disposizioni recate dai contratti collettivi nazionali di lavoro, procede all’istruzione e alla definizione del procedimento disciplinare nei confronti del dipendente, applicando le sanzioni previste per tale tipologia di infrazioni.

Nel caso che non venga risolto il rapporto di lavoro con la sanzione del licenziamento, l’Ufficio Procedimenti Disciplinari comunica comunque, alla Direzione Centrale Risorse Umane e al Responsabile la sanzione conservativa comminata, precisando che trattasi di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione, in modo tale da consentire all’Amministrazione di tenere conto di tale situazione per un eventuale successivo conferimento di incarico.

Incompatibilità per incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice

Il D.Lgs n. 39/2013 disciplina, ai Capi V e VI, specifiche ipotesi di incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice.

In particolare è sancita l’incompatibilità, per tutta la loro durata, tra gli incarichi amministrativi di vertice e gli incarichi che comportino poteri di vigilanza e controllo sull’attività degli enti di diritto privato regolati/finanziati dall’amministrazione e l’assunzione/mantenimento di incarichi e cariche negli enti stessi. L’incompatibilità sussiste anche con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto titolare, di un’attività professionale che sia regolata, finanziata o comunque retribuita dall’amministrazione.

In attuazione delle suddette disposizioni sorge l'obbligo in capo alle pubbliche amministrazioni di effettuare un controllo sull'eventuale sussistenza delle cause di incompatibilità:

- al momento del conferimento dell'incarico;
- a cadenza annuale dalla data della prima dichiarazione, sulla base di un'autocertificazione dell'interessato;
- nel corso del rapporto su richiesta del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Laddove la situazione di incompatibilità emerga al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento.

Se essa viene riscontrata nel corso del rapporto, il Responsabile deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa di incompatibilità deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D.Lgs n. 39/2013).

5.5.3 La formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione

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

A tal fine il Direttore Centrale Risorse Umane:

1. curerà 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. chiederà semestralmente ai Direttori delle Strutture competenti per materia specifici report concernenti l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni, e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di:
 - a) scelta del contraente per l'affidamento di lavori servizi e forniture;

b) concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici.

3. verificherà al proprio interno l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di accesso o selezione all'impiego e successive progressioni di carriera.

Delle suddette verifiche la Direzione Centrale Risorse Umane trasmetterà semestralmente specifica attestazione al Responsabile.

5.6 Le attività successive alla cessazione del servizio (*pantouflage* o *revolving doors*)

La legge n. 190/2012 ha aggiunto all'articolo 53 del D.Lgs n. 165/2001, un nuovo comma 16 *ter*, con cui è stato disciplinato il *pantouflage* o *revolving doors*, consistente in un caso particolare di conflitto di interessi che viene in evidenza, non durante il periodo di servizio, ma successivamente ad esso in relazione alla formazione di particolari situazioni di vantaggio artatamente costruite dal dipendente a scopo di arricchimento personale.

Stabilisce la norma: *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (...)"*.

La norma vuole quindi ostacolare la precostituzione, durante il periodo di servizio, da parte dei dipendenti pubblici, di situazioni di vantaggio personale consistenti nella possibilità di influenzare, mediante l'esercizio anomalo di un potere negoziale, rapporti patrimoniali a beneficio di soggetti privati dai quali potrebbero ottenere, in cambio, un lavoro ovvero altra utilità dopo la cessazione dal servizio.

Se potenzialmente la norma si indirizza a tutti i dipendenti dell'Istituto, destinatari privilegiati sono indubbiamente i dirigenti, nonché tutti i funzionari, i medici, i professionisti, gli ispettori, i ricercatori e tecnologi che, nei diversi ruoli svolti nell'Ente, assumono direttamente la responsabilità di provvedimenti e che, comunque, con i loro atti, sono in grado di intervenire influenzando in modo determinante la conclusione dei procedimenti di competenza dei propri uffici.

Per la violazione delle disposizioni previste dal novellato articolo 53, trovano applicazione le disposizioni di cui al comma 8, ultimo periodo: *"i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal comma 16 ter, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati"*.

I principi testé descritti sono stati trasposti e specificati nell'art. 20 del *Codice di comportamento dell'Inail e disposizioni sul benessere organizzativo*.

L'Istituto, al fine di estendere l'applicazione del suddetto principio anche a quei casi in cui il dipendente pur non avendo concretamente ed effettivamente esercitato poteri autoritativi o negoziali (nel senso sopra descritto) ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto, ha richiesto, in data 16 giugno 2015, un parere all'ANAC. Accogliendo la suddetta richiesta di parere, l'Autorità, ha approvato il seguente orientamento¹¹: *"Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter del d.lgs n. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi o negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che, pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri, sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente."*

Al fine di evitare possibili contestazioni successive all'affidamento, il Responsabile chiederà alle stazioni appaltanti dell'Istituto l'inserimento dell'obbligo di depositare – pena l'esclusione dalla procedura – un'autocertificazione attestante il rispetto del divieto in argomento a tutti partecipanti a procedure competitive ovvero nelle richieste di preventivo.

Nel mese di novembre di ogni anno, il Responsabile della prevenzione della corruzione chiederà ai dirigenti responsabili delle attività di cui sopra un report sull'introduzione ed applicazione delle predette misure.

¹¹ ANAC - Orientamento n. 24/2015.

5.7 La tutela del *whistleblower*

La legge n. 190/2012, all'articolo 1, comma 51, poi modificato dal Decreto legge n. 90/2014 *"Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"*, convertito con modificazioni dalla legge n. 114/2014, disciplina la tutela del *whistleblower*, cioè del dipendente pubblico che effettua una segnalazione di illecito o di situazioni irregolari sul luogo di lavoro durante lo svolgimento della propria attività lavorativa, al fine di consentire alle autorità interne o esterne di intervenire per ripristinare la legalità o la legittimità, rispettivamente di situazioni o atti.

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

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

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

La segnalazione al superiore gerarchico di situazioni di illecito nell'amministrazione da parte del dipendente che ne sia venuto a conoscenza, introdotto dall'art. 8 DPR n. 62/2013 e disciplinato dal Codice di comportamento adottato dall'Inail (art. 9), rappresenta un'interessante novità nel panorama legislativo italiano che non prevede

obblighi di denuncia di illeciti se non in alcuni casi particolari contemplati dal Codice penale¹²

Tale previsione, unitamente alle attività di regolamentazione delle procedure finalizzate a tutelare il “segnalatore” - tendono a incentivare e proteggere le segnalazioni di illeciti, anche con forme che assicurino, per quanto possibile, l’anonimato (art. 21 del Codice di comportamento).

La segnalazione deve riportare una descrizione circostanziata dell’illecito che consenta di individuare fatti e situazioni e di relazionarli a contesti determinati, affinché possa essere verificata tempestivamente e facilmente, anche ai fini dell’eventuale avvio di procedimenti disciplinari.

Se tra gli obiettivi principali della legge n. 190/2012 e del conseguente Piano Nazionale Anticorruzione vi è quello non solo di contrastare, ma anche di prevenire forme di corruzione ed illegalità, è chiaro che la tutela del dipendente (o del collaboratore) che effettua segnalazioni si pone quale strumento di primaria importanza.

Considerata, altresì, l’imprescindibile esigenza di prevedere la definizione di specifiche misure di tutela e protezione della figura del *whistleblower* attraverso direttive e note di istruzione rivolte a tutti i Responsabili di Strutture, tali da consentire la piena attuazione della normativa in questione, l’Istituto ha emanato, a seguito anche dell’adozione da parte dell’ANAC della Determinazione 28 aprile 2015, n. 6; “*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (cd whistleblower)*”; una circolare¹³ nella quale vengono stabilite procedure specifiche ai fini della ricezione delle segnalazioni, tali da garantire la riservatezza del denunciante, delle informazioni oggetto della denuncia, di coloro che gestiscono tali informazioni e dell’intera procedura.

La violazione degli oneri di riservatezza comporta, a carico dei trasgressori, responsabilità disciplinari, fatta salva l’eventuale ulteriore responsabilità civile o penale del contravventore.

¹² Art. 361 c.p: Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all’Autorità giudiziaria, o ad un’altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell’esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Art. 364 c.p: Il cittadino, che, avendo avuto notizia di un delitto contro la personalità dello Stato, per il quale la legge stabilisce l’ergastolo, non ne fa immediatamente denuncia all’Autorità indicata nell’art. 361, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 103 a euro 1.032.

¹³ Circolare n. 64 del 28 luglio 2015.

L'acquisizione della segnalazione può avvenire mediante trasmissione della stessa all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile¹⁴, ovvero all'ANAC¹⁵, onde evitare al denunciante di esporsi fisicamente ed eliminare i passaggi burocratici intermedi della denuncia che aumentano le probabilità di fughe di notizie.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, per la gestione delle segnalazioni, si avvale di un Gruppo di lavoro specializzato.

Il Responsabile, qualora ritenga che la segnalazione risulti fondata, in relazione ai profili di illiceità riscontrati, provvederà ad inviare circostanziata segnalazione, secondo le rispettive competenze, ai seguenti soggetti:

- Dirigente della struttura a cui è ascrivibile il fatto;
- Ufficio disciplinare e contenzioso del personale della Direzione Centrale Risorse Umane;
- Autorità giudiziaria;
- Corte dei conti;
- ANAC;
- Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nel sito dell'Istituto sarà data notizia sulla tutela di cui gode il soggetto che effettua segnalazioni di illecito, nonché sui risultati dell'azione cui la procedura di protezione del segnalatore ha condotto e sui risultati complessivamente ottenuti grazie al *whistleblower*.

L'Istituto garantisce nell'ambito dell'eventuale procedimento disciplinare avviato nei confronti del segnalato, la riservatezza dell'identità del segnalante. Nel caso in cui l'addebito contestato si fonda su altri elementi e riscontri oggettivi in possesso dell'amministrazione o che la stessa abbia autonomamente acquisito a prescindere dalla segnalazione, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso.

Invece, quando la contestazione che ha dato origine al procedimento disciplinare si basa unicamente sulla denuncia del dipendente, colui che è sottoposto al procedimento disciplinare può accedere al nominativo del segnalante, anche in assenza del consenso di quest'ultimo, solo se ciò sia "assolutamente indispensabile" per la propria difesa. Tale circostanza può emergere solo a seguito dell'audizione

¹⁴ responsabileanticorruzione@inail.it.

¹⁵ Secondo le modalità indicate dalla Determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015.

dell'incolpato, ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento. In questo caso si prescinde dal consenso del segnalante.

Spetta al Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari valutare, su richiesta dell'interessato, se ricorra la condizione di assoluta indispensabilità della conoscenza del nominativo del segnalante ai fini della difesa. In ogni caso, sia in ipotesi di accoglimento dell'istanza, sia nel caso di diniego, il Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari deve adeguatamente motivare la scelta come peraltro previsto dalla legge n. 241/1990.

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 54 *bis*, comma 4, del D.Lgs n. 165/2001 e dell'art. 24, comma 1, lett. a), della legge n. 241/1990, la denuncia è sottratta al diritto di accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della stessa disposizione normativa e pertanto del documento non può essere richiesta visione o estrazione di copia.

Da ultimo, la tutela dell'anonimato e dell'accesso documentale non trovano applicazione in relazione a indagini penali, tributarie o amministrative.

Laddove sia reso noto il nome del segnalatore, viene assicurata allo stesso adeguata tutela contro ogni tipo di azione discriminatoria o, comunque, ritorsiva sul luogo di lavoro.

Ove lo stesso ritenga di essere oggetto di discriminazione o molestie, può darne comunicazione al Responsabile; questi ricevutane notizia, dopo averne verificato la possibile fondatezza e la concretezza, è tenuto a darne conoscenza al dirigente sovraordinato e, laddove necessario, anche al Direttore Regionale o Centrale di riferimento.

Questi sono tenuti ad porre in essere tutte le attività o le iniziative necessarie a ripristinare una corretta situazione lavorativa, adottando gli atti o i provvedimenti utili a rimediare agli effetti negativi della discriminazione subita e avviando il conseguente procedimento disciplinare nei confronti di chi si sia reso protagonista dell'attività discriminatoria.

Saranno perseguiti a norma di legge accertati fenomeni di diffamazione o calunnia perpetrati dal *whistleblower*.

5.8 Il monitoraggio dei rapporti amministrazione/soggetti esterni

La legge n. 190/2012 impone a ciascuna amministrazione di monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati in procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione (art. 1, comma 9, lett e).

A tal fine, nel triennio di riferimento, saranno sviluppate idonee iniziative da parte delle singole centrali di acquisto inserite all'interno del sistema generale dei controlli dell'Istituto.

5.9 Indicazione delle disposizioni relative al ricorso all'arbitrato

L'art. 1, commi da 19 a 25 della legge n. 190/2012 disciplina il ricorso agli arbitrati.

La relativa procedura è soggetta a una preventiva e motivata autorizzazione dell'Organo di governo dell'amministrazione e la nomina degli arbitri deve avvenire nel rispetto dei principi di pubblicità e rotazione, ferme restando le ulteriori modalità previste dalla legge.

Pertanto, ad oggi, non risulta che l'Istituto abbia fatto ricorso a procedure arbitrali.

5.10 Il monitoraggio sul rispetto dei termini dei procedimenti

L'Istituto effettua sistematicamente un monitoraggio sui tempi dei procedimenti.

Ai sensi dell'art. 24, comma 2 del D.Lgs n. 33/2013 e dell'art. 1, comma 28 della legge n. 190/2012, sono stati pubblicati sul portale dell'Istituto, nella sezione "Amministrazione Trasparente", i risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali.

In particolare, sotto la voce "Attività e procedimenti", sono state inserite le tabelle recanti i tempi medi di conclusione dei principali procedimenti afferenti le aree istituzionali.

Gli esiti del monitoraggio per l'anno 2015 sono riportati nell'*Allegato 9*.

5.11 Le azioni di sensibilizzazione e il rapporto con la società civile

Le azioni di sensibilizzazione sono volte a creare un dialogo con gli utenti dell'Istituto per realizzare un rapporto di fiducia e agevolare l'emersione di fenomeni corruttivi "silenti".

A tal fine, nel contesto delle attività di informatizzazione in corso, è prevista, nel prossimo triennio, l'attivazione di specifiche attività di rilevazione del "sentiment" tramite uno specifico applicativo informatico.

A questo si aggiungerà la pubblicazione in un'apposita cartella all'interno della Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Istituto degli strumenti adottati per attuare la strategia di contrasto alla corruzione (Piano e documentazione relativa alla sua attuazione, circolari e direttive del Responsabile), nonché degli aggiornamenti su iniziative ed eventi organizzati dall'Ente in materia di anticorruzione.

In relazione a quest'ultimo aspetto, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito sono presenti gli atti (relazioni, presentazioni grafiche, documenti audio-video) delle giornate della trasparenza).

L'Istituto ha già intrapreso e intende potenziare un percorso mirato al rafforzamento del senso etico dei dipendenti nella convinzione che questa possa rappresentare la vera barriera contro l'illegalità. L'etica del "bravo funzionario", che è stato anche il filo conduttore della giornata della trasparenza, è l'ambizioso traguardo che si vuole perseguire con azioni formative mirate ad approfondire le conoscenze e a sensibilizzare il personale sulle tematiche della "buona amministrazione". Nel corso del 2016 saranno definiti regolamenti e direttive interne che renderanno esecutivi i principi e le norme contenuti nel Codice di comportamento, in particolare per quanto riguarda i conflitti di interesse, la rotazione degli incarichi e il *pantouflage*.

L'attenzione verso l'utenza esterna rientra certamente tra i comportamenti virtuosi del "bravo funzionario" che saranno incentivati con le azioni sopra descritte. Inoltre, al fine di rafforzare i contatti con gli utenti, sono stati resi disponibili i recapiti di posta elettronica del Responsabile, dove possono essere indirizzate eventuali segnalazioni di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi o corruzione¹⁶.

¹⁶ responsabileanticorruzione@inail.it

responsabile.anticorruzione@postacert.inail.it

responsabiletrasparenza@inail.it

responsabile.trasparenza@postacert.it

Il coinvolgimento dei principali *stakeholder* dell'Istituto nelle attività di programmazione delle misure anticorruzione, descritto in particolare nelle Parti VII e XI del presente Piano, costituisce, infine, un'importante forma di apertura e dialogo con i soggetti destinatari delle funzioni istituzionali dell'Inail.

5.12 Il Piano della formazione a supporto delle politiche di contrasto alla corruzione

Per neutralizzare o ridurre il rischio di corruzione, la legge individua, tra le misure obbligatorie, la predisposizione di uno specifico Piano della formazione finalizzato:

- ad acquisire le conoscenze sulla normativa in materia e sugli strumenti di prevenzione;
- allo sviluppo di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a rischio più elevato;
- alla diffusione dei contenuti del Codice di comportamento dei pubblici dipendenti e di quello adottato dall'Inail, nonché dei valori etici che sono alla base della disciplina dei codici stessi.

Le conseguenti iniziative formative saranno realizzate attraverso le metodologie e le modalità più utili per garantire l'efficacia formativa, per assicurare tempestività nell'erogazione della formazione e in ragione dell'alto numero di destinatari, sarà utilizzata anche la modalità e-learning, attraverso la piattaforma informatica già in uso, che supporta l'erogazione di pacchetti formativi *web based*, appositamente progettati all'interno dell'Istituto.

Per la formazione mirata alle figure più direttamente coinvolte, per ruolo o per area, alle attività particolarmente a rischio, saranno proposti moduli didattici "in aula" con l'obiettivo di consolidare anche l'apprendimento dei comportamenti attesi, attraverso la riflessione e il confronto tra i partecipanti.

Già a partire dal 2013 sono stati realizzati percorsi formativi, anche in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, rivolti al Responsabile, ai dirigenti e ai collaboratori coinvolti nel processo di realizzazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Per il triennio 2016-2018, il Responsabile, in collaborazione con la Direzione Centrale Risorse Umane – Ufficio Formazione, sta predisponendo l'aggiornamento annuale del Piano formativo rivolto a diverse professionalità: dirigenti, componenti dell'OIV e

dipendenti che operano nelle aree a rischio corruzione, tenendo conto del ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Parallelamente continueranno le iniziative formative dirette a tutti i dipendenti e collaboratori.

