

P.I.A.O. 2025-2027



ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA
"BRUNO UBERTINI"
ENTE SANITARIO DI DIRITTO PUBBLICO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE



Indice

PRESENTAZIONE	1
Struttura del PIAO	2
Struttura PIAO in formato tabellare	4
Criteri di qualità del documento	5
Criteri di qualità del processo di predisposizione del PIAO e dei soggetti coinvolti	5
Cronoprogramma delle attività	6
 SEZIONE N.1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	
Chi siamo	7
Cosa facciamo	8
Come operiamo	11
	14
 SEZIONE N.2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	18
 2.1 - Sottosezione di programmazione – Valore Pubblico	19
Analisi del contesto	19
One Health	24
Stakeholder management	25
Ambiti di intervento	27
Aree strategiche	34
Finalità delle aree strategiche	35
Valore Pubblico in IZSLER	36
Impatti prodotti	37
Valore Pubblico e linee programmatiche di mandato	37
Obiettivi di valore Pubblico	38
Misurazione del valore pubblico	46
Valore Pubblico e stato salute dell'ente	46
Protezione del valore pubblico	47
Analisi rischi integrata	47
Analisi rischi ambientali	47
 2.2 - Sottosezione di programmazione – Performance	48
Premessa	48
Parte Funzionale	48
Parte Generale	52
 2.3 - Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza	57
Premessa	57
Parte Funzionale	57
Parte Generale	62

Indice

SEZIONE N.3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	66
3.1 - Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa	67
3.2 - Sottosezione di programmazione –Organizzazione del Lavoro Agile	69
3.3 - Sottosezione di programmazione – Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	71
Premessa	71
Parte Funzionale	71
Parte Generale	74
3.4 - Sottosezione di programmazione – Formazione	76
Premessa	76
Parte Funzionale	76
Parte Generale	79
SEZIONE N.4 - MONITORAGGIO	83
4.1 - Monitoraggio integrato	
CONCLUSIONI	85
TABELLA ALLEGATI	86

PRESENTAZIONE

Ai sensi dell'art. 6 del decreto legge n. 80 del 2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 2021, le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare, il "Piano integrato di attività e organizzazione" (P.I.A.O.) "per assicurare la qualità e la trasparenza della attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso".

Il PIAO è un documento programmatico triennale, a scorrimento annuale, da adottarsi entro il 31 gennaio, coerentemente con i documenti di programmazione finanziaria, dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, con parere positivo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholders ed è l'occasione di ripensare alle proprie logiche programmatiche, in chiave sistemica, per la creazione di Valore Pubblico su tutta l'azione amministrativa, strategica ed organizzativa.

Attraverso una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi e una gestione ottimale e strategica delle risorse umane, si intende arrivare a una gestione amministrativa più efficace ed efficiente in grado di migliorare la qualità dei propri servizi anche in termini di maggior trasparenza e accessibilità.

Il PIAO è il documento unico di programmazione e governance che assorbe, come previsto dal DPR 24 giugno 2022, n. 81, gli adempimenti connessi al: Piano di Performance, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), Piano Triennale dei Fabbisogni Personale (PTFP), POLA, Piano Azioni Positive (PAP), ai quali si aggiunge il Piano della Formazione.

In un'ottica complessiva di integrazione e semplificazione, l'Istituto arricchisce il presente PIAO anche del Gender Equality Plan (GEP) e del Piano Triennale per l'informatica 2025-2027:

- il Gender Equality Plan è lo strumento strategico e operativo predisposto per l'eliminazione dei disequilibri di genere; propone infatti le necessarie azioni per l'attuazione di cambiamenti duraturi e di natura strutturale, attraverso un approccio trasversale e integrato, volto alla promozione delle pari opportunità e della parità di genere. È un documento voluto fortemente dalla Commissione Europea ed è inoltre un requisito imprescindibile per l'accesso ai finanziamenti predisposti dal Programma Quadro della Ricerca dell'UE Horizon Europe, in attuazione della Gender Equality Strategy 2020-2025 della Commissione;
- il Piano Triennale della digitalizzazione è uno strumento essenziale per potenziare la trasformazione digitale. Tale Piano è lo strumento essenziale per promuovere la trasformazione digitale della PA, declinando nella digitalizzazione le varie attività e le informazioni, sia per favorire lo sviluppo di una società digitale, mettendo al centro i cittadini e le imprese, che per utilizzare le nuove tecnologie digitali. La digitalizzazione della PA è stata inserita anche nel PNRR, sia nella principale e generale Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" che nella Missione 6 "Salute" quest'ultima per l'innovazione e ammodernamento delle dotazioni tecnologiche utilizzate nel SSN.

STRUTTURA DEL PIAO

Il PIAO è strutturato in quattro sezioni sulla base di quanto stabilito dal Decreto interministeriale del 24.06.2022, adottato dal Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.151 del 30.06.2022.

1.Sezione Scheda anagrafica dell'amministrazione, contiene:
-i dati identificativi dell'Izslr .

2.Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, contiene le seguenti SottoSezioni:

SottoSezione Valore Pubblico: il focus è sul Valore Pubblico che IZSLER intende generare alla luce dell'analisi del contesto, declinato nelle strategie per la sua realizzazione e misurato tramite indicatori di impatto;

SottoSezione Performance: gli obiettivi operativi e i relativi indicatori di performance. Tale sezione è redatta secondo quanto previsto dal Capo II del Decreto Legislativo n. 150/2008 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica e si articola in due parti:

- una parte funzionale, nella quale sono programmati gli obiettivi operativi specifici e i relativi indicatori di efficacia e di efficienza, gli obiettivi operativi trasversali direttamente funzionali a creare Valore Pubblico pianificati nella relativa SottoSezione;
- una parte generale, nella quale sono programmati gli obiettivi istituzionali e trasversali, legati al mandato istituzionale, indirettamente funzionali alla generazione di Valore Pubblico, che alimenta il processo di budget.