A partire dall'anno 2016 il Piano della formazione sarà implementato con la progettazione delle azioni formative a supporto dell'attuazione della rotazione degli incarichi sulla base di appositi criteri e tempi che saranno definiti dall'Istituto in materia.

5.12.1 I destinatari della formazione nelle aree a rischio elevato

Tra i dipendenti, in via prioritaria, sono destinatari degli interventi formativi i funzionari apicali, responsabili di processo e di sub processo impegnati nelle aree che la legge definisce ad alto rischio, fatta esclusione per quelle relative alle autorizzazioni o concessioni non rientranti nella competenza dell'Istituto.

Così, già dal 2014, è stata avviata una prima specifica formazione in relazione ai seguenti settori operativi:

1. procedure di reclutamento e progressioni di carriera del personale;
2. individuazione del contraente nelle procedure d'acquisto;
3. procedure di erogazione di sovvenzioni o finanziamenti a soggetti terzi.

Nell'anno 2015 hanno fatto seguito interventi destinati al personale operante nelle aree a rischio delle Regioni, con l'attivazione di percorsi per funzionari apicali, responsabili di processo e sub processo e per specifiche figure professionali.

Sempre nel 2015, sono stati erogati: un corso di formazione in aula destinato ai Referenti dell'Anticorruzione ed un corso con modalità e-learning sul Codice di comportamento destinato a tutto il personale.

5.12.2 Le attività formative in corso

Così come disposto dalla normativa di riferimento, saranno intraprese, prioritariamente, le iniziative formative rese disponibili dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione.

Saranno comunque garantite tutte le ulteriori attività utili a soddisfare il fabbisogno formativo in materia.

In via di prima programmazione operativa, di seguito si riporta il *planning* delle attività formative per gli anni 2016-2018, articolato per contenuti, canale di erogazione, destinatari e periodo. In ordine allo svolgimento e agli esiti delle iniziative formative già svolte nel corso del 2015, il Responsabile ha fornito dettagliato rendiconto nella relazione annuale di cui all'art. 1, comma 14, legge n. 190/2012.

Contenuti	Canale di erogazione	Destinatari	Periodo
Trasparenza dell'attività amministrativa e etica del funzionario pubblico	Autoapprendimento in piattaforma e/o e-learning	Tutto il personale	2016
Tecniche per la prevenzione della corruzione e di <i>fraud prevention management</i>	Aula	Auditor centrali e regionali ed esperti di procedura	2016
Il monitoraggio informatico degli scostamenti rispetto agli standard della produzione e loro interpretazione	Aula	Dirigenti, professionisti coordinatori e capi dipartimento	2016
Le attività di verifica per la prevenzione degli illeciti e la tutela dei <i>whistleblower</i> Approfondimento	Aula	Funzionari apicali, responsabili di processo e sub processo delle DRR e delle DDCC e loro Dirigenti	2016
Sicurezza e privacy quali strumenti per la trasparenza	Autoapprendimento in piattaforma e/o e-learning	Tutto il personale	2016
Risk management e organizzazione alla luce della ISO 9001/2015	Aula	Dirigenti, professionisti coordinatori e capi dipartimento	2017
Il coordinamento del rischio corruzione nelle segreterie tecniche degli organi	Aula	Dirigenti, funzionari responsabili	2017
Il coordinamento del rischio corruzione nella definizione delle politiche dell'ente (Delibera ANAC n. 12/2015)	Seminari tematici	Componenti degli organi di indirizzo politico-amministrativo.	2017
Etica del funzionario pubblico e evoluzione normativa	Autoapprendimento in piattaforma e/o e-learning	Tutto il personale	2018
Pari opportunità e benessere organizzativo	Autoapprendimento in piattaforma e/o e-learning	Tutto il personale	2018
Le politiche di prevenzione e trasparenza e comportamenti organizzativi a cinque anni dall'entrata in vigore della legge 190	Aula	Dirigenti, professionisti coordinatori e capi dipartimento	2018

PARTE VI - MISURE ULTERIORI DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE

6.1 La pianificazione triennale delle ulteriori misure di contrasto alla corruzione

Accanto alle misure ritenute prioritarie dal Piano Nazionale Anticorruzione ai fini della prevenzione e della lotta ai fenomeni corruttivi che caratterizzano le aree a maggior rischio di esposizione, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione prevede, sin dalla prima edizione, ulteriori misure da adottare nell'ambito della programmazione triennale distinguendosi tra misure relative a processi peculiari dell'Istituto e misure di carattere trasversale.

6.2 Misure relative ai processi peculiari dell'Istituto

Per quanto concerne le misure relative ai processi peculiari dell'Istituto, sono individuate le seguenti tipologie:

- controlli a campione sullo svolgimento di attività extra-ufficio;
- potenziamento del minisito del Servizio Ispettorato e Sicurezza.

6.2.1 Minisito del Servizio Ispettorato e Sicurezza

Nella sezione della intranet aziendale dedicata all'anticorruzione (all'interno del *cd* minisito del Servizio Ispettorato e Sicurezza), in un'ottica di potenziamento delle varie componenti del sistema, si è provveduto, in collaborazione con la Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione, a reingegnerizzare l'intero ambiente, che oggi ospita:

- una sezione statica, costituita dalla rassegna delle principali fonti normative in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché della relativa prassi di riferimento;
- una specifica sezione "FAQ" (Frequently Asked Questions) dedicata alle questioni concernenti gli adempimenti in materia di obblighi di pubblicazione;
- una sezione dinamica (*share point*), nella quale in un ambiente condiviso prendono vita attività di collaborazione interattiva. Lo spazio è stato concepito come *agorà* telematica all'interno della quale gli operatori dell'anticorruzione e

della trasparenza si confrontano sulle esperienze operative in corso, si scambiano documenti tecnici e metodologici, favorendo così l'apprendimento delle tecniche di *risk management* e la diffusione di buone prassi nell'ambito delle diverse realtà organizzative dell'Istituto.

Attesa l'efficacia dello strumento, in particolare per quanto concerne il confronto costruttivo "*peer to peer*" che si è sviluppato tra gli operatori dell'anticorruzione nell'area di collaborazione *share point*, nonché per quanto riguarda l'area dedicata alla bacheca delle informazioni inerenti agli argomenti della prevenzione e dell'audit operativo, nel corso del 2015 sono stati realizzati interventi di potenziamento del software che gestisce l'area intranet interessata; interventi che proseguiranno nel corso del 2016, anche attraverso specifiche campagne di informazione in ordine alle potenzialità sottese allo strumento di prevenzione in argomento.

6.3 Misure di carattere trasversale

6.3.1 La proceduralizzazione delle attività

L'Istituto, ormai da molti anni, ha fatto della sicurezza una delle linee portanti del proprio sistema organizzativo e a tal fine ha sviluppato un insieme di procedure formalizzate in grado di costituire una prima barriera nei confronti di potenziali comportamenti illeciti.

La suddetta proceduralizzazione definisce le attività, le connesse responsabilità, i tempi, le finalità e gli strumenti con cui realizzare le diverse azioni amministrative.

Le Procedure si distinguono in Operative e Gestionali:

- le *Procedure Operative* regolano i processi primari dell'Istituto (o processi "core", processi istituzionali: Aziende, Lavoratori, ecc.), finalizzati alla produzione/erogazione dei servizi;
- le *Procedure Gestionali* normano i processi direzionali o di supporto (o processi strumentali: pianificazione, controllo, contabile, ecc.) vale a dire quei processi che garantiscono il funzionamento dell'Istituto.

All'interno dei processi e, specificatamente, di quelli istituzionali nonché di quelli relativi alla gestione delle risorse umane e all'approvvigionamento di beni e servizi, sono previsti gli ordinari controlli amministrativi e contabili che, oltre a garantire la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa, rappresentano anche un utile

strumento per prevenire o ridurre il rischio di abusi da parte dei soggetti (interni o esterni all'organizzazione) che intervengono nel flusso operativo.

I controlli sulle procedure e sui processi si sommano a quelli effettuati sul versante interno da parte del Servizio Ispettorato e Sicurezza, del Collegio dei sindaci, del Magistrato della Corte dei conti addetto al controllo e dell'OIV; nonché a quelli svolti, sul versante esterno, dai Ministeri Vigilanti e dalla Corte dei conti.

6.3.2 Attività di prevenzione degli infortuni sul lavoro a supporto dei Datori di lavoro interni

Tra i rischi trasversali dell'organizzazione, rientrano anche quelli derivanti dalla violazione della normativa generale e speciale in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro, con un impatto diretto sia sulla gestione delle strutture fisiche in cui si articolano gli uffici che sull'organizzazione del lavoro, aspetti questi riconducibili al generale concetto di Sicurezza Fisica (*Safety & Health*).

Già a partire dal 2007, l'Istituto aveva definito un proprio modello organizzativo interno della prevenzione, che ha costituito necessario adeguamento alle disposizioni normative allora vigenti e risposta immediata all'esigenza di miglioramento del processo di gestione della prevenzione interna¹⁷.

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m., è stato avviato un percorso di revisione della prevenzione interna¹⁸.

Avvenuta l'incorporazione dei disciolti enti Ispesl e Ipsema, si è provveduto all'aggiornamento del modello esistente¹⁹.

L'Istituto ha rilasciato ai Datori di lavoro interni specifiche procedure informatiche, al fine di agevolare gli adempimenti relativi alla comunicazione obbligatoria delle Unità produttive²⁰ e alla comunicazione del nominativo del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.²¹

¹⁷ Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 465 del 20 dicembre 2007.

¹⁸ Determinazione del Presidente dell'Istituto n. 182 del 30 dicembre 2010, aggiornata con determinazione del Presidente n. 180 del 27 giugno 2011, regolante il "Nuovo Modello Organizzativo della Prevenzione interna", ove sono fornite puntuali indicazioni ai Datori di lavoro interni ai fini dell'ottemperanza agli obblighi sanciti dal nuovo Testo Unico e per l'attribuzione degli incarichi di Medico competente, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione ed Addetto al servizio di prevenzione e protezione.

¹⁹ Determinazione del Presidente dell'Istituto n. 27 del 26 luglio 2012.

²⁰ Circolare n. 69 del 21 dicembre 2012.

²¹ Circolari n. 43 del 25 agosto 2009 e n. 11 del 10 febbraio 2014, secondo quanto disposto dall'art. 18 co. 1 lett. aa) del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i.

Si è inoltre proceduto alla completa informatizzazione della trasmissione obbligatoria da parte dei Medici competenti (compresi quindi quelli nominati dai Datori di lavoro Inail)²², dei dati collettivi aggregati, sanitari e di rischio, dei lavoratori sottoposti nell'anno di riferimento a sorveglianza sanitaria. È ormai imminente il rilascio dell'applicazione gratuita realizzata dall'Istituto per la compilazione, sempre da parte dei Medici competenti, della cartella sanitaria e di rischio dei lavoratori²³.

Indipendentemente dalle misure puntuali descritte, l'Istituto ha poi proceduto a individuare un percorso di valutazione dei rischi nelle Unità produttive Inail, fornendo ai Datori di lavoro e ai Servizi di Prevenzione e Protezione dell'Istituto un metodo operativo e un Modello di Documento uniformemente applicabili.

Al riguardo, è stato costituito un Gruppo di progetto, oggi divenuto permanente, di cui hanno fatto parte i rappresentanti della Consulenza Tecnica per l'Edilizia, della Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione, della Sovrintendenza Medica e della Direzione Centrale Prevenzione, che al termine di un percorso di studio, ha elaborato il "Modello di Documento di Valutazione dei Rischi interno" – *LINEE DI INDIRIZZO* per la Valutazione dei Rischi e la redazione del DVR nelle Unità produttive Inail ai sensi del D.Lgs n. 81/2008 e smi – DVR-Inail".

Tale Documento è stato trasmesso ai Datori di lavoro dell'Istituto, i quali sono stati informati dell'attivazione di una fase di osservazione/sperimentazione, della durata di un anno, anche mediante la compilazione di appositi questionari per la valutazione delle risultanze del progetto, a seguito delle quali, in un'ottica di miglioramento continuo, si è provveduto alla verifica, alla modifica, all'aggiornamento normativo, e all'accorpamento di alcune fasi del flusso di valutazione, oltre all'adeguamento delle schede di rilevazione a tale nuovo flusso.

Da ultimo, è emersa l'esigenza di procedere all'informatizzazione del flusso attraverso la predisposizione di una apposita procedura informatica, denominata "Documento Valutazione dei Rischi", allo stato in fase di collaudo, che sarà resa disponibile nel 2016 per tutti i Datori di lavoro dell'Istituto.

Tale procedura, tra le altre cose, evidenzierà ai Datori di lavoro le esigenze di formazione dei lavoratori²⁴.

²² Allegato 3B previsto dall'art. 40 D.Lgs n. 81/2008.

²³ Allegato 3 previsto dall' art. 40 del D.Lgs n. 81/2008.

²⁴ Art. 37 del D.Lgs n. 81/08.

Successivamente sarà richiesta l'integrazione della procedura affinché possa interagire con altri data base già disponibili all'interno dell'Istituto, concernenti gli obblighi a carico del Datore di lavoro.

Sul minisito della Direzione Centrale Prevenzione, già è disponibile il materiale didattico (oltre a tutta la modulistica comprendente le schede per la valutazione del monitoraggio della qualità formativa) predisposto dagli esperti designati dalla stessa Direzione Centrale.

Per quanto concerne la tutela della sicurezza fisica dei lavoratori e dei beni strumentali, sono state adottate soluzioni in grado di contemperare le esigenze di proteggere tali beni con quelle di salvaguardare la privacy dei lavoratori stessi. L'Istituto ha, infatti, predisposto diverse policy e direttive interne che regolamentano le modalità di installazione e gestione delle apparecchiature di videosorveglianza e della strumentazione informatica che, se utilizzati in maniera impropria, potrebbero ledere i diritti e la sfera privata del lavoratore. Al fine di verificare che siano poi rispettate le disposizioni dello Statuto dei lavoratori e del Codice della privacy, vengono effettuati periodicamente dei monitoraggi sullo stato di attuazione e gestione della videosorveglianza nelle varie Sedi dell'Inail e condotte verifiche di audit operativo in ordine alla conformità delle procedure poste in essere per la protezione dei dati personali²⁵.

La conservazione degli immobili dell'Istituto è curata dalla Direzione Centrale Patrimonio con la Consulenza Tecnica per l'Edilizia, per lavori ordinari e straordinari, e dalla Direzione Centrale Acquisti, per servizi e forniture, secondo le norme stabilite nel Codice degli appalti (D.Lgs. n. 163/2006) e del relativo Regolamento di attuazione ed esecuzione (D.P.R. n. 207/2010).

6.3.3 L'informatizzazione dei processi e la sicurezza applicativa

Tutte le attività istituzionali e gran parte delle esigenze strumentali e informative dell'Istituto sono supportate dal sistema informatico le cui procedure applicative garantiscono il rigoroso rispetto della sequenza delle operazioni nelle quali ciascun processo si articola e ne permettono la tracciabilità consentendo, in tal modo, di impedire accessi non autorizzati e rilevare eventuali deviazioni dal flusso, individuando i relativi responsabili.

²⁵ D.Lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Al fine di consolidare la sicurezza delle informazioni in termini di riservatezza, integrità e disponibilità delle stesse, l'Inail ha attuato una serie di interventi in relazione alle potenziali minacce che possono pregiudicare il mantenimento delle suddette proprietà: siano tali minacce interne e/o esterne, deliberate e/o accidentali.

Sulla base delle normative vigenti, degli indirizzi strategici dell'Ente, dei risultati delle analisi dei rischi (tecnologici e informativi) svolte negli anni, nonché delle attività per la gestione degli incidenti di sicurezza, l'Inail ha individuato e posto in essere nel tempo una serie di politiche e misure per la tutela del Sistema Informativo, mettendo a punto criteri, regole e procedure e dotandosi di vari sistemi e apparati che ne consentono la gestione e l'amministrazione.

In particolare l'Istituto ha adottato due approcci:

1. Un approccio *top/down* volto a:

- stabilire le strategie per allineare la sicurezza delle informazioni alla sicurezza attesa dal business;
- garantire che la sicurezza delle informazioni sia gestita in maniera efficace in tutte le attività di fornitura e gestione dei servizi;
- analizzare, valutare e gestire il rischio in ambito ICT (*Information and Communication Technology*);
- fornire informazioni a ispettori esterni o interni, ove necessario;
- progettare, realizzare e verificare un Piano di Continuità operativa divulgare la cultura della sicurezza attraverso piani di formazione o campagne informative.

A supporto di questi obiettivi e per contribuire e diffondere tale approccio *top/down*, è stato costituito il Comitato Rischi e Sicurezza ICT (*Information and Communication Technology*), con i seguenti compiti:

- garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità delle informazioni trattate nel Sistema Informativo dell'Istituto e nell'ambito dei processi della Direzione Centrale Organizzazione Digitale;
- garantire piena conformità alla normativa vigente con particolare riferimento alla normativa in ambito privacy;
- promuovere le azioni finalizzate ad accrescere il livello di sensibilità e competenza del personale e degli utenti sulle tematiche della sicurezza delle informazioni e della *business continuity*, diminuendo il rischio di

comportamenti non adeguati che possano compromettere il patrimonio informativo di Inail.

2. Un approccio *bottom/up* volto a:

- implementare e gestire le misure di sicurezza tecniche necessarie alla mitigazione delle vulnerabilità individuate dal processo di analisi e valutazione del rischio;
- verificare la conformità alle normative, alle policy e alle linee guida definite dall'Istituto;
- effettuare verifiche tecniche sui sistemi - IT (*Informatici e Telematici*) - (*Vulnerability Assessment*, collaudi di sicurezza applicativa, *Penetration Test* applicativo a campione).

Relativamente al perseguimento dell'obiettivo di evitare le frodi, le misure in essere si sintetizzano di seguito:

a) per quanto concerne la Sicurezza Logica:

- un sistema per l'identificazione e autenticazione informatica (*Access Management, Single Sign On*, automatismi nella gestione delle password, autenticazione forte tramite smart card);
- una infrastruttura di *Strong Authentication*, basata su OTP (*One Time Password*);
- un sistema di gestione delle Identità Federate, conforme alle specifiche di SPID (il Sistema Pubblico delle Identità Digitali);
- un sistema di autorizzazione utenti interni/esterni (profilazione con possibilità di profili multipli per singolo utente);
- un sistema di autorizzazione in cooperazione (sistema di autorizzazione in cooperazione applicativa);
- un'infrastruttura di firma digitale centralizzata (utilizzato per DURC, GRA e Documentale);
- un servizio di test di vulnerabilità delle applicazioni;
- un servizio di tracciatura delle operazioni effettuate sui dati e sui sistemi;
- l'auditing operativo del traffico applicativo e segnalazione abusi;
- sistemi per la protezione delle comunicazioni (Sistemi Firewall per la sicurezza perimetrale, sistemi IPS (*Intrusion Prevention System*) per la rilevazione delle intrusioni, sistemi di monitoraggio degli accessi alle basi dati, in grado di segnalare trattamenti anomali sui dati, utilizzo del

protocollo HTTPS (*Hyper Text Transfer Protocol over Secure Socket Layer*) nella trasmissione dei dati in rete con cifratura del canale con SSL (*Secure Socket Layer*), sistemi per la raccolta del traffico per finalità forensi);

- soluzioni per la protezione dei sistemi (server, desktop, laptop, tablet, smartphone) quali antivirus, antimalware e anti intrusione;
- un servizio di verifica delle vulnerabilità dei sistemi (*Vulnerability Assessment*);
- sistemi per la protezione dei documenti con tecniche di crittografia e DLP (*Data Loss Prevention*) finalizzate a individuare e bloccare attività non autorizzate su documenti critici e riservati;
- un sistema per la correlazione dei log raccolti da fonti differenti (sistema di correlazione dati che aiuti a rilevare anomalie sulla base di eventi, spesso leciti se presi singolarmente, occorsi su piattaforme diverse o in tempi differenti).

b) Per quanto concerne la Sicurezza procedurale e organizzativa:

- norme, linee guida e procedure di sicurezza e privacy (ad es. politiche di gestione delle password);
- il piano per la sicurezza e privacy;
- la realizzazione di audit operativi interni;
- la definizione di un organigramma (ruoli e strutture) per la sicurezza e privacy che prevede anche la costituzione di uno specifico Comitato interno alla Direzione Centrale Organizzazione Digitale;
- la presenza da diversi anni del Computer Emergency Response Team (CERT) Inail per la gestione degli incidenti di sicurezza, che collabora con il CERT-PA di AgID (Agenzia per l'Italia Digitale);

la realizzazione, manutenzione e verifica del piano per la continuità operativa.

6.3.4 La Metodologia adottata per l'Analisi dei Rischi dati

L'analisi del rischio identifica le cause più probabili di rischio per un'azienda, valuta accuratamente il grado di esposizione ad esse e determina quali misure di sicurezza, quante, ed in che modo debbano essere realizzate.

L'analisi è quindi focalizzata sulle circostanze possibili o probabili che possono causare il verificarsi di rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

L'esame dei rischi, inoltre, viene effettuato tenendo conto della natura dei dati e delle caratteristiche del trattamento, in linea con le indicazioni contenute nelle normative di riferimento.

L'Inail, con l'obiettivo di mantenere un Sistema per la Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI) in linea con le indicazioni dello Standard ISO 27001, effettua ogni anno, assieme alle altre iniziative correlate alle tematiche di sicurezza, l'analisi dei rischi.

La realizzazione e la gestione del Sistema per la Gestione della Sicurezza delle Informazioni consente all'Istituto di dimostrare la conformità e l'efficacia delle proprie scelte organizzative e delle attività operative poste in atto per garantire le tre proprietà fondamentali della sicurezza delle informazioni: la riservatezza, l'integrità e la disponibilità, nonché di assicurare la continuità del business, la minimizzazione dei danni in caso di incidenti e la massimizzazione degli investimenti effettuati per l'implementazione e la gestione della sicurezza, in un processo di miglioramento continuo.

In siffatto contesto, per delineare le strategie di sicurezza più adeguate, l'Inail svolge l'attività di analisi con il supporto metodologico offerto da *RiskWatch*, scelta adottata anche da altre amministrazioni pubbliche e aziende private, in grado di elaborare i risultati dell'attività di *Risk Assessment*.

Tale processo di *Risk Assessment*, costituito dalle fasi di *Risk Analysis* e di *Risk Evaluation*, è condotto, con riferimento al "perimetro ICT (*Information and Communication Technology*)" prescelto dall'Inail, utilizzando la metodologia qualitativa TLQE-QUAL, supportata dallo strumento *RiskWatch* e ritenuta più adeguata allo scopo e più semplice nella applicazione.

La metodologia TLQE-QUAL prevede che venga effettuata la valutazione dei "rischi effettivi" elaborando il livello di protezione, inteso come "mancanza di protezione" (IRI – *Impact Relative Index*) e del "rischio potenziale o intrinseco" che si avrebbe se non fossero presenti le salvaguardie/controlli a protezione dei beni compresi nell'ambito sotto analisi.

Il livello di protezione viene valutato tramite l'acquisizione di informazioni soggettive (risposte a questionari) e oggettive (risultati di *Vulnerability Assessment* sistemistico)

che consentono di confrontare la situazione reale con la situazione di protezione ottimale costituita da un modello che comprende un insieme di controlli/criteri di sicurezza che dovrebbero essere attuati nell'ambito sotto analisi.

La scelta degli intervistati è fatta per aree funzionali e/o per singoli beni (*asset*) e il set di domande è scelto in fase di modellizzazione svolta dal team di analisi sulla base delle specifiche esigenze di conformità alle normative (D.Lgs n. 196/2003, Provvedimenti del Garante, requisiti di sicurezza derivati dallo standard ISO 27001, ecc.).

Il rischio potenziale invece viene derivato dalle probabilità di accadimento e dall'impatto che si potrebbero avere per ciascuna minaccia, in base a valori statistici standard e a valori locali specifici dell'analisi in oggetto.

In particolare la valutazione del rischio potenziale in TLQE-QUAL viene fatta procedendo con l'Analisi delle Minacce; tale attività consente di mettere in relazione, acquisendo o confermando quanto già presente nello strumento, i valori di probabilità/frequenza annuale e di impatto di ciascuna minaccia sull'ambito sotto osservazione.

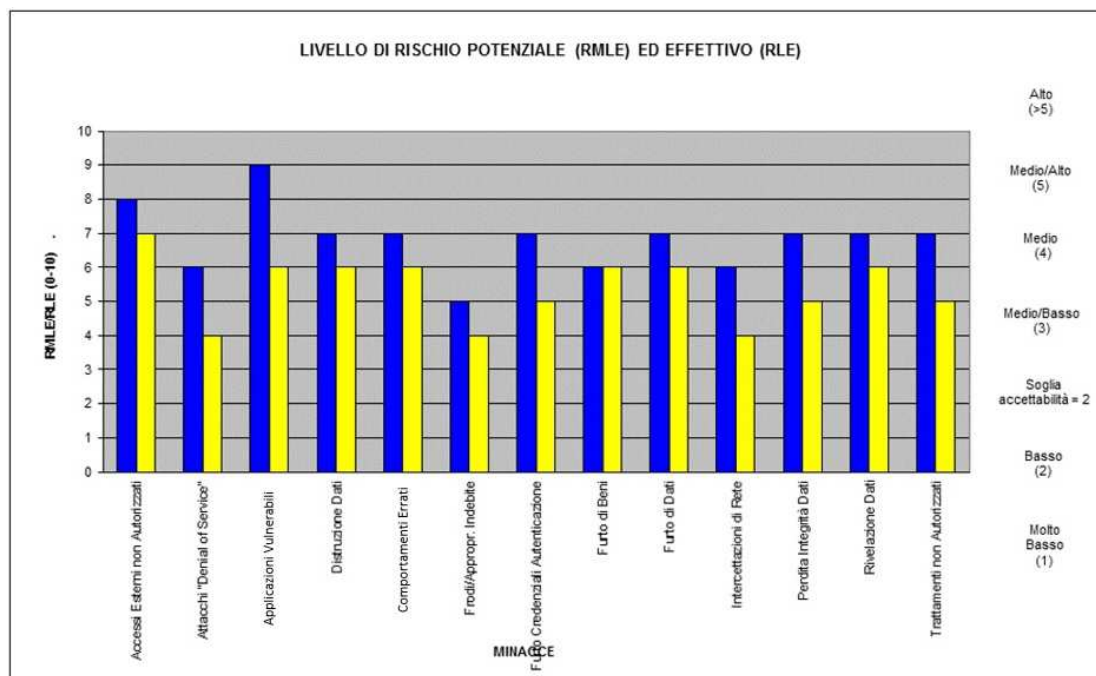
I risultati delle elaborazioni svolte con il supporto dello strumento *RiskWatch* sono riportate in un report di sintesi contenente indicatori e raccomandazioni utili per effettuare le scelte più adeguate per la sicurezza delle informazioni e per la protezione dei beni. Le analisi avvengono mediante campagne periodiche, l'ultima è stata svolta in ambiente sviluppo con lo scopo di controllare ed indirizzare i requisiti di sicurezza a partire dal primo anello del ciclo di vita del software, per evitare che le eventuali carenze di sicurezza vengano propagate fino all'esercizio.

Il perimetro dell'attività è stato identificato in un sottoinsieme consolidato di applicazioni. In particolare, per identificare il perimetro di riferimento sul quale condurre l'analisi dei rischi dell'area sviluppo, sono state svolte alcune attività mirate ad individuare un campione di applicazioni mediante:

- l'identificazione della tipologia dei dati trattati;
- la macro-categoria (istituzionale, gestionale);
- l'esposizione (internet-intranet);
- i risultati dell'attività di verifica della sicurezza applicativa.

L'analisi dei rischi è stata effettuata mediante la tecnica dell'intervista ai referenti di sviluppo delle applicazioni individuate.

Di seguito il grafico di riepilogo che riporta il livello di rischio potenziale e quello effettivo:



6.3.5 La creazione di un sistema strutturato di monitoraggio atto a ridurre il rischio di un utilizzo improprio delle informazioni

Per quanto concerne il monitoraggio della sicurezza e della riservatezza delle informazioni, sono già state già avviate nel 2015 specifiche attività che verranno ripetute periodicamente nel corso del 2016 e negli anni successivi, nello specifico :

- le attività periodiche di *assessment*, analisi dei rischi di sicurezza, *penetration test* applicativo a campione;
- lo sviluppo e aggiornamento di norme, linee guida e procedure in materia di controllo su sicurezza e privacy;
- il consolidamento delle attività del Computer Emergency Response Team (CERT) Inail per la gestione degli incidenti di sicurezza;
- lo svolgimento di specifiche attività di verifica;
- lo svolgimento della attività relative alla certificazione ISO 27001 (par. 6.3.9).

I rischi connessi alla violazione delle normative in materia di sicurezza e privacy saranno gradualmente inseriti tra i rischi trasversali, oggetto di monitoraggio continuo nell'ambito del progetto di *risk management* generale dell'Istituto.

Contestualmente sarà avviato un programma di verifiche sul territorio finalizzate a rilevare sia lo stato di attuazione delle linee guida esistenti sia le possibili azioni di adeguamento.

Considerato, altresì, come la materia presuppone adeguati livelli di competenze tecniche negli operatori, saranno richiesti all'Ufficio Formazione specifici percorsi formativi destinati a tutto il personale.

6.3.6 Controllo dell'efficacia delle misure di sicurezza Informatica e Telematica (IT)

È stato intrapreso un percorso di "verifiche periodiche" per il controllo:

- dell'efficacia del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI) – cfr par. 6.3.7;
- dell'attuazione delle policy, delle linee guida e dei requisiti cogenti in ambito IT) – cfr par. 6.3.8;
- della conformità alle normative e allo standard di riferimento ISO/IEC 27001:2013 e 9001:2015 – cfr par. 6.3.9.

Nei paragrafi successivi verranno illustrate le attività svolte e la pianificazione delle future azioni.

6.3.7 Avvio di attività periodiche di verifica dell'efficacia del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni

Security Assessment

La Direzione Centrale Organizzazione Digitale (DCOD) di Inail ha intrapreso un'attività di verifica finalizzata a valutare, nell'ambito della propria Organizzazione, il livello di maturità ed implementazione del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI), con particolare riguardo allo stato di attuazione e all'efficacia dei controlli di sicurezza ad esso afferenti.

Una delle attività caratterizzanti di questo progetto è consistita nella conduzione di un *assessment* di parte terza, finalizzato a rilevare lo stato dei controlli per la sicurezza delle informazioni attualmente in esercizio nell'Istituto e dei relativi processi di gestione dei controlli stessi (da non confondersi coi processi di business previsti dall'attuale modello organizzativo delle attività). Tale verifica è stata intrapresa allo scopo di stabilire il livello attuale di efficacia delle misure di sicurezza logiche ed

organizzative, individuare gli eventuali ambiti di miglioramento, suggerire gli opportuni piani di rientro laddove le condizioni lo richiedano.

Per la conduzione dell'attività di *assessment* è stata impiegata una metodologia, sviluppata a partire da consolidati standard internazionali, con il preciso obiettivo di consentire una rilevazione puntuale non solo dello stato delle contromisure tecniche e organizzative per la sicurezza delle informazioni, ma anche dello stato dei processi di gestione delle stesse in termini di efficacia e maturità dei medesimi.

Agendo su queste due dimensioni, una maggiormente tecnica e l'altra maggiormente gestionale, la valutazione si estende dal mero adempimento di soli fatti tecnici puntuali fino a comprendere le effettive capacità dell'Organizzazione di prendere decisioni, adottare strategie, reagire al mutare delle situazioni: ovvero di governare consapevolmente la propria sicurezza delle informazioni.

Per conseguire tale risultato, la metodologia adottata ha coniugato due standard internazionali di eccellenza: da un lato la norma internazionale ISO/IEC 27001:2013 (Information technology - Security techniques - Information security management systems – Requirements) per la parte tecnica, e dall'altro la consolidata metodologia CMM (Capability Maturity Model) della Carnegie-Mellon University per la parte di governo dei processi.

In particolare la metodologia adottata ha preso come riferimento i 114 Controlli elementari di sicurezza previsti dalla norma ISO/IEC 27001:2013 e ha valutato, per ciascuno di essi, i seguenti tre parametri:

- il suo livello di applicabilità, inteso come la maggiore o minore misura in cui tale controllo risulta effettivamente applicabile alla realtà oggetto di valutazione;
- il suo livello di efficacia, inteso come la maggiore o minore misura in cui tale controllo raggiunge effettivamente gli obiettivi desiderati;
- il livello di maturità del processo che governa tale controllo, inteso come la maggiore o minore misura in cui tale processo è formalizzato, compreso, adottato e attuato dalle Strutture preposte alla sua attuazione.

I risultati complessivi emersi dallo studio evidenziano un livello subottimale di performance dell'Organizzazione, con solo il 7% dei controlli caratterizzati da un livello di criticità bassa, molto bassa e bassissima e ben il 31% caratterizzato da un livello di criticità alta, molto alta e altissima (il rimanente 62% è caratterizzato dai tre livelli intermedi di criticità medio bassa, media e medio alta).

Questa attività sarà ripetuta periodicamente nel 2016 e negli anni successivi.

Vulnerability Assessment e Penetration Test Applicativo

L'attività di *Vulnerability Assessment* e di *Penetration Test* è stata condotta in modalità *double-blind*, ossia il team di analisi non aveva alcuna informazione relativa alle tecnologie e ai sistemi di sicurezza adottati nel contesto Inail né le Strutture preposte alla gestione dei processi di *Incident Handling* erano al corrente dell'attività, ad eccezione dei referenti di processo designati per valutare l'andamento dell'attività nel periodo di esecuzione.

Obiettivo dell'attività, oltre a valutare la presenza di eventuali vulnerabilità, era soprattutto la valutazione dell'*effort* necessario per eseguire attività di scansione preliminare, ricerca di vulnerabilità e attivazione delle stesse in una situazione "reale" con tutte le contromisure e i processi di sicurezza del contesto attivi.

Attraverso il suddetto metodo è stato possibile stimare più correttamente l'impatto reale causato da attacchi che potrebbero sfruttare le vulnerabilità rilevate; inoltre è stato possibile verificare gli obiettivi di business e di sicurezza, valutando il grado di attenzione e reattività di fronte ad una minaccia reale da parte dei gruppi interni di gestione della sicurezza preposti al monitoraggio dei sistemi Inail.

Per questa ragione il test non è da considerarsi esaustivo in logica di vulnerabilità rilevate e completezza delle prove effettuate, ma più orientato a comprendere il grado di preparazione necessario e il grado di profondità raggiungibile attraverso una simulazione di attacco il più realistico possibile.

Considerata la natura del test (*double-blind*) l'analisi si è svolta quindi in varie fasi, come di seguito elencate e brevemente descritte:

- *Information gathering*: ricerca di informazioni inerenti l'infrastruttura e i componenti (framework, piattaforme di pubblicazione siti, ecc.) in uso presso Inail;
- Mappatura dei servizi esposti dall'infrastruttura Inail: finalizzata alla rilevazione di siti non più utilizzati e probabilmente dimenticati all'interno del perimetro Inail;
- *Discovery*: vista la natura del test, contestualmente alle attività di *Information Gathering*, è stata eseguita una attività di *discovery* utilizzando strumenti semiautomatici sui servizi esposti in funzione delle limitazioni e delle soglie rilevate. In questa fase, oltre a identificare puntualmente i servizi, sono state effettuate le operazioni necessarie per individuare la versione di software utilizzato, la tipologia e la versione di sistema operativo e altre informazioni utili

per portare a termine l'attività di *Vulnerability Assessment* e di *Penetration Test*;

- *Penetration Test*: l'ultima fase dell'attività è stata effettuata approfondendo manualmente quanto emerso nelle fasi precedenti, utilizzando le opportune tecniche e gli exploit adeguati al fine di validare la vulnerabilità stessa e certificare il grado di compromissione e le possibili modalità di utilizzo, in modo da avere una reale classificazione delle stesse anche in relazione al rischio reale di un'eventuale esposizione.