Tra questi si illustrano quelli che hanno una caratteristica di trasversalità su tutta l'organizzazione:

- obiettivi operativi trasversali di semplificazione;
- obiettivi operativi trasversali di digitalizzazione: in tale ambito sono inseriti, anche in forma di obiettivi e indicatori, i contenuti del Piano per la digitalizzazione;
- obiettivi operativi trasversali di piena accessibilità;
- obiettivi operativi trasversali di pari opportunità, di equilibrio di genere e di benessere organizzativo; in tale ambito sono inseriti, anche in forma di obiettivi e indicatori, i contenuti dell'ex PAP e del GEP;
- obiettivi operativi trasversali di efficientamento energetico;
- obiettivi operativi trasversali di anticorruzione e trasparenza.

SottoSezione Rischi corruttivi, predisposta dal RPCT e redatta secondo quanto previsto dal PNA e negli atti di regolazione generali adottati da ANAC ai sensi della L. 6 novembre 2012 n.190 e del D Lgs 33/2013: le misure di gestione dei rischi corruttivi e di promozione della trasparenza e i relativi indicatori di gestione dei rischi corruttivi e si articola in due parti:

- una parte funzionale, nella quale sono programmate le misure di gestione dei rischi corruttivi e i relativi indicatori direttamente funzionali a proteggere gli obiettivi di Valore Pubblico pianificati nella relativa SottoSezione.
- una parte generale, nella quale sono programmate le misure di gestione dei rischi corruttivi indirettamente funzionali a proteggere il Valore Pubblico generabile da parte di IZSLER. Tra queste sono programmate ad esempio le misure generali e le misure specifiche trasversali.

3. Sezione Organizzazione e Capitale Umano, contiene le seguenti SottoSezioni:

- SottoSezione Sviluppo Organizzativo: le azioni di sviluppo organizzativo funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso, accompagnate da congrui indicatori di salute organizzativa; la fotografia della struttura organizzativa e della sua ampiezza;
- SottoSezione Organizzazione del Lavoro Agile: le azioni di organizzazione del lavoro agile funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso, accompagnate da congrui indicatori di salute organizzativa agile; la fotografia dell'organizzazione passata ed attuale del lavoro agile;
- SottoSezione Fabbisogno del personale: il focus sulle azioni di reclutamento funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso, accompagnate da congrui indicatori di salute professionale (parte funzionale); contenuti dell'ex Piano del Fabbisogno del personale (parte generale);
- SottoSezione Formazione del personale: il focus sulle azioni formative funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso, accompagnate da congrui indicatori di salute professionale (parte funzionale); i contenuti dell'ex Piano di Formazione del personale (parte generale).

4. Sezione Monitoraggio, contiene:

gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili, da realizzare nell'ottica del Report Integrato.

Di seguito è illustrata la struttura del PIAO in forma tabellare, con i relativi contenuti previsti dalla normativa vigente.

SCHEDA ANAGRAFICA

SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE - VALORE PUBBLICO

VP	VALORE PUBBLICO	INDIVIDUAZIONE DEL VALORE PUBBLICO
	ATTESO STRATEGIA	INDIVIDUAZIONE DELLA STRATEGIA

SOTTOSEZIONE - PERFORMANCE

SOTTOSEZIONE - RISCHI

Parte generale e funzionale	OBIETTIVI OPERATIVI-INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Parte generale e funzionale	MISURE DI RIDUZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI
	OBIETTIVI TRASVERSALI: SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE, PIENA ACCESSIBILITA', PARI OPPORTUNITA' ED EQUILIBRIO DI GENERE		MISURE DI AUMENTO DELLA TRASPARENZA

SEZIONE - SALUTE (ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO)

SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)

SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)

SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	SOTTOSEZIONE LAVORO AGILE	SOTTOSEZIONE FABBISOGNI DI PERSONALE	SOTTOSEZIONE FORMAZIONE DI PERSONALE
contenuti relativi all'organizzazione	contenuti relativi al Lavoro Agile	Parte generale e funzionale del Piano fabbisogni personale	Parte generale e funzionale del Piano Formazione

SEZIONE MONITORAGGIO

Criteri di qualità del documento

Il presente documento è stato redatto ispirandosi a diversi principi guida, o criteri di qualità del PIAO, che hanno guidato l'elaborazione dello stesso, la definizione del processo/metodo e l'individuazione dei soggetti coinvolti, come qui di seguito indicato:

1) Finalizzazione: intesa come la capacità dell'Istituto di guardare alle attività e ai progetti con un occhio sempre vigile a ciò che dà Valore Pubblico, a ciò che dà senso all'Amministrazione, non solo in termini economici, ma anche di valore sociale ed etico. Questa visione permette di creare un PIAO in cui tutte le sezioni sono funzionali alla creazione e alla protezione del Valore Pubblico.

2) Selettività: intesa come la capacità dell'Istituto di saper operare scelte rigorose nell'individuazione di obiettivi selezionati, sempre più sganciati dalle attività ordinarie e sempre più orientati al Valore Pubblico.

3) Adeguatezza: intesa come la capacità dell'Istituto di saper programmare obiettivi sfidanti a cui associare indicatori più congrui, multidimensionali con target incrementali in grado di rappresentare un fenomeno da diverse prospettive (di salute, di performance e di impatto).

4) Integrazione verticale e orizzontale: intesa come la capacità di utilizzare diverse direzioni di programmazione, dal mandato istituzionale alla strategia, dal miglioramento delle performances alla gestione dei rischi, in coerenza con le previsioni economico-finanziarie.

5) Semplificazione: intesa non solo come snellimento dell'azione amministrativa, ovvero riduzione degli adempimenti incombenti, riduzione dei tempi e dei costi, ma anche come mezzo per creare una amministrazione più efficiente, in grado di raggiungere i suoi obiettivi con un consumo minimo di risorse. La semplificazione va di pari passo con la digitalizzazione, due facce della stessa medaglia, che deve riguardare documenti, ma anche processi nel rispetto di quanto richiesto anche dalle riforme più recenti.

Criteri di qualità dei soggetti

Per cogliere appieno la finalità del PIAO sono stati istituiti i sotto riportati gruppi di lavoro, volti a favorire il dialogo programmatico tra i diversi responsabili delle sezioni/sottosezioni/aree tematiche, che dovranno indirizzare e garantire negli anni, l'elaborazione e il monitoraggio del PIAO. Partecipano ai lavori dei Teams in modo trasversale anche il Servizio Assicurazione Qualità, il Gruppo di Lavoro costituitosi per l'elaborazione del GEP, con il prezioso contributo del Consiglio di Amministrazione, del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa e soprattutto degli stakeholders e utenti finali per una migliore condivisione del Valore Pubblico. A seguito delle nuove nomine, con nota prot.n.18500/2024 sono stati rivisti i componenti dei gruppi di lavoro del PIAO e individuato un referente unico per la Direzione Strategica, per un maggior coordinamento delle attività, nella persona del Dott. Giuseppe Merialdi.

- INTEGRATION TEAM FUNZIONALE (Responsabili Sezioni e Sotto-Sezioni);
- INTEGRATION TEAM AREE TEMATICHE (Responsabili delle varie Aree Tematiche: transizione digitale, semplificazione e reingegnerizzazione processi; comunicazione; economico finanziaria);
- INTEGRATION TEAM VALORE PUBBLICO (Responsabili del Valore Pubblico).

Criteri di qualità di processo

Con il seguente cronoprogramma sono state individuate fasi, ruoli, tempi di attuazione, in accordo con la Direzione Strategica e con tutti gli attori coinvolti nel processo a vario titolo.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

SETTEMBRE

OTTOBRE

NOVEMBRE

DICEMBRE

GENNAIO X+1

PROCESSO:
Definizione del
Cronoprogramma
delle attività

SOGGETTI:
"PIAO Team
funzionale" (PTF)
"PIAO team
tematico del VP"
(PTVP)
"Referenti Aree
Tematiche"(RAT)

STRUMENTI:
Progettazione del
documento integrato
secondo i principi di
qualità dello
strumento definiti da
Izsler

PROCESSO:
Predisposizione di:

Indice, Presentazione e
sezione anagrafica;
sottosezione Valore
pubblico.

SOGGETTI:
NVP
Direttori di Dipartimento
Direzione Strategica
PTF -PTVP -RAT
Incontro con gli
Stakeholders per
condivisione contenuti
della sezione VP
(partecipazione esterna)

STRUMENTI:
Data base interni

PROCESSO:
Predisposizione di:

sottosezione
Performance;

sottosezione
anticorruzione e
trasparenza.

SOGGETTI:
NVP
Direttori di
Dipartimento
Direzione Strategica
PTF -PTVP -RAT

STRUMENTI:
Data base interni

PROCESSO:
Predisposizione di:

sottosezione salute
organizzativa ;
sottosezione salute
professionale;
sezione monitoraggio.

Consolidamento e
approvazione PIAO
2025-2027

SOGGETTI:
NVP
Direttori di Dipartimento
Direzione Strategica
PTF – PTVP -RAT
Consiglio di
Amministrazione

STRUMENTI:
Data base interni

PROCESSO:
Presentazione del
PIAO 2025-2027

SOGGETTI:
NVP
Direttori di
Dipartimento
Direzione Strategica
PTF – PTVP -RAT
Consiglio di
Amministrazione
Stakeholders
Dipendenti Izsler

STRUMENTI:
Data base interni

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE



PRESENTAZIONE ANAGRAFICA DELL'ISTITUTO

CHI SIAMO

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER) è un Ente Sanitario di Diritto Pubblico, dotato di autonomia gestionale, amministrativa e tecnica, che opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale come strumento tecnico scientifico dello Stato, delle Regioni e delle Province Autonome, garantendo ai Servizi veterinari le prestazioni e la collaborazione in materia di sanità animale, controllo di salubrità e qualità degli alimenti di origine animale, igiene degli allevamenti e corretto rapporto tra insediamenti umani, animali ed ambiente. IZSLER nasce nel 1921 grazie all'intuizione del Prof. P. Stazzi di Milano di creare una Stazione sperimentale delle malattie infettive del bestiame, intuizione che trovò la sua piena realizzazione con le capacità e l'intraprendenza del Prof. B. Ubertini. La Stazione di Brescia divenne nel giro di 20 anni circa l'Istituto Zooprofilattico delle provincie lombarde (1947) e quindi con l'ingresso delle sedi emiliane (1959) l'Istituto Zooprofilattico sperimentale della Lombardia ed Emilia-Romagna - Bruno Ubertini (IZSLER), integrando più recentemente il nome del fondatore. La competenza, lo spirito di servizio, la prontezza nel rispondere ad eventi calamitosi nella sanità sono stati gli elementi determinanti del passato e sono ancora le chiavi per l'IZSLER del futuro.

Mission

“Operare a favore della salute pubblica e delle attività produttive del settore agro-alimentare nel rispetto dei valori etici, al fine dello sviluppo socio- economico del paese”

Assetto istituzionale

Gli organi dell'Istituto sono:

DIRETTORE GENERALE: Dr. Giorgio Varisco - In data 14.03.2024 si è insediato il nuovo Direttore Generale, nominato con delibera della Regione Lombardia n. XXII/1989 DGR del 13.03.2024.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE: Dott. Giuseppe Diegoli - Presidente, Dott. Marco Farioli - Vicepresidente, Dott. Antonio Sorice - Membro, Dott. Filippo Boccioletti - Membro, Dott. Mario Chiari - Membro.