Attività analoga verrà svolta in modalità *cristal box* ovvero con la completa collaborazione di tutti gli attori e responsabili della sicurezza del sistema informativo.

6.3.8 Attività periodiche di verifica di attuazione delle policy, delle linee guida e dei requisiti cogenti in ambito Informatico e Telematico (IT)

In relazione alla conformità alle normative vigenti, saranno svolte attività mirate a verificare che il SGSI (Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni) in essere, ed il relativo sistema di controllo interno, indirizzino correttamente e pienamente i requisiti di sicurezza previsti dalle norme, quali:

- D.Lgs n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali, e successive modificazioni, integrazioni e Provvedimenti del Garante applicabili al contesto di Inail;
- D.Lgs n. 231/2001 - Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300, relativamente agli articoli introdotti con la legge n. 48/2008, che inseriscono i reati informatici fra quelli presupposti dal decreto;
- D.Lgs n. 82/2005 - Codice dell'amministrazione digitale, e successive modificazioni ed integrazioni.

6.3.9 Percorso verso la certificazione ISO 27001:2013 e 9001:2015 in ambito Informatico e Telematico (IT) e le successive evoluzioni

La gestione e il miglioramento continuo del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI) consente all'Istituto di dimostrare la conformità e l'efficacia delle proprie scelte organizzative e delle attività operative poste in atto per garantire le

proprietà fondamentali della sicurezza delle informazioni nonché di assicurare la continuità del business, la minimizzazione dei danni in caso di incidenti e la massimizzazione degli investimenti effettuati per l'implementazione e la gestione della sicurezza, in un processo di miglioramento che renda il Sistema efficace e efficiente.

L'obiettivo strategico che si pone la Direzione Centrale Organizzazione Digitale è quello di perfezionare il sistema di gestione, renderlo operativo in tutte le sue componenti e concretizzare l'impegno assunto ottenendo la certificazione ISO 27001:2013. La corretta identificazione del perimetro, o ambito di certificazione, rappresenta un passo fondamentale, nonché obbligatorio, per massimizzare i vantaggi derivanti dalla certificazione stessa.

Sulla base dei risultati ottenuti dal *Security assessment*, a partire dal 2016, saranno intraprese le attività necessarie al conseguimento della certificazione ISO 27001 relativamente all'area IT con:

- individuazione del perimetro di certificazione;
- approfondimento dei risultati e indirizzamento delle attività di rientro per rendere efficace il SGSI (Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni);
- svolgimento di un pre-audit operativo di parte terza per verificare la conformità del SGSI alla ISO 27001;
- attività di certificazione del perimetro identificato, svolta da Ente Certificatore esterno.

Analogamente si inizierà il percorso di certificazione ISO 9001:2015, sempre nell'area IT, per il quale la Direzione Centrale Organizzazione Digitale ha già iniziato ad impostare il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) includendo anche un progetto speciale nel 2014 e avendo come standard e requisiti di riferimento la norma UNI EN ISO 9001.

Il Sistema di Gestione della Qualità della Direzione Centrale Organizzazione Digitale (DCOD) prevede e fornisce un insieme di elementi (processi, procedure, risorse e strumenti), correlati tra loro, utili per la gestione di tutte le attività che servono per guidare e tenere sotto controllo l'Organizzazione DCOD.

Il Sistema di Qualità è anche uno strumento di gestione che risponde alle esigenze dell'Istituto in termini di trasparenza, efficacia, efficienza e di miglioramento continuo delle proprie strategie, dei propri servizi e delle proprie attività operative. Il Sistema di Gestione della Qualità contribuisce inoltre a migliorare e consolidare le prestazioni con

la riduzione delle non conformità (Audit) e conseguente aumento dell'efficienza e diminuzione dei costi.

L'obiettivo del miglioramento continuo prevede non solo la conformità ai requisiti e al loro raggiungimento, ma anche un'azione pianificata, sistematica, che si rivolge al sistema nella sua interezza per traguardare nel corso del biennio 2016-2017 la Certificazione del Sistema di Qualità secondo i requisiti ISO 9001:2015.

Tale traguardo, analogamente alla certificazione ISO 27001, comporterà l'individuazione e condivisione di un "perimetro" nella Direzione Centrale Organizzazione Digitale e la conseguente progettazione e realizzazione di tutte le componenti del SGQ che soddisfino i requisiti della norma.

Per il raggiungimento di questo obiettivo, anche culturale, saranno attivate tutte le azioni necessarie in termini sensibilizzazione, partecipazione e formazione sulla norma e sui temi riguardanti la Qualità.

Le fasi previste per il conseguimento della certificazione sono:

- definizione del perimetro di certificazione in ambito Direzione Centrale Organizzazione Digitale;
- *assessment* e adeguamento di tutte le componenti del SGQ;
- esecuzione audit interni;
- certificazione del perimetro definito a carico di un Ente Certificatore esterno.

A partire dal 2017 tale attività sarà oggetto di un ulteriore progetto destinato a coinvolgere l'intera area del controllo.

A tal fine nel corso del 2016 le attività di misurazione dei rischi già realizzate secondo gli standard ISO 31000/2013 saranno rese conformi anche alle previsioni della nuova ISO 9001/2015.

L'intero progetto, da realizzare di concerto con la funzione Organizzazione dovrebbe portare alla certificabilità delle aree più rilevanti dell'amministrazione entro il 2018, consentendo una standardizzazione e controllo delle procedure che, a tendere, costituirà un rilevante supporto alle politiche generali di prevenzione.

6.3.10 Gestione della sicurezza economico finanziaria

Governare oggi l'area della sicurezza economico finanziaria dell'Istituto significa, in via preliminare, governare la corretta transizione dall'attuale sistema di contabilità finanziaria al nuovo modello di contabilità integrata così come previsto dalla legge 31 dicembre 2009, n. 196 e decreti collegati. Governare correttamente questa transizione

infatti consente di porre in essere in modo completo un vero sistema di controllo di gestione in grado di produrre, quale elementi di valutazione delle diverse transazioni, non solo i flussi di entrata ed uscita finanziaria, ma anche i riflessi di tali attività in termini economici e patrimoniali. Una volta raggiunta la corretta transizione al nuovo sistema di contabilità integrata, sarà possibile sviluppare un modello di controllo moderno e pervasivo che rappresenta il primo presidio per evitare, o perlomeno limitare, gli eventi di perdita legati alla non corretta gestione delle transazioni.

A tal fine l'Istituto ha allineato nel 2015 il proprio piano dei conti al Piano dei Conti armonizzato delle Pubbliche Amministrazioni, in attuazione della legge n. 196/2009 e del DPR 4 ottobre 2013, n. 132²⁶.

Anche in questo caso il modello di controllo e presidio prenderà origine e sarà strettamente collegato alla tassonomia dei rischi. Quest'ultima dovrà essere adeguatamente integrata a partire dalla previsione dei rischi contabili di tipo operativo (per i quali un primo livello di analisi è stato già effettuato soprattutto su tutto quanto attiene ai flussi di cassa), fino ad arrivare ai rischi legati alla corretta pianificazione e aggiornamento senza trascurare i rischi legati alle fasi di acquisizione. Discorso a parte poi verrà fatto per quel che riguarda la prevenzione dei rischi legati alla *mala gestio* sulle operazioni di gestione. Anche in questo caso si procederà alla identificazione dei principali rischi legati a questa fattispecie e, grazie pure al sistema di controllo di gestione, si procederà al monitoraggio delle situazioni anomale e alla definizione di sistemi di presidio e controllo *ad hoc*, basato tra l'altro su un sistema di indicatori e di "soglie di tolleranza". In quest'ottica si completerà il sistema grazie allo sviluppo di un adeguato sistema di reporting periodico finalizzato, non solo al monitoraggio degli aspetti gestionali legati alle grandezze economico finanziarie, ma anche alla segnalazione di situazioni anomale rilevate dal monitoraggio degli indicatori sugli eventi sentinella.

Anche in questo caso si applicheranno i canonici tre livelli di controllo:

- di flusso tramite appositi indicatori di rischio;
- di conformità;
- di revisione interna.

²⁶ Determinazione del Direttore Generale n. 44 del 3 agosto 2015 integrata con Determinazione del Direttore Generale n. 72 del 29 dicembre 2015.

Utilizzando un approccio proprio dell'analisi degli scostamenti, poi si procederà alla messa a punto delle azioni di miglioramento che verranno inserite nel più generale piano della sicurezza economico finanziaria e patrimoniale dell'Istituto.

6.3.11 Modello Inail di IT Vendor Rating

Dal 2013 l'Istituto ha avviato un progetto di implementazione di un proprio Modello di "IT Vendor Rating", personalizzato sulle specifiche esigenze dell'Inail, con l'intento di definire e sperimentare un sistema innovativo di valutazione della qualità delle forniture IT, da applicare ai contratti di maggior rilievo/criticità.

La finalità della valutazione di *IT Vendor Rating* in Inail è duplice: garantire, da un lato, il continuo allineamento dei Fornitori IT con gli obiettivi dell'Istituto, migliorando così la reattività e la capacità di rispondere adeguatamente al rapido mutare delle esigenze e del contesto di riferimento, e, dall'altro, supportare la formulazione di strategie per l'ottimizzazione dei rapporti con i Fornitori IT, nel periodo di vigenza contrattuale, e per l'efficientamento del portafoglio di forniture IT, nel medio e lungo termine.

Nell'ambito della metodologia di *IT Vendor Rating* dell'Istituto è previsto anche il cosiddetto "Vendor Feedback", ovvero la raccolta strutturata e sistematica del punto di vista dei Fornitori IT strategici sulla qualità sia delle specifiche forniture in cui operano sia, più in generale, dell'interazione con l'Amministrazione.

La condivisione tra le parti delle valutazioni effettuate e dei feedback ricevuti - per esempio attraverso la convocazione periodica di appositi Comitati di Governo delle forniture IT - può innescare processi di miglioramento continuo delle stesse e, pertanto, contribuire indirettamente a massimizzare l'efficacia e l'efficienza dell'azione dell'Inail nel perseguimento delle proprie finalità istituzionali.

6.3.12 L'Audit operativo sui fornitori come misura primaria di prevenzione

A partire dal 2016, sulla base anche dell'esperienza di *IT Vendor Rating* maturata, sarà avviata, in collaborazione con le Centrali di acquisto interne, un'attività finalizzata alla creazione di un sistema di monitoraggio e valutazione delle prestazioni previste dai contratti più rilevanti dell'Istituto.

La creazione e gestione di tale sistema di controllo, sarà realizzata all'interno del Progetto ARCO *Analisis* che permetterà la raccolta dei dati, la loro elaborazione e la

proposta di adozione degli eventuali interventi migliorativi alle centrali di acquisto dell'Ente.

In questo quadro, attesa la complessità delle operazioni da porre in essere, sarà definito un sistema semplificato di controllo e valutazione per tutti i soggetti che non superino una soglia minima di valore da definire.

6.3.13 I Patti di integrità negli affidamenti

In attuazione dell'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012, l'Istituto ha adottato un apposito Patto di integrità disciplinante regole comportamentali finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo ed alla valorizzazione di condotte eticamente adeguate, la cui accettazione costituisce presupposto necessario per la partecipazione alle gare di appalto o comunque all'affidamento di commesse.

Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito è inserita una clausola di salvaguardia in cui si prevede che il mancato rispetto del Patto di integrità determina l'esclusione dalla gara e la risoluzione del contratto.

Tra le clausole è stato inserito il divieto di stipulare contratti di appalto e servizi con soggetti privati che si avvalgono dell'attività lavorativa o professionale di dipendenti precedentemente impiegati presso l'Istituto con funzioni autoritative o negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego (*pantouflage o revolving doors*).

Tale limitazione dell'autonomia contrattuale si fonda anche sulla Determinazione dell'ANAC n. 4 del 2012, laddove si precisa che *"mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta (...) l'impresa concorrente accetta (...) regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le altre procedure concorsuali, della estromissione dalla gara"*.

6.3.14 La Carta dei servizi

La Carta dei servizi è lo strumento attraverso cui l'Istituto formalizza con i propri utenti un "patto" relativo alla tipologia di servizi che intende erogare, agli standard di qualità di tipo qualitativo e quantitativo che si impegna a garantire ed ai meccanismi

di partecipazione e tutela dei propri utenti, al fine di rendere la sua attività più trasparente ed i suoi servizi maggiormente fruibili ed efficienti, rispondenti ai concreti bisogni dell'utenza.

Nel 2014 la Carta dei servizi è stata rivisitata, nei contenuti, in relazione alla nuova configurazione assunta dall'Inail con l'attribuzione delle funzioni precedentemente svolte dai soppressi Ispesi ed Ipsema, e nella forma, attraverso le nuove modalità di realizzazione dei prodotti editoriali multimediali per effetto dell'evoluzione delle tecnologie della comunicazione. Essa è consultabile sul portale istituzionale, nella sezione dedicata in "Amministrazione Trasparente".

<http://www.inail.it/internet/default/Trasparenza/Servizierogati/Cartadeiservizi/index.html>.

6.3.15 Il monitoraggio degli obiettivi di produzione

Nell'ambito della programmazione annuale dell'Istituto sono ricompresi gli obiettivi di produzione delle Strutture territoriali.

Il loro monitoraggio avviene con cadenza mensile all'interno del sistema di Programmazione, Bilancio e Controllo (sistema PBC - sottosistema Controllo Obiettivi di Produzione) mediante un'ampia gamma di indicatori.

Al riguardo la presenza di indicatori volti a monitorare la dimensione della tempestività del servizio reso all'utenza esterna, consente all'Istituto di disporre di informazioni utili ad individuare i provvedimenti che, risultando emessi in tempi eccessivamente brevi o lunghi rispetto a quelli mediamente impiegati, potrebbero essere predittivi di un'attività istruttoria condotta con scarsa diligenza o celare abusi nell'esercizio della funzione.

L'*Allegato 9* dà evidenza dei tempi medi di lavorazione registrati nel 2015 con riferimento ai principali servizi erogati dall'Istituto.

6.3.16 Il collegamento con il ciclo della performance

Al fine di garantire il coordinamento tra gli obiettivi programmati in materia di Anticorruzione e Trasparenza e quelli programmati per la valutazione della performance, all'interno dell'Albero della Performance è stata individuata una specifica Area Strategica "Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione" nella quale sono ricompresi gli obiettivi triennali, articolati a loro volta in obiettivi annuali, volti al

miglioramento dei livelli di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione ed affidati, per il triennio 2016-2018, alla responsabilità del Servizio Ispettorato e Sicurezza (*Allegato 10*).

Tali obiettivi, replicati all'interno della Sezione dedicata alla Trasparenza per l'autonomia formale della stessa rispetto al Piano dell'Anticorruzione, concorrono a definire la performance dell'Istituto nella sua duplice dimensione della performance organizzativa ed individuale e - analogamente agli altri obiettivi - il loro grado di raggiungimento sarà rendicontato a partire dalla Relazione sulla performance 2016.

In particolare, con riferimento al sistema di valutazione della performance individuale dei dirigenti di II fascia e dei responsabili di strutture non dirigenziali (art. 9, c. 1, D.Lgs n. 150/2009), i parametri di riferimento si fondano su due componenti, aventi lo stesso rilievo (50%):

1) prima componente:

raggiungimento degli obiettivi individuali (che coincidono con gli esiti della performance organizzativa fatta registrare dalla struttura di cui il dirigente - o figura equiparata - è responsabile);

2) seconda componente:

- a) comportamenti organizzativi;
- b) capacità valutativa dimostrata dal dirigente - o figura equiparata - rispetto alle risorse umane assegnate alla Struttura di cui è responsabile (nell'ambito della quale assume rilievo la capacità di diversificare i giudizi);
- c) rispetto degli obblighi (per esempio quelli in tema di trasparenza e anticorruzione) la cui violazione, ai sensi di legge, comporta responsabilità dirigenziale (cfr. art. 21, D.Lgs n. 165/2001).

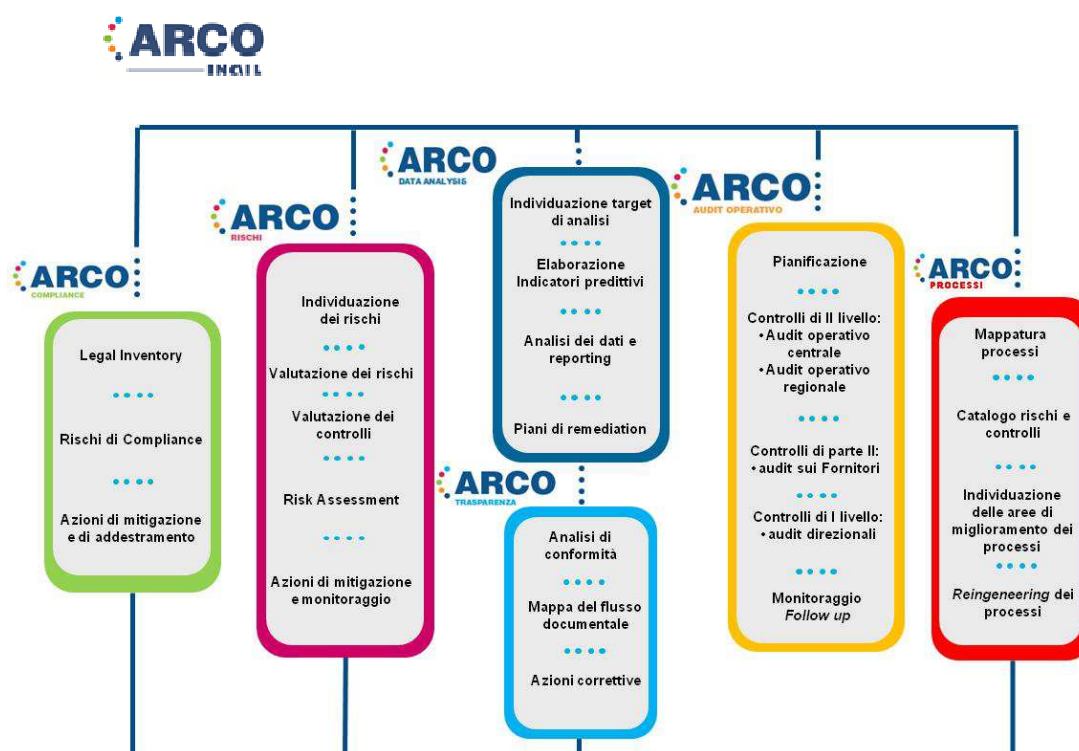
Per i dirigenti di I fascia e per i dirigenti di II fascia con incarico dirigenziale di livello generale - nonché per le figure equiparate - è previsto l'allineamento, nell'ambito dei parametri di valutazione riguardante la loro performance individuale, ai criteri della capacità valutativa dimostrata e al rispetto degli obblighi (tra cui quelli in tema di trasparenza e anticorruzione) la cui violazione, ai sensi di legge, comporta responsabilità dirigenziale (art. 21, cit.)

6.4 Audit operativo e Area Analisi: il Progetto ARCO

Parlare di contrasto alla *maladministration* significa anche trattare di controlli interni e in Inail si sta procedendo secondo una duplice prospettiva:

- ampliare la filiera dei controlli passando dall'analisi dei fatti antigiuridici che generano responsabilità penali, civili o amministrative, ai comportamenti legati a errori operativi che possono potenzialmente portare a situazioni produttive di un danno per l'amministrazione;
- trasformare il sistema dei controlli da verifiche statiche, orientate al passato, a sistemi dinamici capaci di interpretare il presente e, in qualche caso, anche di prevedere – in termini probabilistici – possibili scenari futuri.

Di seguito la rappresentazione del *framework* metodologico ARCO:



In sintesi, partendo dalla necessità di adeguare la propria organizzazione alla recente normativa in materia di anticorruzione, l'Istituto ha avviato un percorso finalizzato all'aggiornamento del proprio "sistema della sicurezza interna", con interventi sia sul versante informatico sia su quello dei controlli svolti ai diversi livelli, mediante il

coinvolgimento di tutte le Direzioni Centrali e figure di responsabilità, dai dirigenti di livello generale, sino ai singoli dirigenti e Responsabili di processo.

6.4.1 ARCO Rischi

L'ambito è rappresentato dalla gestione dei rischi di corruzione e operativi.

Riprendendo quanto già diffusamente descritto precedentemente in sede di trattazione del rischio, in questo ambito vengono sviluppate, testate e rilasciate le metodologie e l'approccio operativo relativo all'individuazione dei rischi all'interno dell'Organizzazione, alla loro valutazione e al loro monitoraggio.

Più in particolare:

- è stata definita e validata la metodologia di individuazione e valutazione dei rischi di corruzione e operativi (criteri di valutazione del Rischio Lordo, dell'efficacia dei Controlli e del Rischio Residuo);
- è stato elaborato il Catalogo dei Processi e il Catalogo dei Rischi funzionali all'identificazione delle Aree di rischio oggetto di valutazione insieme con le Direzioni coinvolte;
- sono stati condotti l'*assessment* e la valutazione dei rischi rilevabili nei processi delle Direzioni Centrali dell'Istituto. Le attività saranno estese a tutte le aree residue e si completeranno nell'anno 2016;
- sono stati monitorati e aggiornati periodicamente dai Referenti dell'Anticorruzione i rischi legati alla prevenzione della corruzione.

6.4.2 ARCO Audit operativo

L'ambito è rappresentato dalla definizione e aggiornamento delle metodologie, con i relativi strumenti di supporto, per l'esecuzione dei controlli da parte dei diversi livelli e funzioni coinvolte a livello di Istituto.

Lo svolgimento delle attività di controllo attivate dall'Inail, presenta propri tratti di autonomia rispetto al modello teorico e si articola contestualmente sui seguenti ambiti:

- controlli di "audit operativo" (cd controlli di secondo livello) che vengono svolti:
 - in modalità *top down* dal Servizio Ispettorato e Sicurezza

- in modalità *bottom up* dagli auditor regionali (sulla base di check list predisposte a livello centrale);
- controlli “amministrativo-contabili”, previsti anche dal D.Lgs n. 286/1999 (cd controlli di primo livello o di linea), che coinvolgono tutti i dirigenti e/o i funzionari responsabili di Sede o di processo;
- audit operativo sui fornitori (anche “controlli di parte seconda”) che, partendo dall’esperienza maturata in materia di *Vendor Rating* sul settore informatico, punterà ad uno sviluppo mirato e graduale delle operazioni di acquisto di beni, servizi e lavori.

Per la gestione e formalizzazione delle attività di verifica è in uso la piattaforma ARCO Audit operativo che agevola l’operatore con apposite check list tematiche nello svolgimento delle attività di controllo, raccolta dati, elaborazione dei rapporti e successiva analisi e monitoraggio delle risultanze; tale applicativo è stato progettato e realizzato con tecnologia Microsoft. Il sistema è stato implementato sfruttando le potenzialità all’avanguardia messe a disposizione dal Framework.NET 4.5. Il sistema, lato back-end, è dotato di un proprio data base relazionale realizzato con Microsoft SQL Server 2012. La componente di front-end è stata implementata sfruttando le potenzialità della piattaforma Microsoft SharePoint 2013 in modo da usufruire delle più moderne funzionalità in ottica di usabilità ed immediatezza per l’utente finale. Per lo scambio di informazioni tra back-end e front-end è stato realizzato un strato di business basato su di un servizio RESTful WCF

Nell’ottica del costante aggiornamento del modello, sono attualmente in fase di sperimentazione nuove funzioni per una più precisa identificazione dei perimetri di analisi, di raccolta dati e di pianificazione delle attività operative.

L’applicativo prevede distinti moduli:

- audit operativi centrali;
- audit operativi regionali;
- audit direzionali.

Il tutto per creare una cornice generale che nel tempo si semplificherà nelle modalità di gestione e darà, in modo sempre più preciso, ritorni informativi per una gestione maggiormente orientata verso obiettivi di responsabilizzazione e autocontrollo di tutti gli operatori, dai responsabili di linea ai dirigenti di livello generale, secondo criteri di rilevazione uniformi sull’intero territorio nazionale.

6.4.3 ARCO Trasparenza

L'ambito è rappresentato dalla gestione dell'attuazione degli obblighi di trasparenza che rappresentano misure primarie di prevenzione.

Qui sono state analizzate e distinte le operazioni massive da quelle puntuali e per le prime si è puntato allo sviluppo di un modulo che automaticamente sia in grado di reperire all'interno delle procedure i dati rilevanti al fine di una loro diretta pubblicazione sul portale dell'Istituto.

La componente tecnica di pubblicazione è assistita da una funzione di *legal inventory* avente il compito di definire l'ambito di applicazione della norma all'Istituto, anche alla luce dell'evoluzione normativa in corso che potrebbe determinare oggettivi rischi di non conformità delle procedure in uso e quindi anche dei conseguenti provvedimenti amministrativi.

Il progetto prevede che il sistema di *legal inventory* segnali alle Direzioni istituzionali e alla Direzione informatica la "variazione" normativa nell'ottica della gestione dei necessari adeguamenti.

6.4.4 ARCO Compliance

L'ambito è finalizzato a garantire agli operatori le informazioni utili al corretto svolgimento delle attività loro assegnate, in chiave di manutenzione delle competenze, mediante la messa a disposizione di:

- manuali per i controlli sui processi operativi;
- elenco delle griglie di controllo che saranno utilizzate in sede di verifica;
- percorsi di addestramento pratico sulle procedure operative elaborati dal Servizio Ispettorato e Sicurezza in collaborazione con l'Ufficio Formazione della Direzione Centrale Risorse Umane e con le Direzioni Centrali e le Consulenze competenti per materia.

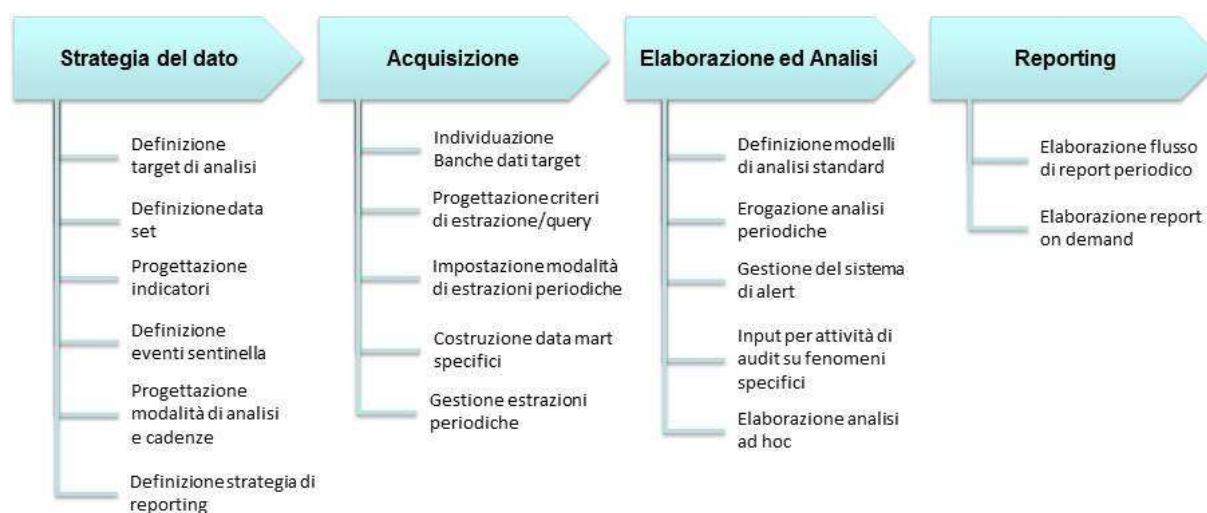
Rientra nella pianificazione generale, anche l'inserimento nel portale ARCO di materiale formativo destinato a potenziare le competenze professionali e organizzative più generali di tutti i dipendenti, sia centrali che regionali, messo a disposizione dall'ufficio Formazione.

6.4.5 ARCO Data Analysis

La vera innovazione del progetto e la sua utilità in chiave di prevenzione sta nell'inserimento a pieno titolo della Consulenza Statistico Attuariale dell'Istituto all'interno del progetto ARCO e nella disponibilità di un software estremamente avanzato per la gestione dei big data.

Questo permetterà l'analisi, sia periodica sia *on-demand* dei dati provenienti dalle procedure operative e dai sistemi di controllo nonché la loro analisi con finalità predittiva di possibili scostamenti delle attività in essere rispetto agli standard della produzione.

I principali processi della funzione Data analysis



L'effetto dovrebbe essere quello di una drastica riduzione degli errori operativi cui sarà possibile di norma porre rimedio in autotutela e l'individuazione selettiva di possibili eventi critici legati a *malpractice* degli operatori su cui intervenire "in modo chirurgico" prima che i danni diventino di rilevante entità.

In concreto la costituzione di un apposita funzione di *Data Analysis* all'interno del Servizio Ispettorato e Sicurezza, avrà come finalità principale lo sviluppo di tutte le azioni necessarie allo svolgimento dell'attività di analisi dei dati a partire dalla

identificazione degli oggetti del controllo, passando per la definizione degli indicatori di rischio, fino ad arrivare alla definizione delle modalità di diffusione delle informazioni e delle analisi ai diversi livelli dell'Istituto e per le diverse funzioni interessate.

Al fine di una corretta impostazione strategica della funzione, è prevista la costituzione di un Comitato Operativo di *Data Analysis* costituito dal Servizio Ispettorato e Sicurezza, dalla Consulenza Statistico Attuariale e dalla Direzione Centrale Organizzazione Digitale.

Obiettivo della funzione di *Data Analysis*, nei prossimi 24 mesi, utilizzando la tassonomia di processi e dei rischi disponibile in ARCO, è quello di individuare tre aree operative orientate:

1. alla definizione di una corretta strategia del dato;
2. alla creazione di cruscotti informativi;
3. alla certificazione e validazione dei dati trattati.

Nel dettaglio:

1. I singoli processi che compongono il macro-processo "strategia del dato" saranno concepiti in modo tale da permettere una corretta e consapevole gestione dei dati e delle informazioni a partire dalle fasi iniziali di identificazione degli oggetti del controllo e delle loro caratteristiche fondamentali. Con riferimento a ciascuna area di rischio, nell'ambito di ciascuna attività oggetto di analisi, lo studio prevede l'identificazione dei dati che saranno poi oggetto di studio in chiave *Data Quality*, la definizione dei principali indicatori di rischio e la definizione degli eventi sentinella per la modellazione di un data set di riferimento su cui basare i controlli.
2. La fase di "creazione di un cruscotto informativo" ha origine con l'alimentazione dell'applicativo ARCO tramite l'estrazione dagli archivi Inail del data set definito nel macro-processo "strategia del dato" con idonei criteri. All'interno delle attività considerate poi, sarà ricompresa quella di riconduzione dei fenomeni osservati e soprattutto delle anomalie riscontrate alla tassonomia generale dei rischi e alle valutazioni di esposizione effettuate al fine di correggerle. Sarà l'interazione con gli utenti finali dell'applicativo (Direzioni Centrali e Regionali) che orienterà la definizione dei report attraverso feedback che perverranno al Comitato operativo.

Il flusso primario di reporting, strutturato e standard in modo da essere disponibile con una periodicità definita per tutte le funzioni interessate, è

destinato ad alimentare le informazioni - caratterizzate da estrema sintesi o "elevata granularità" - relative alle diverse funzioni dell'Istituto, siano esse di governo generale, piuttosto che di coordinamento e gestione operativa, consentendo la creazione di report predefiniti e *ad hoc* con specifici filtri preimpostati. Sarà comunque prevista la possibilità di produrre report *on-demand* che rispondano a richieste di analisi improvvisate e focalizzate su specifici fenomeni non ricorrenti. All'interno del flusso di reporting standard, troverà collocazione la progettazione e gestione del cosiddetto "*incident reporting* periodico" deputato a illustrare, sia in forma di dato a stock che in forma di trend periodico, l'andamento degli incidenti (manifestazione del rischio), relativo alle principali e più sensibili casistiche di rischio rilevate e valutate.

- 3 Il flusso dei dati trattati, che alimenta l'applicativo e la successiva reportistica, sarà elaborato in funzione di un'apposita fase di "certificazione e validazione del dato" mediante la creazione di tabelle di sintesi che riporteranno i dati fondamentali definiti per ogni attività analizzata e che consentiranno il monitoraggio delle variazioni del data set ad ogni aggiornamento dell'applicativo.

SEZIONE III: PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

PARTE VII - LA TRASPARENZA

7.1 La trasparenza in generale

Questa sezione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), come già avvenuto con le precedenti edizioni, ospita il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) 2016-2018, aggiornato su proposta del Responsabile della Trasparenza, secondo quanto previsto dagli artt. 10 e 43, comma 2, del D.Lgs n. 33/2013²⁷.

La scelta di collocare il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità nell'ambito del Piano, oltre a rispondere a quanto auspicato dalla legge, intende sottolineare come la trasparenza in senso normativo rivesta, nell'ottica di un sistema integrato e sinergico, un ruolo di fondamentale importanza per la lotta all'illegalità: più ampia è la sfera delle informazioni e delle procedure rese pubbliche, più si riducono le zone d'ombra che potrebbero offrire riparo a comportamenti scorretti, se non addirittura illeciti²⁸.

²⁷ Per effetto dell'art. 19, c. 5 lett. b) DL n. 90/2014, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, l'ANAC, salvo che il fatto costituisca reato, applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000,00 e non superiore nel massimo a euro 10.000,00, nel caso in cui il soggetto obbligato ometta l'adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento.

²⁸ L'art. 1 del D.Lgs n. 33/2013, definisce la trasparenza come "accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", il cui grado di attuazione diventa un vero e proprio indicatore di qualità dell'attività amministrativa e dell'effettività del "diritto alla buona amministrazione", costituente condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti politici, civili e sociali riconosciuti dalla Costituzione.

Oggetto del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è invece una parte limitata della *Trasparenza totale*, quella che potremmo definire come "*Trasparenza normativa*". Recita, infatti il successivo art. 2, del D.Lgs n. 33/2013 che "*Le disposizioni del presente decreto individuano gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione*".

Il quadro risulta poi definito dal successivo comma 3 dell'articolo 4, là dove si precisa: "*Le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno*

In tema di trasparenza nei rapporti con cittadini, utenza, fornitori e dipendenti, l'Inail ha da sempre dimostrato una particolare sensibilità, ponendo al centro della propria azione la soddisfazione delle esigenze dell'utenza, il miglioramento continuo dei servizi e il benessere organizzativo dei dipendenti e collaboratori. In linea con questi valori:

- Fin dal 1997 l'Inail ha adottato una propria Carta dei servizi, come strumento d'illustrazione dei compiti istituzionali, dei diritti dei lavoratori relativi alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e dei servizi dedicati alle aziende. Come sopra più ampiamente descritto (*cfr.* par. 6.3.14), attraverso la Carta l'Istituto instaura un "patto" con gli utenti, basato sulla trasparenza e sul miglioramento continuo delle attività svolte, stabilendo altresì i principi e le regole sui servizi offerti, sugli standard di qualità garantiti e sui meccanismi di partecipazione, tutela e verifica dei risultati. La versione vigente è stata adottata dal Presidente con determinazione n. 300 del 10 ottobre 2014.
- Dal 2001 l'Inail ha realizzato e via via messo a punto, quale strumento d'ascolto e di apertura alla partecipazione, un progetto per la rilevazione della *customer satisfaction*. La rilevazione coinvolge tutte le Sedi del territorio. Le indagini sono realizzate con somministrazione di questionari e attraverso canali di raccolta a distanza: posta elettronica e intervista telefonica. I risultati della *customer satisfaction* sono consultabili in formato aperto sul sito web istituzionale.

l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, fermi restando i limiti e le condizioni espressamente previsti da disposizioni di legge, procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti".

Sotto il profilo ermeneutico, taluni interpreti hanno voluto inquadrare il D.Lgs n. 33/2013 come una sorta di testo unico sulla trasparenza amministrativa da cui deriverebbe un generale dovere delle pubbliche amministrazioni di pubblicare ogni notizia riferibile alla loro attività. In realtà la legge n. 190/2012 ed il successivo D.Lgs n. 33/2013 di attuazione, pur nella loro vastità, individuano un *numerus clausus* di informazioni per le quali vige l'obbligo di pubblicazione, numero che non può essere esteso per analogia a fattispecie analoghe attesa la necessità di rispettare:

- i principi di legalità e di tassatività ad essa presupposti;
- i limiti derivanti dal rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.