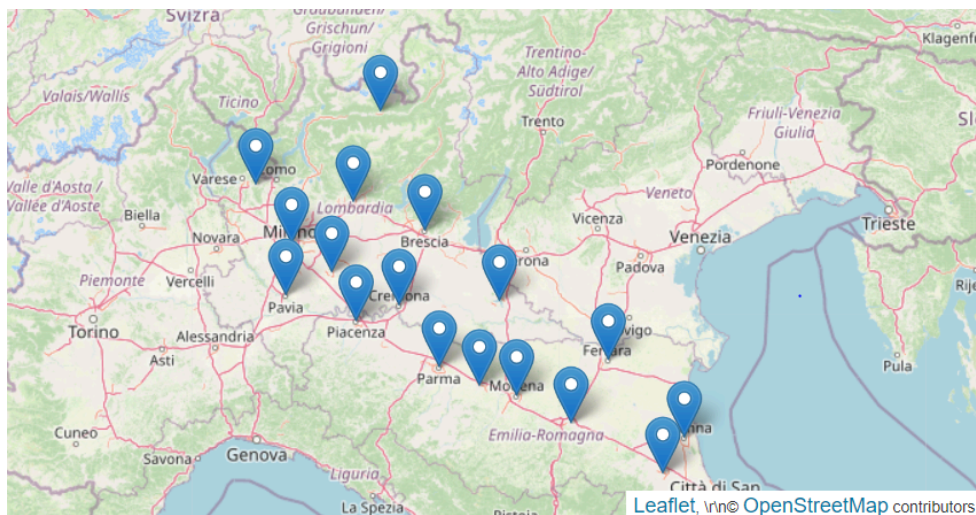
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Dott. Alberto Parzani - Presidente, Dott. Marco Domenicali - Componente, Dott. Lino Pietrobono - Componente.

Assetto organizzativo

La Sede Centrale dell'IZSLER è a Brescia. Nelle Regioni di competenza operano, con prevalente distribuzione provinciale, articolazioni periferiche dell'Istituto: le “Sedi Territoriali”. IZSLER è organizzato in Dipartimenti: Dipartimento Area Territoriale Lombardia, Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna, Dipartimento Tutela e Salute Animale, Dipartimento di Sicurezza Alimentare e Dipartimento Amministrativo.

Territorio di competenza

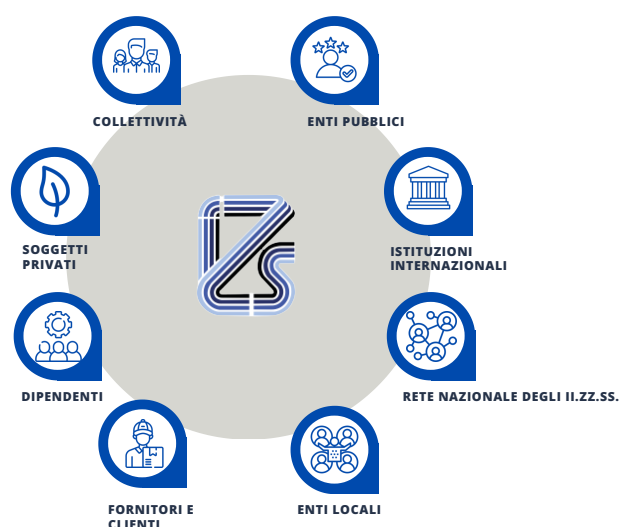
IZSLER eroga la maggioranza dei suoi servizi sul territorio di Lombardia ed Emilia- Romagna. Questo vasto territorio si caratterizza per la più alta densità di allevamenti di animali da reddito (bovini, suini, ovi-caprini, volatili, equini, conigli) del territorio nazionale, con 87 mila allevamenti e 120 milioni di capi. Inoltre sono presenti più di 250 mila impianti della filiera alimentare.



Nella mappa sono indicate le sedi territoriali della Lombardia e dell'Emilia Romagna.

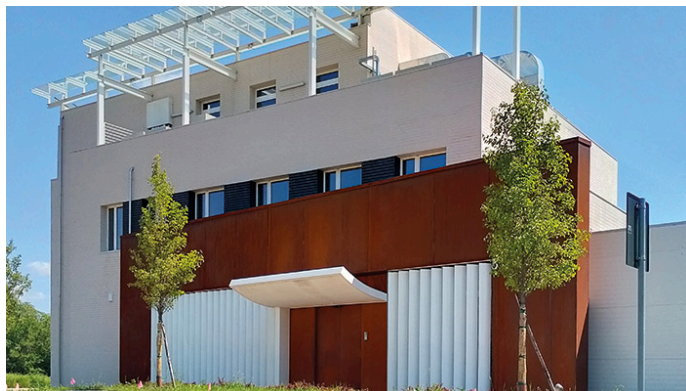
Stakeholder

Molteplici sono i soggetti portatori di interesse o stakeholders che hanno correlazioni di diversa natura con l'Istituto. Da quelli che detengono un rapporto diretto, clienti, fornitori, cittadini, a tutti gli attori le cui azioni possono direttamente o indirettamente influenzare le scelte attuate o da porre in essere (collettività, Pubblica Amministrazione, istituzioni pubbliche ecc.).



Sedi territoriali

IZSLER è dotato di 17 sedi territoriali. Ognuna delle sedi garantisce i servizi in tutti gli ambiti di attività dell'Istituto, in modo diretto o avvalendosi della rete interna di laboratori e competenze.



La nuova sede di Bologna dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna "IZSLER" è il primo edificio, adibito ad attività, certificato "CasaClima Gold" dell'Istituto. Qualità funzionale e distributiva, comfort ed efficienza lavorativa, ridotti consumi energetici e gas free sono stati i must del progetto.

Risorse umane

In IZSLER operano 725 dipendenti con diverse professionalità e competenze: Medici Veterinari, Biologi, Biotecnologi, Chimici, Ingegneri, Informatici, Tecnici Sanitari ed Amministrativi.



Risorse finanziarie e immobiliari

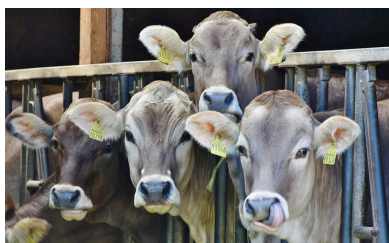
IZSLER vanta una buona situazione finanziaria. I bilanci degli ultimi anni sono caratterizzati da un sostanziale pareggio tra entrate e uscite con investimenti costanti in strutture e dotazioni di laboratorio.