Resta pertanto fuori dal perimetro normativo la "trasparenza totale" (*total disclosure*) consistente nel generale obbligo pubblicazione a cura delle pubbliche amministrazioni di tutte le informazioni relative alle attività svolte.

È peraltro consentito all'amministrazione, nel rispetto delle cautele dettate dal citato art. 4, valutare l'opportunità di integrare le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria con altre notizie laddove esigenze organizzative generali lo rendano necessario.

- A partire dal 2009, l'Istituto - collaborando ad un'iniziativa sostenuta dal Dipartimento della Funzione Pubblica - ha affiancato alle rilevazioni strutturate di *customer satisfaction*, quelle realizzate attraverso l'utilizzo di interfacce emozionali (cd "emoticon") con l'obiettivo di dare la possibilità ai cittadini di esprimere giudizi in modo estemporaneo sulla qualità percepita del servizio fruito.

7.2 Le principali novità

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs n. 33/2013 e nelle more dell'emanazione dei provvedimenti attuativi della legge n. 124/2015, *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*, in particolare dell'art. 7, è stato elaborato secondo le indicazioni contenute nelle Delibere CIVIT: n. 105/2010 *"Linee guida per la predisposizione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità (art. 13, comma 6, lettera e, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)"*, n. 2/2012 *"Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità"*; n. 50/2013 *"Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014/2016"*. In un'ottica di miglioramento graduale e continuo, tenendo conto dell'esperienza maturata con l'attuazione dei Programmi per la Trasparenza e l'Integrità 2012-2014; 2014-2016 e 2015-2017, nella elaborazione del presente documento si è puntato a migliorare, in particolare, aspetti concernenti:

- la qualità delle attività propedeutiche e di progettazione, attraverso la valorizzazione dei principi della partecipazione e della contestualizzazione delle misure da adottare, ponendo particolare attenzione alle fasi di consultazione pubblica e di audizione degli *stakeholder*;
- la realizzazione di una *legal inventory*: raccolta ragionata e aggiornata delle diverse norme e prassi che disciplinano, sotto il profilo oggettivo e soggettivo, i singoli adempimenti collegati alla trasparenza; lo strumento, nel corso del 2016, sarà messo a disposizione di tutti i dipendenti dell'Istituto attraverso l'implementazione di una piattaforma informatica disponibile su ogni postazione di lavoro;

- l'individuazione di attendibili obiettivi, attività/indicatori e target in materia di trasparenza, con programmazione di apposite fasi di monitoraggio e consuntivazione;
- la previsione dell'adozione di nuove misure organizzative e tecnologiche finalizzate a potenziare:
 - a) la regolarità e la tempestività dei flussi informativi verso il portale istituzionale;
 - b) l'entrata a regime di uno specifico applicativo informatico (CAT: Connettori Amministrazione Trasparente) per la gestione automatizzata degli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione; applicativo che, attraverso specifici connettori informatici, è in grado di intercettare le informazioni da pubblicare all'interno dei diversi *data base* o presso sistemi d'archiviazione documentale digitalizzata, collocandole direttamente sul sito istituzionale, dopo alcuni step di validazione, demandati: agli *Owners* o dalla Consulenza Statistica Attuariale - in ordine alla veridicità e completezza dei dati oggetto di pubblicazione; alla Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione - in ordine al controllo redazionale; al Responsabile della Trasparenza - in ordine alla rispondenza dei dati pubblicati agli obblighi previsti dalla legge;
 - c) il costante monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione e sul rispetto delle norme a tutela della privacy.

7.3 Obiettivi in materia di trasparenza

Il presente Programma, nella sua funzione strumentale rispetto all'attuazione delle politiche di prevenzione della corruzione e della partecipazione del cittadino alla vita dell'Ente, individua come obiettivi della trasparenza le seguenti attività:

- la chiara definizione delle competenze e delle responsabilità degli attori della trasparenza (Responsabile della Trasparenza, Referenti della Trasparenza, dirigenti per le materie di propria pertinenza) e, per quanto concerne gli obblighi di pubblicazione, delinea una prima mappatura del processo che governa il flusso di dati e informazioni da collocare in "Amministrazione trasparente" (*Allegato 11*);

- il coinvolgimento degli *stakeholder*, non solo nella fase di elaborazione del documento, ma anche nella sua attuazione;
- l'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;
- l'individuazione dei soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati sul sito istituzionale;
- la concreta attuazione dell'accesso civico, attraverso la specifica disciplina adottata dall'Istituto con determinazione del Presidente n. 13/2015
- un'ampia fruibilità delle informazioni in possesso dell'Istituto (con particolare riguardo agli *open data*), anche quale strumento di promozione della cultura della legalità;
- la valorizzazione del ruolo della formazione per l'innalzamento del livello di diffusione, presso tutto il personale e i singoli uffici, della cultura della trasparenza e integrità;
- il costante miglioramento delle misure organizzative e dei progetti tecnologici volti ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e per il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione, nonché per la tutela dei dati personali e riservati;
- l'innalzamento del grado di adempimento (*compliance* e qualità) degli obblighi di pubblicazione.

7.4 La trasparenza e l'integrità nel ciclo della performance

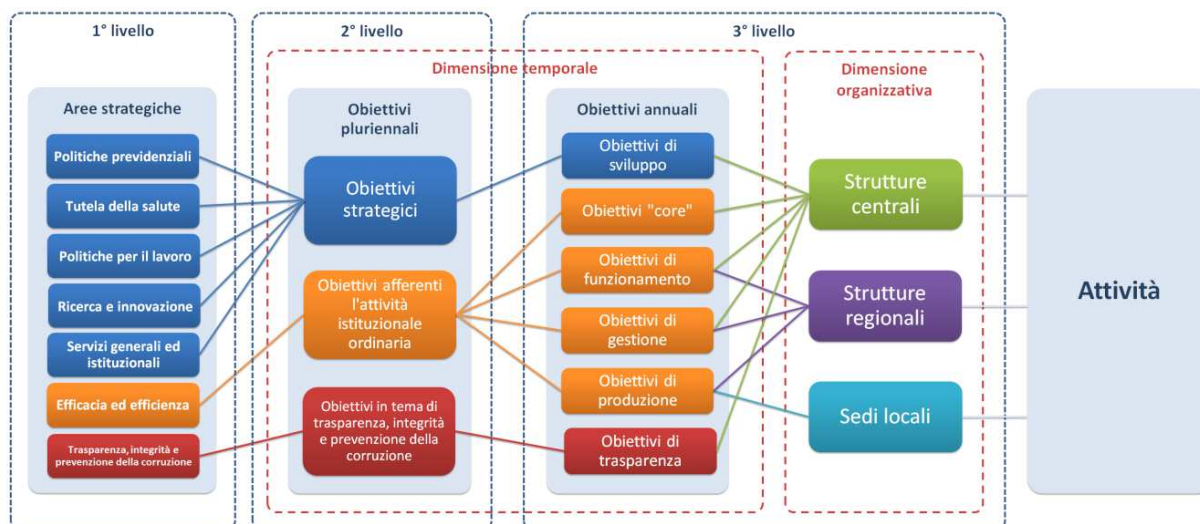
L'art. 10, comma 3, del D.Lgs n. 33/2013, prevede che gli obiettivi indicati nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità siano formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa, governata nell'ambito del ciclo di gestione della performance.

La stessa disposizione prevede, altresì, che la promozione di maggiori livelli di trasparenza nell'azione amministrativa debba rappresentare una specifica area strategica per ogni pubblica amministrazione.

In linea con tali prescrizioni, nell'ambito del ciclo della performance, l'Istituto, in collegamento con il presente Programma, ha individuato una specifica area strategica denominata *Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione*, collegandovi la

definizione, la gestione e la rendicontazione di obiettivi e linee guida volti al miglioramento dei livelli di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Per descrivere l'integrazione di tali obiettivi nell'ambito del più generale ciclo di performance, si riporta il seguente albero²⁹:



Il Piano della performance (PP), nell'ambito del quale sono individuati gli obiettivi strategici e operativi, è consultabile al seguente indirizzo internet: <http://www.inail.it/internet/default/Trasparenza/Performance/Pianodellaperformance/index.html>.

Più dettagliatamente, in tema di anticorruzione e trasparenza, nel novero dei traguardi che l'Istituto si è dato per il prossimo triennio 2016-2018, sono rinvenibili i seguenti obiettivi pluriennali, con annesse le rispettive linee guida operative per la loro attuazione:

²⁹ Fonte: Atti del Piano della performance 2016.

AREA STRATEGICA: <i>Trasparenza Integrità e Prevenzione della Corruzione</i>	
Descrizione obiettivo pluriennale	DESCRIZIONE LINEA GUIDA
Sviluppo capillare, presso i singoli uffici e presso tutto il personale, del grado di diffusione della cultura dell'integrità e della trasparenza	Azioni di coinvolgimento del personale, dirigenziale e non, nell'organizzazione e partecipazione a corsi, seminari e iniziative in tema di trasparenza e integrità anche con modalità e-learning.
	Condivisione dell'organizzazione della Giornata della trasparenza con gli stakeholder interni ed esterni.
Realizzazione di un sistema di gestione del rischio corruzione - nell'ambito dei più generali strumenti adottati a presidio della sicurezza, anche alla luce delle indicazioni metodologiche fornite da ANAC e delle Linee Guida internazionali di riferimento	Affinamento progressivo ed aggiornamento della mappatura dei processi per l'individuazione delle aree a rischio di fenomeni illeciti (risk assessment), anche attraverso il confronto con gli stakeholder.
Sviluppo e implementazione di misure - normative, organizzative, informatiche e di training tecnico-pratico sulle attività a maggior rischio - dirette a prevenire fenomeni di mala gestione e a migliorare gli standard di qualità dei servizi erogati	Attuazione del Codice di comportamento e di altre misure trasversali per la prevenzione della corruzione, anche attraverso il confronto con gli stakeholder
Ottimizzazione del sistema dei controlli interni, anche con tecniche di audit operativo finalizzate alla riduzione dei rischi operativi e in chiave collaborativa per il perseguimento degli obiettivi gestionali	Costante strutturazione dei controlli interni, anche in ottica di efficientamento dell'azione amministrativa.
Improntare l'azione amministrativa ai principi della trasparenza , anche attraverso l'innalzamento della qualità degli adempimenti agli obblighi di pubblicazione mediante sistemi automatizzati	Attività organizzative e operative improntate alla trasparenza e volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi verso il portale internet.

Gli stessi obiettivi pluriennali trovano poi idonea trasposizione nei livelli inferiori dell'albero della performance attraverso la declinazione sul piano operativo degli specifici indicatori, attività e target.

Pertanto, al fine di garantire l'integrazione tra gli obiettivi programmati in materia di Anticorruzione e Trasparenza e quelli programmati per la valutazione complessiva della performance, all'interno dell'albero della performance, i traguardi che l'Istituto persegue in materia di "*Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione*" trovano esplicitazione in obiettivi triennali (2016-2018), declinati a loro volta in obiettivi annuali, affidati alla responsabilità di Strutture centrali.

Tali obiettivi, di seguito elencati, concorrono a definire la performance dell'Istituto nella sua duplice dimensione della performance organizzativa ed individuale e - analogamente agli altri obiettivi - il loro grado di raggiungimento sarà rendicontato nella Relazione sulla performance 2016.

OBIETTIVO Trasparenza Integrità e Prevenzione della Corruzione	ATTIVITÀ	STRUTTURE		TARGET		
		di riferimento	coinvolte	2016	2017	2018
Sviluppo capillare, presso i singoli uffici e presso tutto il personale, del grado di diffusione della cultura dell'integrità e della trasparenza	Progettazione ed implementazione di iniziative formative ed informative su aspetti generali e peculiari, idonee a sviluppare in tutto il personale la cultura della trasparenza e integrità	SIS	DCOD DCRU	Completamento del contingente di personale destinatario dei corsi avviati nell'anno 2015 (su Codice di comportamento e disciplinare, sull'incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi esterni, sulle attività di verifica per la prevenzione degli illeciti e la tutela dei <i>whistleblower</i>). Predisposizione interventi formativi, anche e-learning, sulla trasparenza dell'attività amministrativa ed etica del funzionario pubblico, tecniche per la prevenzione della corruzione, monitoraggio informatico degli scostamenti	Monitoraggio sull'efficacia degli interventi formativi svolti Ricognizione dei fabbisogni formativi alla luce delle risultanze derivanti: - dall'aggiornamento costante delle valutazioni del rischio corruzione; - dall'attuazione delle misure di prevenzione; - dallo stato degli adempimenti in materia di trasparenza. Organizzazione di corsi formativi specifici	Monitoraggio sull'efficacia degli interventi formativi svolti Ricognizione dei fabbisogni formativi alla luce delle risultanze derivanti: - dall'aggiornamento costante delle valutazioni del rischio corruzione; - dall'attuazione delle misure di prevenzione; - dallo stato degli adempimenti in materia di trasparenza. Organizzazione di corsi formativi specifici.
	Organizzazione con periodicità annuale di una giornata dedicata alla cultura della trasparenza, all'accountability e al consolidamento di un rapporto collaborativo con gli stakeholder interni e esterni	SIS	DCPC	Organizzazione della Giornata della trasparenza	Organizzazione della Giornata della trasparenza	// (obiettivo consolidato, rientrante nell'obiettivo core della struttura)
Realizzazione di un sistema di gestione del rischio corruzione - nell'ambito dei più generali strumenti adottati a presidio della sicurezza, anche alla luce delle indicazioni metodologiche fornite da ANAC e delle Linee Guida internazionali di riferimento	Completamento ed affinamento della mappatura per la gestione dei rischi nelle aree maggiormente esposte, anche attraverso lo sviluppo di apposito applicativo e metodologia a supporto delle diverse fasi del processo di gestione dei rischi	SIS	DCOD	Completamento della mappatura delle aree a rischio corruzione con particolare riferimento a quelle individuate dalla L. n. 190/2012. Implementazione e monitoraggio delle connesse azioni di mitigazione/controllo, con aggiornamento dello stato di rischio Caricamento sull'apposito applicativo dei dati relativi agli <i>assessment</i> svolti ed elaborazione di funzioni informatiche per l'analisi e il reporting	<i>Assessment</i> dei più generali rischi di <i>mala gestio</i> /operativi. Implementazione e monitoraggio delle connesse azioni di mitigazione/controllo, con aggiornamento dello stato di rischio Ultimazione del caricamento dei dati relativi agli <i>assessment</i> svolti ed elaborazione di funzioni informatiche per l'analisi e il reporting	Analisi e aggiornamento periodico degli <i>assessment</i> e dei coefficienti di rischio. Implementazione e monitoraggio delle connesse azioni di mitigazione/controllo, (corruzione, <i>mala gestio</i> , operativo), anche attraverso l'ausilio dell'apposito software.

OBIETTIVO Trasparenza Integrità e Prevenzione della Corruzione	ATTIVITÀ	STRUTTURE		TARGET		
		di riferimento	coinvolte	2016	2017	2018
Sviluppo e implementazione di misure - normative, organizzative, informatiche e di training tecnico-pratico sulle attività a maggior rischio - dirette a prevenire fenomeni di mala gestione e a migliorare gli standard di qualità dei servizi erogati	Attuazione del Codice di comportamento e di altre misure trasversali per la prevenzione della corruzione, anche attraverso il confronto con gli <i>stakeholder</i> monitoraggio della relativa applicazione	SIS	DCRU	Consolidamento del Codice a regime Monitoraggio ai fini dell'effettiva applicazione del Codice, e dell'adozione di eventuali adeguamenti	// (obiettivo consolidato, rientrante nell'obiettivo core della struttura)	
	Predisposizione e attuazione delle ulteriori misure previste dalla normativa in materia di anticorruzione, riguardanti in particolare il <i>whistleblower</i> , il <i>pantouflage</i> , la rotazione, incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi (Misure di prevenzione trasversali)	SIS	DCRU	Monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni su <i>whistleblower</i> . Adozione disposizioni su <i>pantouflage</i> . Elaborazione disposizioni per la prevenzione della corruzione nei conferimenti di incarichi	Monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni adottate in materia (<i>pantouflage</i> , rotazione incarichi...) e adozione di eventuali adeguamenti	// (obiettivo consolidato, rientrante nell'obiettivo core della struttura)
Ottimizzazione del sistema dei controlli interni, anche con tecniche di audit operativo finalizzate alla riduzione dei rischi operativi e in chiave collaborativa per il perseguimento degli obiettivi gestionali.	Realizzazione di un sistema organico informatizzato per il monitoraggio dei controlli interni gestionali (sulla <i>compliance</i> e sulle condotte operative) nell'ottica di contribuire all'innalzamento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa e per il miglioramento della qualità dei servizi, anche attraverso l'analisi e la valutazione statistica dei dati desunti dalle procedure gestionali e dalle risultanze delle attività di verifica al fine di individuare eventuali fenomeni sintomatici di comportamenti anomali (analisi predittiva).	SIS	DCOD CSA	Proseguo delle attività di supporto allo svolgimento dei controlli di primo livello eseguiti dai responsabili di linea/struttura (cinque aree). Monitoraggio e reporting. Verifiche ispettive con tecniche di audit operativo (controlli di terzo livello), con individuazione degli accessi sulla base di analisi predittive.	Monitoraggio e reporting delle attività di supporto allo svolgimento dei controlli di primo livello eseguiti dai responsabili di linea/struttura e verifiche ispettive con tecniche di audit operativo (controlli di terzo livello), con individuazione degli accessi sulla base di analisi predittive.	Verifiche sulle attività di monitoraggio e programmazione sulla base di indici predittivi con possibili loro evoluzioni.