COSA FACCIAMO

AMBITI DI INTERVENTO

Sanità animale



IZSLER garantisce in questo settore un servizio diagnostico attivo negli ambiti di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, ovicaprino, avicolo, cunicolo, ittico, apistico e della selvaggina allevata) nelle specie da affezione e nella fauna selvatica. Le prestazioni non si limitano alle sole analisi di laboratorio, ma comprendono anche il supporto epidemiologico e la collaborazione tecnico scientifica alle autorità sanitarie. Le attività analitiche sono erogate verso le autorità sanitarie, gli Enti di gestione della fauna selvatica, i veterinari di campo, gli allevatori ed i proprietari di animali da affezione.

Sicurezza alimentare



L'Istituto, come previsto dalle programmazioni sanitarie regionali e dalla politica dell'Unione Europea, svolge funzioni di supporto analitico e tecnico scientifico nei piani nazionali e regionali di controllo sugli alimenti nella filiera produttiva e di commercio. Tale attività è assicurata anche a supporto delle azioni di ispezione e sorveglianza dei Servizi Veterinari, dei SIAN, dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dell'Arma dei Carabinieri e degli organi periferici del Ministero della Salute. IZSLER eroga anche servizio analitico a supporto dei sistemi HACCP aziendali tramite articolazioni organizzative distinte e dedicate. Sono inoltre presenti due centri specializzati in attività sperimentali per la validazione dei processi produttivi.

Benessere animale



L'accertamento dei livelli del benessere animale è funzionale all'attività di certificazione delle filiere alimentari, in linea con le attuali direttive dell'Unione Europea sulla qualità delle produzioni zootecniche (intesa come qualità totale del processo produttivo) e sulla valorizzazione delle produzioni locali tipiche. I parametri che caratterizzano lo stato di benessere sono la sintesi di un approccio combinato, multidisciplinare, basato su competenze di clinica, etologia, immunologia, immunobiochimica e sull'applicazione di tecniche analitiche di biochimica clinica.

Ricerca



L'attività di Ricerca figura tra i compiti istituzionali prioritari dell'IZSLER, delineata nella legge 23 giugno 1970, n.503 (art. 3) si attua sia attraverso i programmi di ricerca finanziati dal Ministero della Salute (Ricerca Corrente e Ricerca Finalizzata), ma anche attraverso la competizione con altri centri di ricerca per l'accesso ai fondi europei, ai fondi dei programmi di ricerca regionali per lo sviluppo del territorio di competenza e ai fondi di progetti finanziati da privati. A sostegno delle esigenze territoriali delle Regioni di competenza e del Ministero della salute, e per lo sviluppo di nuovi settori IZSLER sostiene progetti di ricerca con finanziamento proprio.

AMBITI DI INTERVENTO

Prevenzione salute dai rischi ambientali



Il decreto 30 aprile 2022, n.36, convertito dalla legge 29.06.2022 n. 79, sancisce all'art. 27, la nascita del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), con lo scopo di migliorare le politiche e le strategie del Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione e la cura delle malattie associate a rischi ambientali e climatici. Fra i compiti attribuiti al Sistema SNPS figura in primo luogo l'identificazione delle problematiche sanitarie associate a rischi ambientali e climatici, per contribuire alla programmazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Sistema supporta inoltre le autorità competenti nella valutazione di impatto sulla salute nell'ambito della valutazione ambientale. Il Ministero della Salute avrà compiti di indirizzo, programmazione, monitoraggio, comunicazione istituzionale, anche mediante l'adozione di apposite direttive. Fanno parte del SNPS i Dipartimenti di Prevenzione, le Regioni, gli I.L.ZZ.SS e l'Istituto Superiore di Sanità, quest'ultimo con compiti di coordinamento e supporto tecnico-scientifico.

Salute umana



A seguito della richiesta da parte di Regione Lombardia (n. XI/5808 del 29.12.2021), ed in considerazione dall'attività di supporto per la diagnosi e sorveglianza di SARS-CoV-2 svolta durante l'emergenza pandemica e successivamente ad essa, IZSLER ha completato il percorso autorizzativo e di accreditamento in conformità alla normativa vigente per i Laboratori Clinici lombardi, come definito nella DG Welfare (G1.2022.0041459 del 13/10/2022 e della DGR XI/7096/2022). Il Laboratorio Clinico IZSLER dà continuità e stabilità alle attività di supporto alla Salute Pubblica e offre alle istituzioni e al cittadino uno strumento di prevenzione e controllo delle malattie infettive e dei rischi emergenti per la salute umana. Il Laboratorio Clinico IZSLER è stato incluso, come laboratorio di secondo livello, nel "Piano strategico operativo-regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)". In caso di eventuali allerte pandemiche, il Laboratorio IZSLER sarà tra i primi ad attivarsi insieme ai tre laboratori di riferimento lombardi.

Formazione



L'IZSLER ha come compito istituzionale la formazione degli operatori nell'ambito della sanità animale e della sicurezza alimentare. Promuove corsi ed eventi per medici veterinari, biologi, chimici e altre figure professionali che operano in questi ambiti. E' dotato di un ricco patrimonio documentale, di raccolta e pubblicazione di lavori scientifici, attività editoriale e di copisteria. Inoltre svolge anche una intensa attività di comunicazione esterna tramite web (news, newsletter e social media), gestione dei rapporti con la stampa e i media; attività di divulgazione, anche attraverso la produzione di opuscoli e monografie informative, a favore degli operatori della sanità e dei cittadini.