OBIETTIVO Trasparenza Integrità e Prevenzione della Corruzione	ATTIVITÀ	STRUTTURE		TARGET		
		di riferimento	coinvolte	2016	2017	2018
Improntare l'azione amministrativa ai principi della trasparenza, anche attraverso l'innalzamento della qualità degli adempimenti agli obblighi di pubblicazione mediante sistemi automatizzati	Sviluppo ed implementazione di un sistema per l'automatizzazione del caricamento dei dati e delle informazioni nella sezione del portale istituzionale "Amministrazione Trasparente" direttamente dai vari data base del sistema informativo gestionale (items di cui alla Del. CIVIT n. 50/2013)	SIS	DCOD	Proseguo automatizzazione del caricamento dei dati e delle informazioni nella sezione del portale istituzionale "Amministrazione Trasparente" direttamente dai vari data base del sistema informativo gestionale, per un totale di almeno l'80% degli obblighi di pubblicazione (items di cui alla Del. CIVIT n. 50/2013)	Completamento automatizzazione del caricamento dei dati e delle informazioni nella sezione del portale istituzionale "Amministrazione Trasparente" direttamente dai vari data base del sistema informativo gestionale, per il restante 20% degli obblighi di pubblicazione (items di cui alla Del. CIVIT n. 50/2013)	Avvio a regime

Il risultato di tale processo copre, a livello di pianificazione, l'arco triennale previsto nel presente Programma e risulta coerente con il Piano pluriennale delle attività dell'Istituto.

Con riferimento agli obiettivi sopra descritti, nella tabella che segue si descrive la programmazione delle attività di monitoraggio, volte ad evidenziare eventuali scostamenti tra quanto programmato e quanto realizzato per l'adozione delle conseguenti azioni correttive.

I monitoraggi sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza sono pubblicati nella intranet aziendale.

Anno 2016	Verifica dell'effettiva somministrazione agli stakeholder e valutazione dell'efficacia degli strumenti volti ad innalzare il livello di trasparenza e integrità.	Analisi dei feed-back concernenti le iniziative formative e gli strumenti adottati per la crescita della cultura della trasparenza e dell'integrità.	Monitoraggio costante sugli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione: percentuale a caricamento informatizzato pari al 80%	Stesura di un report semestrale
Anno 2017	Verifica dell'effettivo coinvolgimento degli stakeholder alle iniziative volte ad innalzare il livello di trasparenza e integrità: partecipazione minima del 40% del personale interno.	Analisi dei feed-back concernenti le iniziative formative e gli strumenti adottati per la crescita della cultura della trasparenza e dell'integrità	Monitoraggio costante sugli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione: percentuale a caricamento informatizzato pari al 10%	Stesura di un report semestrale
Anno 2018	Verifica dell'effettivo coinvolgimento degli stakeholder alle iniziative volte ad innalzare il livello di trasparenza e integrità: partecipazione minima del 60% del personale interno.	Analisi dei feed-back concernenti le iniziative formative e gli strumenti adottati per la crescita della cultura della trasparenza e dell'integrità	Monitoraggio costante sugli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione: verifica del caricamento informatizzato	Stesura di un report semestrale

7.5 Soggetti che hanno collaborato nell'individuazione dei contenuti del Programma

Nell'elaborazione del Programma, lo speciale *Work-team* di cui al par. 2.2, rappresentativo dei diversi comparti organizzativi dell'Istituto, ha collaborato all'analisi e valutazione, quindi condividendone i relativi contenuti finali, dei seguenti aspetti:

- Strutture responsabili della detenzione, elaborazione e pubblicazione dei dati, documenti e informazioni da collocare nella sezione "Amministrazione Trasparente", come declinati dalla Delibera ANAC (già CIVIT) n. 50/2013 (*Allegato 12*);
- armonizzazione degli obiettivi tracciati nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità con il Piano della performance (*Allegato 10*);
- area relativa agli standard di qualità dei servizi offerti al cittadino (standard disciplinati nell'ambito della Carta dei servizi 2014, consultabile in "Amministrazione Trasparente");
- monitoraggi sui tempi medi di durata dei procedimenti (*Allegato 9*);
- tipologie di procedimento e provvedimento, nonché della connessa modulistica;
- ripartizione dei diversi ambiti di competenza per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (*Allegato 12*).

La Direzione Centrale Risorse Umane ha curato la pianificazione dei corsi di formazione di livello sia specialistico (indirizzati a Responsabili e Referenti) che generale (indirizzati a dipendenti e collaboratori) in materia di anticorruzione e trasparenza.

Per le rispettive competenze e per particolari dimensioni d'analisi, le altre Strutture dell'Istituto sono state comunque chiamate a collaborare nella stesura del Piano.

7.6 Coinvolgimento degli *stakeholder*

Il principale portatore di interessi collettivi dell'Istituto è il CIV, Organo di indirizzo politico-strategico composto da rappresentanti delle confederazioni sindacali, delle organizzazioni rappresentative dei datori di lavoro e dei lavoratori autonomi e dell'Associazione nazionale mutilati ed invalidi del lavoro (ANMIL).

Nel corso dell'anno si terranno, peraltro, anche incontri mirati con rappresentanti di associazioni di consumatori, di associazioni di categoria e di organizzazioni sindacali per un loro costante coinvolgimento nella condivisione dei metodi e delle azioni

finalizzate alla revisione del presente documento, in un'ottica di miglioramento continuo.

7.7 Iniziative per la comunicazione e diffusione dei contenuti del Programma

Nel corrente anno, in materia di trasparenza e diffusione dei contenuti del presente Programma, saranno curate le seguenti attività:

- prosecuzione, a cura della Direzione Centrale Risorse Umane - Ufficio Formazione - di corsi mirati, in aula e a distanza;
- partecipazione a seminari, incontri, convegni per la promozione della cultura della legalità;
- studio delle modalità (es. forum dedicato) attraverso le quali gli *stakeholder* interni ed esterni e gli utenti interessati potranno esprimere il grado di soddisfazione, suggerimenti, opinioni sull'attuazione della trasparenza in Inail.

Al fine di rafforzare l'interlocuzione partecipativa con i propri *stakeholder*, l'Istituto, nell'ambito dell'area del proprio sito istituzionale dedicata ai servizi virtualizzati (SIEBEL), ha predisposto una speciale sezione attraverso la quale possono pervenire ed essere processate considerazioni e richieste in materia di trasparenza e anticorruzione.

7.8 Giornata della Trasparenza

Il 2 dicembre 2015, congiuntamente a Inps, è stata organizzata la IV Giornata della Trasparenza dal titolo: *"La trasparenza come strumento di prevenzione della corruzione e per consolidare un rapporto di fiducia con i cittadini"*.

L'evento è stato concepito prevalentemente come un incontro seminariale e quindi anche con finalità formative e come occasione di condivisione con gli altri attori del sistema nazionale del welfare delle problematiche relative alla concreta attuazione della normativa vigente in materia.

Sono intervenuti gli Organi di vertice dei due Istituti e relatori di rilievo, tra i quali vertici dell'ANAC, della Procura della Repubblica di Roma e il mondo dell'associazionismo.

Hanno altresì preso parte all'iniziativa i responsabili delle Strutture centrali, le organizzazioni sindacali interne e i principali *stakeholder* dell'Ente.

I Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza dei due Istituti hanno illustrato gli impatti e il grado di effettività e efficacia che si registra nell'applicazione della disciplina in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. Gli stessi nel rilevare alcune criticità applicative hanno fornito una panoramica sulle attività che i due Istituti stanno svolgendo per l'implementazione e il funzionamento dei rispettivi sistemi di gestione della trasparenza.

L'evento è stato trasmesso in multivideoconferenza in tutte le Sedi regionali come occasione di formazione e sensibilizzazione del personale sulle più generali problematiche della trasparenza e dell'anticorruzione.

PARTE VIII - IL PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA

8.1 Gli obblighi di pubblicazione

In attuazione del D.Lgs n. 33/2013 e della Delibera CIVIT n. 50/2013, è stata curata la pubblicazione dei dati sul portale dell'Istituto, in sotto sezioni che compongono l'alberatura della sezione "Amministrazione Trasparente".

Al fine di sistematizzare gli adempimenti della trasparenza e agevolare le attività di monitoraggio da parte delle Strutture competenti, è stato elaborato l'*Allegato 12* dove sono analiticamente riportati le informazioni, i dati e i documenti che l'Istituto è tenuto a pubblicare, la forma di pubblicazione, i termini, le conseguenze previste in caso di mancata pubblicazione e i soggetti responsabili della pubblicazione.

8.2 Soggetti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

Il Responsabile è il soggetto che ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 è individuato quale primo centro di riferimento degli obblighi della trasparenza e che, oltre a predisporre e aggiornare il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, ha un importante ruolo propulsivo, di coordinamento e vigilanza sul sistema.

A lui spetta un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'Organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, i casi di mancata o ritardata comunicazione.

Il Responsabile è il soggetto al quale sono indirizzate le istanze di accesso civico ai sensi dell'art. 5 D.Lgs n. 33/2013 e che si attiva affinché sia data regolare esecuzione all'obbligo di pubblicazione laddove effettivamente disatteso.

Allo stesso Responsabile competono, inoltre, l'adozione di specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e le ulteriori necessarie misure e iniziative di promozione.

Nei casi di mancata predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e dell'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, il Responsabile risponde dell'eventuale danno all'immagine dell'amministrazione causato da tali inadempienze.

Siffatti inadempimenti sono, inoltre, valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Se il Responsabile ha una sorta di “responsabilità indiretta” per l’inadempimento degli obblighi di pubblicazione riconducibili ad altri soggetti dell’amministrazione – responsabilità da cui si esime solo fornendo la prova che l’inadempimento è dovuto a causa a lui non imputabile - i dirigenti degli uffici sono direttamente responsabili del tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle previsioni di legge (*Allegato 12*).

L’art. 43, comma 1, del D.Lgs n. 33/2013, prevede che il nominativo del Responsabile della Trasparenza venga indicato nel Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità. Nell’Inail tale ruolo è attualmente svolto dal dott. Alessandro Pastorelli (responsabiletrasparenza@inail.it).

8.3 Referenti per la Trasparenza e modalità di coordinamento con il Responsabile

Ai fini di un corretto e puntuale adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, il Responsabile della Trasparenza coinvolge le varie Strutture dell’Istituto competenti all’elaborazione e al trattamento dei dati oggetto di pubblicazione.

Questo tipo di approccio è dettato non solo dall’esigenza di informare tutti gli uffici coinvolti e di agevolare l’adempimento degli obblighi di pubblicazione, ma anche dalla necessità di dare l’avvio al coinvolgimento dei Referenti della Trasparenza.

Questi ultimi, coerentemente al principio sopra illustrato secondo il quale la Trasparenza costituisce anche una componente fondamentale nella costruzione del più vasto e articolato sistema Anticorruzione, principio dal quale è derivato l’inserimento e l’integrazione logico-funzionale del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, coincidono necessariamente con i Referenti dell’Anticorruzione.

Secondo quanto sarà previsto dal Piano della formazione, i Responsabili delle Strutture (già individuati quali Referenti dell’Anticorruzione e in parte già formati) ed i Referenti della Trasparenza, laddove le due figure non coincidano, una volta individuati, seguiranno specifici corsi di formazione mirati all’acquisizione delle competenze necessarie alla realizzazione delle attività programmate nel Piano Triennale di

Prevenzione della Corruzione e nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Gli stessi, oggi adeguatamente formati, dovranno a loro volta istruire i dipendenti e collaboratori per una capillare diffusione delle conoscenze necessarie a una compiuta realizzazione dell'intero ciclo di gestione.

8.4 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

Le attività istituzionali e gran parte delle esigenze strumentali e informative dell'Istituto, come già precedentemente detto, sono supportate da sistemi informatici, le cui procedure applicative garantiscono il rispetto della sequenza delle operazioni stabilite dalle procedure operative e la tracciabilità delle attività.

Come già accennato in precedenza, nell'ambito del progetto di informatizzazione del Sistema Anticorruzione (ARCO), di concerto con la Direzione Centrale Organizzazione Digitale, è stato realizzato e sarà ulteriormente implementato un applicativo (CAT) che consente l'automazione degli obblighi di trasparenza, interfacciandosi con i software gestionali dell'Istituto che generano e/o immagazzinano i dati oggetto di pubblicazione (GRA, GRAI, SIMEA, Contabilità, Flussi monetari, ecc.), provvedendo a selezionarli e a collocarli automaticamente sul portale, senza alcun trattamento da parte dell'operatore.

In ogni caso, come sopra definito, ciascuna Struttura dell'Istituto curerà direttamente la verifica dell'avvenuta pubblicazione delle informazioni di competenza ed il loro costante aggiornamento.

8.5 Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto del Responsabile della Trasparenza

Il monitoraggio diretto della sezione del portale "Amministrazione Trasparente" costituisce oggi il principale strumento per vigilare sull'attuazione degli obblighi della trasparenza.

Ferme restando le responsabilità generali di controllo svolte dal Responsabile, le risorse umane specificatamente dedicate alla verifica dell'avvenuta pubblicazione dei dati obbligatori sulla predetta sezione, sono costituite da una parte del personale assegnato al Servizio Ispettorato e Sicurezza e parte del personale della Direzione

Centrale Pianificazione e Comunicazione, responsabile della gestione editoriale del Portale dell'Istituto.

Peraltro, lo stesso Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituisce un supporto al monitoraggio e alla vigilanza, laddove individua i dati e le informazioni che l'Istituto ha l'obbligo di pubblicare, le Strutture che sono tenute a fornirli (perché li elaborano, li trattano, o li detengono), i termini di adempimento e le sanzioni previste in caso di inadempimento (*Allegato 12*).

Ulteriori strumenti che potranno essere di ausilio per un costante controllo dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione e delle scadenze di legge, sono:

1. le eventuali segnalazioni provenienti dagli *stakeholder*, dal contact-center, dal sistema d'interfaccia SIEBEL presente sul portale istituzionale o, comunque, da chiunque vi abbia interesse;
2. le istanze di accesso civico;
3. gli eventuali rilievi da parte degli Organi e organismi di controllo.

Le finalità sopra descritte sono, altresì, soddisfatte dalle attività di monitoraggio sull'attuazione del Piano della Performance.

Un ruolo fondamentale nelle attività di monitoraggio, oltre che dai Referenti della Trasparenza, sarà infine svolto da tutto il personale, debitamente informato e formato, addetto ai processi interessati dagli obblighi di pubblicazione che dovrà attivarsi, per quanto di sua competenza, al fine di assicurare all'Istituto, nel suo complesso, il tempestivo aggiornamento dei dati, informazioni o documenti secondo quanto previsto dalla normativa.

I risultati dei monitoraggi della sezione del portale "Amministrazione Trasparente" saranno resi disponibili sulla intranet – minisito del Servizio Ispettorato e Sicurezza - affinché possa rappresentare uno strumento utile per richiamare l'attenzione sulle eventuali carenze e intemperatività relative agli obblighi di pubblicazione.

8.6 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"

Ai fini della rilevazione dell'effettiva fruizione dei dati e delle informazioni pubblicati, saranno avviate iniziative rivolte a:

- monitorare il numero di accessi ai contenuti della sezione del portale "Amministrazione Trasparente" ed alle sottosezioni che la compongono (*cd Analytics*);

- acquisire le stesse informazioni attraverso specifici report predisposti per gli operatori del contact-center.

Tutte le suddette attività, da considerare utili anche per individuare criteri di priorità nell'evoluzione complessiva del sistema, dovranno essere gestite con il concorso della Direzione Centrale Organizzazione Digitale e della Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione in ragione delle strette interdipendenze tecniche e funzionali esistenti.

PARTE IX - ACCESSO CIVICO

Una delle novità più salienti nella gestione delle politiche della Trasparenza è costituita dall'introduzione nel nostro ordinamento giuridico dell'istituto dell'accesso civico.

Esso consente a "chiunque" di chiedere all'amministrazione la pubblicazione sul sito istituzionale dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione stabiliti dal D.Lgs n. 33/2013 .

L'istanza rivolta ad ottenere la pubblicazione - gratuita e senza obbligo di motivazione - deve essere indirizzata, ai sensi dell'art. 5 del Decreto citato, al Responsabile della Trasparenza che, riscontrata l'effettiva carenza denunciata, individua il soggetto responsabile invitandolo a ottemperare nei termini di trenta giorni dall'istanza e a trasmettere il dato richiesto allo stesso istante, ovvero a comunicargli l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Al fine di rendere certe e chiare per il cittadino le modalità di esercizio del diritto all'accesso civico, l'Istituto ha adottato un apposito regolamento (determinazione del Presidente n. 13 del 21 gennaio 2015) con il quale sono specificatamente individuati i soggetti responsabili, le strutture coinvolte, le procedure da seguire e le sanzioni a carico dei dipendenti che dovessero contravvenire a quanto disciplinato dalla legge e dal regolamento stesso.

Al fine di agevolare l'esercizio dell'accesso civico sono stati pubblicati in "Amministrazione Trasparente" - "Altri contenuti" - "Accesso civico" i moduli da utilizzare per le relative istanze e il numero di telefono e gli indirizzi di posta elettronica (certificata e ordinaria) del Responsabile e del Titolare del potere sostitutivo.

Quali dati ulteriori da rendere trasparenti a seguito di specifica proposta degli *stakeholder*, viene trasmessa periodicamente, come previsto da un'apposita delibera, al CIV (che come sopra detto, rappresenta la gran parte dei portatori d'interesse dell'Istituto: datori di lavoro, lavoratori autonomi, lavoratori subordinati, infortunati, tecnopatici, ecc.), una rendicontazione periodica sull'andamento dell'esercizio del diritto all'accesso civico da parte dei cittadini.

SEZIONE IV: DATI ULTERIORI

Parte X - GLI OPEN DATA

Come già sottolineato, l'Inail ha da sempre dimostrato una particolare sensibilità in tema di apertura della propria organizzazione agli *stakeholder* e sulle tematiche della Trasparenza, rendendo disponibili, già in periodi antecedenti, l'entrata in vigore della recente normativa sugli obblighi di pubblicazione, le informazioni ritenute utili alle esigenze della collettività.

In questa direzione va l'attenzione dedicata agli *open data* (Direttiva 2003/98/CE del 17 novembre 2003, Decreto legislativo 24 gennaio 2006 n. 36, Codice dell'amministrazione digitale - Decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82), consistente nell'attivazione di prassi finalizzate a rendere liberamente accessibili sul web alcune tipologie di dati senza restrizioni di copyright, brevetti o altre forme di controllo che comunque ne limitino la riproduzione.