IZSLER IN CIFRE

	ATTIVITA' (medie del triennio 2021-2023)
Sanità animale	2.449.588 n. esami/ann
Sicurezza alimentare	2.094.776 n. esami/anno
Alimenti zootecnici	549.477 n. esami/anno

LE PRODUZIONI IZSLER

Reagenti	698.018 €/anno
Vaccini Stabulogeni	625.952 €/anno
Materiali della biobanca	60.275 €/anno
Antigeni	41.783 €/anno

Dato riferito all'anno 2024 (data elaborazione 18.10.2024)

LA PRODUZIONE SCIENTIFICA

Progetti di ricerca	Alla data del 30.10.2024 sono in corso n. 114 progetti di ricerca, tra progetti di ricerca competitivi (progetti di ricerca Finalizzati, Europei) e non competitivi (Progetti di ricerca Corrente e Autofinanziati). Nel corso dell'anno l'Istituto ha avviato attività relative al Grant Office, la sua funzione è quella di supportare i ricercatori dell'IZSLER nell'intero percorso legato all'ottenimento di un <i>Grant</i> : dalla ricerca dei bandi, allo sviluppo del progetto fino alla fase di monitoraggio e rendicontazione.
Pubblicazioni scientifiche	Nel 2024 i ricercatori IZSLER hanno pubblicato n.113 articoli scientifici su riviste internazionali con IF. L'IF totale dell'istituto è 409 (IF grezzo alla data del 31.10.2024)
Personale addetto alla ricerca	Alla data del 31.10.2024 , il personale addetto alla ricerca sanitaria è composto da: n. 36 Collaboratori Professionale di ricerca sanitario; n. 37 Ricercatori Sanitario.

COME OPERIAMO

QUALITÀ ED ALTA FORMAZIONE CONTINUA

ACCREDITAMENTO ISO/IEC 17025	IZSLER è un laboratorio multisito accreditato dall'ente certificatore ACCREDIA 
FORMAZIONE ACCREDITATA	La struttura FORMAZIONE dell'IZSLER è provider ECM delle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna e Organizzatore di eventi accreditati nel Sistema ECM Nazionale da novembre 2013 ha acquisito la qualifica di Provider ECM Nazionale Standard. Avendo quindi sostenuto con successo le verifiche ispettive della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ed essendo dotata di una struttura conforme ai requisiti richiesti dalla Commissione, in qualità di soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, è abilitata a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti
I NUMERI DELLA FORMAZIONE	Nell'anno 2024 i numeri della formazione sono: • Partecipanti interni ai corsi n. 20.317; • Partecipanti esterni ai corsi n. 37.215; • Corsi erogati n.138.
STRUMENTI ALL'AVANGUARDIA	Piattaforma della formazione: https://formazione.izsler.it/



L'istituto ha più di 100 anni dalla sua fondazione. La nostra storia al seguente link: <https://www.izsler.it/wp-content/uploads/sites/2/2020/09/approfondimenti-sulla-storia-dell'Istituto.pdf>.

GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE

CENTRI INTERNAZIONALI

CENTRI DI RIFERIMENTO UE

come previsto dall'art 95 del Regolamento CE 2017/625, la Unione Europea (UE) ha istituito Centri di Riferimento che mirano a migliorare l'applicazione della legislazione sul benessere degli animali. Tali centri forniscono supporto tecnico e assistenza coordinata agli Stati membri dell'UE nell'esecuzione di controlli ufficiali nel campo del benessere degli animali, fornendo competenze scientifiche e tecniche, effettuando studi e sviluppando metodi per migliorare e valutare il livello di benessere degli animali. Inoltre, contribuiscono alla diffusione di buone pratiche in materia di benessere degli animali nell'UE.

L'IZSLER è sede del seguente centro di riferimento UE:

- **European union reference for animal welfare for poultry and other small farmed animals. (EURCAW _ SFA)**

CENTRI DI RIFERENZA FAO

sono Istituzioni designate dal Direttore Generale FAO per fornire alla organizzazione un supporto tecnico-scientifico specialistico ed indipendente su questioni connesse al mandato dell'organizzazione. Devono avere dimostrato: attivo coinvolgimento in settori rilevanti per le attività FAO ed avere contribuito alla realizzazione di azioni nei paesi beneficiari.

L'IZSLER è sede del seguente Centro:

- **Centro di Riferenza FAO: Afta Epizootica e Malattia Vescicolare del suino**

CENTRO DI COLLABORAZIONE WOA

supportano l'organizzazione ed i suoi stati membri fornendo supporto tecnico-scientifico e promuovendo la collaborazione internazionale in tema di Salute animale e Benessere Animale. La loro designazione è subordinata ad una comprovata esperienza internazionale nell'ambito della tematica specifica.

L'IZSLER è sede del seguente Centro:

- **Collaborating Centre WOA for Veterinary Biologicals Biobank**



Con il progetto "OIE Virtual Biobank" IZSLER, dal 2012 ha attivato la più grande biobanca italiana di risorse biologiche veterinarie.

GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE

LABORATORI DI REFERENZA WOAH

Sono designati per studiare gli aspetti scientifici e tecnici legati alla diagnosi ed al controllo di singole malattie animali. Tali laboratori provvedono inoltre alla formazione tecnico-scientifica del personale degli stati membri e realizzano studi in collaborazione con altre organizzazioni.

L'IZSLER è sede dei seguenti Laboratori:

- **Laboratorio di Referenza WOAH: Swine Vescicular Disease**
- **Laboratorio di Referenza WOAH: Rabbit Hemorrhagic Disease**
- **Laboratorio di Referenza WOAH: Swine influenza**
- **Laboratorio di Referenza WOAH: Rabbit Myxomatosis**
- **Laboratorio di Referenza WOAH: Foot and mouth disease**
- **Laboratorio di Referenza WOAH: Paratuberculosis**

CENTRI DI REFERENZA NAZIONALE (CdRN)

Rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. L'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, definisce le funzioni dei CdRN. Sono veri e propri centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni Internazionali con le quali collaborano. I Paesi in via di sviluppo trovano nei Centri di Referenza Nazionale una straordinaria fonte di conoscenza alla quale attingere per il miglioramento della gestione manageriale e tecnico-scientifica delle proprie strutture veterinarie. Ogni anno nei Centri si realizzano numerosi progetti di cooperazione allo sviluppo e sono frequenti le visite di studio di tecnici da ogni parte del mondo.

L'IZSLER è sede dei seguenti CdRN:

- **CRN per lo studio e la diagnosi dell'afta epizootica e delle malattie vescicolari**
- **CRN per i metodi alternativi, benessere e cura degli animali da Laboratorio**
- **CRN per la tubercolosi da Mycobacterium bovis**
- **CRN per la leptospirosi**
- **CRN per le malattie virali dei lagomorfi**
- **CRN per la qualità del latte bovino**
- **CRN per la malattia di Aujeszky-Pseudorabbia**
- **CRN per il benessere animale**
- **CRN per la formazione in sanità pubblica veterinaria**
- **CRN per i rischi emergenti in sicurezza alimentare**
- **CRN per la tularemia**
- **CRN per la clamidiosi**
- **CRN per la paratubercolosi**

GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE

LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO (LNR)

In base a quanto previsto dal Reg. (UE) n.625/2017 il Ministero della Salute designa i Laboratori nazionali di riferimento (LNR) per alimenti, mangimi e sanità animale. Questi laboratori, oltre a collaborare con il corrispondente Laboratorio di riferimento europeo (EURL), devono assolvere ai compiti previsti dal medesimo Regolamento. Coordinano le attività dei laboratori ufficiali, organizzano prove comparative interlaboratorio o prove valutative tra laboratori ufficiali, assicurano la trasmissione alle autorità competenti e ai laboratori ufficiali delle informazioni fornite dai laboratori di riferimento dell'UE, offrono assistenza scientifica e tecnica alle autorità competenti, se necessario svolgono corsi di formazione per il personale dei laboratori ufficiali, assistono attivamente gli Stati membri che li hanno designati nella diagnosi di focolai di malattie di origine alimentare, zoonotica o animale, effettuando diagnosi di conferma e studi di caratterizzazione, epizootologici o tassonomici su agenti patogeni isolati.

L'IZSLER è sede dei seguenti Laboratori:

- **Laboratorio Nazionale di Riferimento per le tossine vegetali negli alimenti**
- **Laboratorio Nazionale di Riferimento per la tubercolosi**
- **Laboratorio Nazionale di Riferimento per l'Afta**

CENTRI DI REFERENZA E LABORATORI REGIONALI

Rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza a livello Regionale.

L'IZSLER è sede dei seguenti Centri:

- **Centro di Riferenza Regionale per la determinazione rapida degli agenti batterici ad alta diffusione a potenziale impiego bioterroristico (Regione Lombardia)**
- **Centro di Riferenza Regionale per la promozione e il coordinamento di metodi alternativi (Regione Lombardia)**
- **Laboratorio di Riferenza regionale per la conferma diagnostica di Botulino (Regione Emilia Romagna)**
- **Centro di Riferenza Regionale Enteric per i patogeni enterici (Regione Emilia Romagna)**
- **Laboratorio di riferimento regionale di diagnostica per l'influenza aviaria (Regione Emilia Romagna)**
- **Laboratorio di riferimento regionale per la diagnostica di malattie trasmesse da vettori negli animali e negli artropodi e per l'entomologia sanitaria (Regione Emilia Romagna)**
- **Centro Regionale per le zoonosi e le malattie trasmesse da artropodi (Regione Lombardia)**

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE



SOTTOSEZIONI

**2.1 Sottosezione di programmazione
Valore Pubblico**

**2.2 Sottosezione di programmazione
Performance**

**2.3 Sottosezione di programmazione
Rischi corruttivi e trasparenza**

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - VALORE PUBBLICO

ANALISI DEL CONTESTO: le sfide strategiche internazionali, europee e nazionali

Viviamo in un contesto complesso contraddistinto da importanti sfide sanitarie, cambiamenti globali e da scenari in continua evoluzione. Le istituzioni pubbliche e soprattutto quelle sanitarie, sono chiamate a comprendere rapidamente le evoluzioni in atto e ad elaborare strumenti conoscitivi in grado di ipotizzare e prevenire eventi futuri, grazie ad un patrimonio di competenze scientifiche e tecnologiche avanzate. Le linee programmatiche/sviluppo proposte dalle principali organizzazioni internazionali (ONU, EU, WHO), guidano i vari paesi nel trovare le soluzioni più adeguata e innovative a queste sfide, orientando anche le nostre azioni e influenzando indirettamente anche i nostri perimetri di attività. Qui di seguito si illustrano i principali orientamenti internazionali/europei/nazionali.

AGENDA STRATEGICA UE

Il Consiglio Europeo ha elaborato un'"Agenda Strategica", che definisce le aree prioritarie su cui orientare tutti i paesi e le loro istituzioni per i prossimi anni. L'Agenda Strategica è incentrata su quattro priorità principali:

- proteggere i cittadini e le libertà;
- sviluppare una base economica forte e vivace;
- costruire un'Europa verde, equa, sociale e a impatto climatico zero;
- promuovere gli interessi e i valori europei sulla scena mondiale.

Infine, l'Agenda stabilisce le modalità con cui realizzare tali priorità.



AGENDA ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile

Nel settembre 2015 più di 150 leader internazionali si sono incontrati alle Nazioni Unite per contribuire allo sviluppo globale, promuovere il benessere umano e proteggere l'ambiente. La comunità degli Stati ha approvato l'"Agenda ONU 2030" per uno sviluppo sostenibile, i cui elementi essenziali sono i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile, Sustainable Development Goals (SDGs) e i 169 sotto-obiettivi.

Gli SDGs hanno validità universale, vale a dire che tutti i Paesi dovranno fornire un contributo per raggiungere gli obiettivi in base alle loro capacità. Gli obiettivi e i loro indicatori rappresentano la misura dello sviluppo sostenibile.