Nel 2013 nella sezione "Open data", del sito istituzionale, l'Istituto ha reso disponibili, nei formati aperti csv, xml e rdf, l'insieme dei dati relativi a ogni singolo caso di infortunio sul lavoro, raggruppati per regione, scaricabili e liberamente riutilizzabili da cittadini e imprese, con licenza *Italian Open Data License* (IODL) v.2.0.

Nello specifico, per ciascun caso di infortunio, sono forniti sette tipi diversi di dati, che riguardano la localizzazione temporale, il luogo e le modalità dell'infortunio, le sue caratteristiche amministrative e medico-legali, le caratteristiche dell'infortunato (età, sesso e luogo di nascita) e quelle del datore di lavoro. L'insieme dei dati relativi agli infortuni avvenuti nell'ultimo quinquennio è aggiornato con cadenza semestrale; ogni mese sono inoltre pubblicati i dati che riguardano le denunce di infortunio, confrontati con gli andamenti dell'anno precedente.

Gli *open data* sono accompagnati da un "modello di lettura" articolato, per gli infortuni, in 58 tabelle, che possono servire a comporre diversi itinerari tematici e a guidare diversi livelli di approfondimento, consentendo elaborazioni autonome da parte degli utenti. Lo schema interpretativo, corredato da un vocabolario e da un thesaurus, analizza le denunce comprensive di quelle con esito mortale, gli infortuni riconosciuti sul lavoro, le composizioni delle classi di menomazione e il tipo di indennizzo. Sono, altresì, forniti dettagli sulle modalità di accadimento (in occasione di

lavoro e in itinere), sul luogo di nascita, genere e classe d'età dell'infortunato e un'analisi delle cause di mancato riconoscimento dell'infortunio da parte dell'Istituto.

A dicembre 2014 sono stati pubblicati nella sezione "Open data" i dati aperti sulle malattie professionali. Anche in questo caso i dati sono corredati da un "modello di lettura" articolato in due "blocchi" rispettivamente di 24 e 80 tabelle che descrivono diversi itinerari tematici. Sono stati definiti anche vocabolario e thesaurus dei termini utilizzati.

In analogia con gli infortuni, nel 2015 è stata attivata la pubblicazione di dati mensili sulle denunce di malattie professionali dell'anno in corso, raffrontati con quelli dell'anno precedente.

Infine, la terza fase del progetto, il cui studio è stato avviato nel 2015, prevede la pubblicazione dei dati per l'analisi della dimensione economica degli infortuni e delle malattie professionali.

La "lettura mirata" dei dati a disposizione dell'Istituto potrà rivelarsi utile nella politica di prevenzione e nella valutazione economica del fenomeno infortunistico. L'auspicio è, infatti, che gli open data dell'Inail fungano da stimolo per ricercatori, sindacati, parti sociali, che potranno utilizzare tali informazioni per compiere quella che in inglese è chiamata *peer pressure*, una pressione costante per spingere le aziende e gli stessi lavoratori a non abbassare la guardia sulla sicurezza e a porre la massima attenzione sulle adeguate misure di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

SEZIONE V: ADOZIONE, ENTRATA IN VIGORE, PUBBLICITÀ ED AGGIORNAMENTI DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Parte XI - PROCEDURA APERTA

11.1 Il procedimento di elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

L'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, comprensivo del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, è stato elaborato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ai sensi dell'art. 1, comma 8 della legge n. 190/2012, degli artt. 10 e 43, comma 2, del D.Lgs n. 33/2013 e sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione, nella Delibera ANAC n. 50/2013 e tenuto conto della Determinazione ANAC n. 12/2015 sull'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Alla stesura dello stesso hanno collaborato tutte le Strutture dell'Istituto per quanto di rispettiva competenza.

In particolare la Direzione Centrale Risorse Umane ha apportato il proprio contributo nelle tematiche concernenti:

- l'attuazione del Codice di comportamento, in particolare il conflitto di interessi e le incompatibilità, la rotazione degli incarichi, il *pantouflage*;
- la tutela del *whistleblower*;
- la formazione.

La Direzione Centrale Programmazione, Bilancio e Controllo ha curato il raccordo tra obiettivi del Piano e Piano della Performance.

Per quanto riguarda la valutazione del rischio, hanno provveduto ad effettuare la relativa analisi (cfr. parte IV): oltre alla Direzione Centrale Risorse Umane, la Direzione Centrale Acquisti, la Direzione Centrale Organizzazione Digitale e la Direzione Centrale Patrimonio che avevano già fornito il loro contributo nell'ambito del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, anche la Direzione Centrale Rapporto Assicurativo, la Direzione Centrale Prestazioni Socio-Sanitarie, la Sovrintendenza Sanitaria Centrale la Direzione Centrale Programmazione Bilancio e Controllo, la Direzione Centrale Ricerca, il Dipartimento di Innovazione Tecnologica

Sicurezza Impianti Produttivi e Insediamenti Antropici e il Dipartimento di Medicina Epidemiologica Igiene del Lavoro e Ambientale. La Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione e la Direzione Centrale Organizzazione Digitale hanno fornito preziosi contributi ai fini della programmazione delle attività connesse alla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente". L'Avvocatura Generale dell'Istituto ha infine dato il proprio apporto alla stesura del Piano fornendo consulenza giuridica in materia di Anticorruzione e Trasparenza. Da ultimo, durante la fase istruttoria del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 è stato coinvolto l'OIV. Per quanto riguarda, infine, gli obblighi di pubblicazione, tutte le Strutture hanno curato nelle materie di competenza l'implementazione e aggiornamento delle informazioni da pubblicare nella sezione del Portale "Amministrazione Trasparente". In apposite riunioni tecniche è stato analizzato il grado di adempimento agli obblighi di pubblicazione in relazione:

- alle informazioni da pubblicare, raggruppate per materia (macrofamiglia – tipologia dati – denominazione del singolo obbligo – contenuti dell'obbligo);
- ai relativi riferimenti normativi;
- alla regolarità e tempestività dei flussi informativi verso il portale istituzionale;
- all'entrata a regime del citato applicativo informatico CAT per la gestione automatizzata degli adempimenti connessi agli obblighi pubblicazione.

All'esito di tali incontri, con riferimento ai contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente", in un clima di fattiva collaborazione, si è rilevata unanimemente l'esigenza affinché le Strutture responsabili, per quanto di rispettiva competenza, provvedano a:

- verificare costantemente gli adempimenti connessi agli obblighi pubblicazione di dati, documenti e informazioni secondo quanto previsto dalla legge e dalle indicazioni dell'ANAC;
- trasmettere i dati, i documenti e le informazioni eventualmente mancanti, e non direttamente pubblicabili, alla Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione per la loro collocazione on-line, avendo cura, al contempo, di oscurare i dati personali, laddove non pertinenti e relativi a informazioni sensibili o giudiziarie, secondo le indicazioni contenute nella Delibera n. 243/2014 del Garante per la protezione dei dati personali: "Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per

- finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”, nonché secondo quanto già regolamentato in materia dall’Istituto;
- in relazione ai dati già pubblicati, valutarne l’attualità, il rispetto della forma e la conformità alla normativa concernente il trattamento dei dati personali, provvedendo, con il supporto della Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione e della Direzione Centrale Organizzazione Digitale, qualora necessario, alla loro conformazione a quanto previsto dal punto precedente;
 - indicare il dirigente responsabile della pubblicazione del dato, qualora questi sia diverso dal Responsabile della Struttura che detiene il dato;
 - informare tempestivamente il Responsabile per la trasparenza in ordine a criticità che dovessero manifestarsi nell’adempimento agli obblighi di pubblicazione in argomento.

La Direzione Centrale Organizzazione Digitale si è impegnata a fornire alla Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione e alle diverse Strutture responsabili il costante supporto operativo e tecnologico affinché i dati, i documenti e le informazioni, contenuti nei diversi data base del sistema informatico/informativo dell’Istituto ed oggetto degli obblighi di pubblicazione, possano essere agevolmente individuati, elaborati (se necessario) e collocati nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale.

Il Responsabile della Trasparenza, avvalendosi della collaborazione della Direzione Centrale Pianificazione e Comunicazione, della Direzione Centrale Organizzazione Digitale, per gli aspetti tecnico-operativi, ed eventualmente della Struttura che detiene il dato da pubblicare, in caso di necessità elabora apposite istruzioni operative, principalmente destinate ai redattori centrali e regionali, concernenti le modalità con le quali adempiere agli obblighi di pubblicazione, al fine di evitare eventuali incompletezze sotto il profilo della *compliance* e/o della qualità dei dati da pubblicare.

11.2 Il procedimento di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

In ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (par. 3.1.1) e dall’art. 10 del D.Lgs n. 33/2013 e nell’ottica di una maggiore condivisione dei contenuti con i portatori di interesse, l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, comprensiva del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità, è stata preceduta da una procedura di consultazione “aperta”. È stato,

infatti, inserito sul sito web istituzionale, nonché sulla intranet aziendale, un Avviso Pubblico con il quale si invitavano tutti gli *stakeholder* dell'Istituto, i dipendenti e collaboratori, le associazioni sindacali interne e esterne, tutti coloro che fruiscono delle attività e dei servizi erogati dall'Ente e, più in generale, i cittadini, a esprimere eventuali osservazioni e proposte in ordine all'adozione del Piano.

L'avviso è stato adeguatamente collocato ed evidenziato nella home page del portale, in modo tale da consentire ai soggetti interessati di inviare proposte e osservazioni all'indirizzo di posta elettronica indicato, utilizzando l'apposito modello standardizzato e compilabile, reso disponibile sul sito, entro il termine indicato nel suddetto avviso.

I contributi pervenuti sono stati adeguatamente considerati.

Nell'ambito dell'Istituto, al fine di acquisire la più ampia condivisione sul contenuto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, il Responsabile ha inviato la bozza del documento ai componenti del *Work-team* di cui al par. 2.2 e ne ha raccolto le osservazioni prima della stesura del testo da rimettere alle valutazioni dell'Organo di indirizzo politico.

11.3 Trasmissione all'ANAC e pubblicazione nel sito web istituzionale

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, integrato con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sarà trasmesso telematicamente all'ANAC attraverso il sistema integrato "PERLA PA"; sarà, inoltre, pubblicato nell'apposita sezione del sito ANAC "Banche dati trasparenza", dove sono disponibili i Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità adottati dalle amministrazioni. Il documento è, infine, pubblicato sul sito web istituzionale nell'apposita sotto sezione di "Amministrazione Trasparente" – "Altri contenuti" – "Corruzione" con link di collegamento nella sotto sezione "Disposizioni generali". Esso sarà disponibile anche nella rete intranet dell'Istituto e della pubblicazione sarà data comunicazione con apposita mail a tutto il personale.

Al personale neoassunto il dirigente della Struttura di appartenenza comunica l'indirizzo web di cui sopra al momento della presa di servizio.

11.4 Entrata in vigore e validità

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul sito web dell'Istituto ed ha validità triennale.

11.5 Iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Come già in precedenza precisato, in ordine ai contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione comprensivo del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sarà svolta un'ampia attività di diffusione sia sul versante interno (personale dipendente, autonomo e collaboratori) che su quello esterno (utenza, parti sociali, fornitori, cittadinanza).

Sul sito istituzionale sono stati pubblicati il Codice di comportamento (adottato con determinazione del Presidente n. 15/2015), il regolamento per l'esercizio dell'accesso civico (determinazione del Presidente n. 13/2015) e la circolare Inail n. 64 del 28 luglio 2015, contenente le disposizioni attuative dell'art. 54 *bis* del D.Lgs n. 165/2001, in materia di "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" (cd. *whistleblower*).

L'organizzazione della Giornata della Trasparenza costituisce, inoltre, un'occasione di diffusione e confronto, con *stakeholder*, dipendenti e cittadini interessati circa le iniziative intraprese e programmate dall'Istituto, in merito all'Anticorruzione e Trasparenza.

Per quanto riguarda, poi, la formazione, per il prossimo triennio, sono programmati appositi corsi destinati al personale dell'Istituto e modulati secondo le specifiche attività svolte, aventi ad oggetto lo studio e l'approfondimento delle tematiche trattate nel presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione comprensivo del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Saranno, poi, organizzati seminari, incontri, convegni per la promozione della cultura della legalità (per esempio, come accaduto negli ultimi anni, nell'ambito dell'iniziativa Forum PA).

11.6 Il processo di revisione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione comprensivo del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, va aggiornato annualmente sulla base delle risultanze emerse in sede di consuntivazione e delineate nella relazione annuale che il

Responsabile è chiamato ad effettuare ogni anno, per il 2015, entro il 15 gennaio 2016.

L'aggiornamento del Piano avviene con la stessa procedura seguita per la sua adozione.

Ciascun aggiornamento terrà conto di:

- normative sopravvenute che impongano ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modifichino le finalità istituzionali dell'Istituto;
- emersione di rischi non considerati nella predisposizione del Piano vigente;
- nuovi indirizzi o direttive emanate dall'ANAC o da altri Organi competenti in materia.

In considerazione delle nuove e peculiari misure introdotte dal legislatore con la legge n. 190/2012, il monitoraggio continuo sarà calibrato in special modo sulla base dei maggiori rischi rilevati.

Lo scopo principale della revisione è quello di verificare se le diverse misure messe in campo siano efficaci, parzialmente efficaci ovvero inutili. Nel primo caso non saranno necessari interventi correttivi, nel secondo sarà necessario intervenire a parziale modifica di quanto stabilito, nel terzo caso le iniziative progettate saranno sostituite da nuovi interventi.

I soggetti preposti all'azione di monitoraggio e alla gestione dei rischi sono, per quanto di competenza, i Referenti dell'Anticorruzione stante la conoscenza dei processi e delle procedure di gestione.

Accanto al monitoraggio sull'efficacia delle misure previste, sarà effettuato anche quello relativo alla verifica del conseguimento degli obiettivi stabiliti nel Piano.

Su questi ultimi aspetti il Responsabile è chiamato ad una tempestiva ed attenta attività di controllo e di periodica informativa al vertice dell'Istituto, segnatamente per quello che attiene al rispetto delle scadenze e degli obiettivi.

Se ancor prima della naturale scadenza annuale vengano a determinarsi situazioni non previste dal Piano, ovvero situazioni che, benché previste, richiedano un intervento correttivo non differibile, a seguito di mutamenti delle circostanze esterne o interne all'organizzazione, l'Istituto, su richiesta del Responsabile, provvederà nel più breve tempo possibile a porre in essere la misura correttiva suggerita o quella ritenuta più idonea.

Il sistema generale della prevenzione prevede anche un monitoraggio esterno degli *stakeholder* e della società civile.

Il coinvolgimento avverrà mediante comunicazioni o pubblicazioni sul sito dell'Istituto. Il Responsabile della prevenzione della corruzione potrà, quando necessario, predisporre istruzioni operative al fine di favorire la leggibilità e l'omogeneità d'attuazione del Piano.

Tutti i destinatari sono tenuti a prendere atto e ad osservare il contenuto del PTPC e per quanto in esso non espressamente previsto, si fa rinvio a tutte le disposizioni normative vigenti in materia.

SEZIONE VI: APPENDICE

NORMATIVA E PRASSI DI RIFERIMENTO

D.Lgs n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali"

D.Lgs n. 150/2009, "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"

Legge n. 190/2012, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"

D.Lgs n. 235/2012, "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190"

D.Lgs n. 33/2013, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"

D.Lgs n. 39/2013, "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"

DL n. 90/2014, "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari", convertito, con modificazioni, in legge n. 114/2014

Legge n. 124/2015, "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"

DPR n. 62/2013, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"

Circolare Dipartimento Funzione Pubblica – PCM – n. 1/2013, "Legge n. 190/2012. Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"

Circolare Dipartimento Funzione Pubblica – PCM – n. 2/2013, “D.Lgs n. 33 del 2013 – attuazione della trasparenza”

Delibera CIVIT n. 105/2010, “Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità (articolo 13, comma 6, lettera e, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)”

Delibera CIVIT n. 120/2010, “Programma triennale per la trasparenza: consultazione delle associazioni rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti e nomina del “responsabile della trasparenza”

Delibera CIVIT n. 2/2012, “Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità”

Delibera CIVIT n. 50/2013, “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014 - 2016”

Delibera CIVIT n. 71/2013, “Attestazioni OIV sull’assolvimento degli specifici obblighi di pubblicazione per l’anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione”

Delibera ANAC n. 77/2013, “Attestazioni OIV sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2013 e attività di vigilanza e controllo dell’Autorità”

Delibera ANAC n. 144/2014, “Obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni” – 20 ottobre 2014”

Delibera ANAC n. 146/2014, “Delibera in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione e dal piano triennale di prevenzione della corruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza (articolo 1, comma 3, della legge 6 novembre 2012, n. 190)”

Regolamento ANAC del 9 settembre 2014 in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento”

Delibera ANAC n. 148/2014, “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2014 da

parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità"

Determinazione ANAC n. 6/2015, "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (*cd whistleblower*)"

Determinazione ANAC n. 8/2015, "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici"

Determinazione ANAC n. 12/2015, "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione"

ALLEGATI

Allegato 1 Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione relativa all'anno 2015

Allegato 2 Normativa penale di particolare interesse

Allegato 3 Sistema di monitoraggio e gestione dei rischi legati a corruzione, errori operativi e *compliance* – Fondamenti metodologici

Allegato 4

(A – M) Sintesi valutazione dei rischi presso le Strutture centrali

Allegato 5 Esiti monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione nelle Strutture centrali – I semestre 2015

Allegato 6 Esiti monitoraggio sugli indicatori di rischio corruzione presso le strutture territoriali - I semestre 2015

Allegato 7 Esiti monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione nelle Strutture territoriali – I semestre 2015

Allegato 8 Potenziali Rischi Critici Individuati

Allegato 9 Scheda monitoraggio dei tempi medi di conclusione dei procedimenti

Allegato 10 Scheda Obiettivi di Performance

Allegato 11 Schema di flusso di dati e informazioni da collocare in "Amministrazione Trasparente"

Allegato 12 Scheda recante l'elenco degli obblighi di pubblicazione, i termini di adempimento e aggiornamento, le conseguenze del mancato adempimento e il soggetto della pubblicazione