WHO Global Strategy for food safety 2022-2030

In questo quadro si inserisce anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ("WHO") che ha recentemente presentato la nuova "WHO Global Strategy for food safety 2022-2030", una strategia volta ad incrementare la Sicurezza Alimentare a livello globale. La nuova strategia globale ruota intorno ai "SDG", che dovrebbero essere raggiunti collettivamente entro il 2030 dai 193 paesi parte della WHO al fine di assicurare un futuro più sostenibile per tutti. Come affermato nella strategia, la sicurezza alimentare deve essere parte integrante nella realizzazione dei SDG, specialmente degli SDG n. 2 "Zero hunger", n. 3 "Good health and well-being" e n. 8 "Decent work and economic growth", ma deve essere anche integrata nel SDG n. 1 "No poverty" e n. 12 "Responsible consumption and production".

La menzionata strategia propone quindi cinque diversi paradigmi, che delineano le priorità strategiche ed i criteri guida nella revisione dei sistemi di Sicurezza Alimentare.



FARM TO FORK 2020-2030

La strategia "Farm to Fork" è il piano decennale messo a punto dalla Commissione Europea per guidare la transizione verso un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell'ambiente. Ogni Stato membro dell'UE dovrà seguirla, adottando norme a livello nazionale che consentano di contribuire a raggiungere gli obiettivi stabiliti dell'UE.



I cinque macro-obiettivi sono:

- 1.garantire che i cittadini europei possano contare su alimenti sani, economicamente accessibili e sostenibili;
- 2.affrontare le sfide del cambiamento climatico;
- 3.proteggere l'ambiente e preservare la biodiversità;
- 4.garantire un giusto compenso economico nella filiera alimentare;
- 5.investire nell'agricoltura biologica.

DOMINI BES

L'Italia ha allineato agli SDG, gli indicatori di benessere equo sostenibile (BES), suddivisi in 12 domini, con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere, corredate da misure relative alle disuguaglianze e alla sostenibilità. Gli indicatori BES sono stati introdotti nel ciclo di bilancio e nel documento di economia e finanza (DEF). Il fine è quello di misurare e monitorare l'andamento del benessere nei vari domini e l'impatto delle politiche programmate.



NEXT GENERATION EU E IL PNRR

Nel luglio 2020, l'Unione Europea, in risposta alla crisi pandemica, ha elaborato il programma Next Generation EU (NGEU), di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme pensato per stimolare una "ripresa sostenibile, uniforme, inclusiva ed equa", volta a garantire la possibilità di fare fronte a esigenze impreviste. In questo contesto si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), redatto dall'Italia, come un pacchetto di investimenti e di riforme disegnati per superare le sfide ambientali, tecnologiche e sociali. Il Piano si articola in 6 Missioni, che rappresentano le aree "tematiche" strutturali di intervento.

Nell'ambito del PNRR, MISSIONE 4 "istruzione e ricerca" - Componente 2 - "dalla ricerca all'impresa", l'Istituto partecipa ai seguenti progetti:

- Progetto Fondazione INF-ACT, un progetto integrato per affrontare le emergenze infettive sostenuto dai fondi PNRR. Capofila del networking scientifico è l'Università di Pavia. Si tratta di un progetto ambizioso e di ampio raggio che coniuga le principali minacce di oggi con quelle che potrebbero svilupparsi in futuro e che ha quindi un impatto operativo e organizzativo, oltre che scientifico. INF-ACT affronterà il problema delle possibili epidemie adottando un approccio One Health attraverso l'integrazione di aspetti della salute umana con la salute animale e l'ambiente, il pericolo del salto di specie del virus, i mutamenti climatici e le interazioni con l'uomo. Al progetto a cui aderiscono anche Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e 25 Atenei Nazionali, IZSLER partecipa attraverso la rete dei 10 Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentata dall'Associazione AIZS. Il progetto è stato selezionato dal Ministero dell'Università e della Ricerca e finanziato con 114,5 milioni di euro, nell'ambito del PNRR, Missione 4/Componente/2, Linea investimento 1.3 "Partenariati Estesi";
- Cofinanziamento da parte IZSLER di quattro borse di studio di Dottorato di Ricerca. Il D.M. 117/2023, nell'ambito del PNRR Missione 4/componente 2, ha assegnato alle Università risorse per l'attivazione di borse di dottorato co-finanziate da imprese interessate a soddisfare i propri fabbisogni di ricerca e innovazione. L'Istituto contribuirà al finanziamento e alla costruzione dei relativi percorsi di dottorato, in collaborazione con gli atenei di Brescia, Parma e Bologna. Gli argomenti dei dottorati saranno: a) Crisi climatica e emergenze sanitarie all'interfaccia uomo/animali/ambiente: approccio One Health alla sorveglianza sindromica e alla diagnostica, b) Analisi bioinformatica di dati Next Generation Sequencing per il controllo delle infezioni, c) Utilizzo degli organoidi intestinali suini per lo studio delle infezioni da virus enterici e dei meccanismi di assorbimento di molecole antitumorali, d) Dai bovini ai cinghiali o viceversa. Integrazione di dati genomici ed epidemiologici per lo studio delle dinamiche di trasmissione dell'infezione da M. bovis in un sistema multi-ospite.

ATTO DI INDIRIZZO MINISTERO DELLA SALUTE



L'Atto di indirizzo è un provvedimento che individua le priorità politiche in relazione al triennio 2024-2026 e costituisce il presupposto per la successiva direttiva ministeriale sull'attività amministrativa del Ministro della Salute.

Tra le priorità si elencano quelle di nostro interesse:

“Sostenere politiche innovative in materia di ricerca sanitaria, anche mediante il potenziamento del sistema delle reti e la promozione del trasferimento tecnologico” attraverso le seguenti azioni:

- o programma nazionale della ricerca sanitaria
- o attuazione del PNRR in relazione alla Missione 6 “Salute”
- o attuazione del PNC al PNRR con l’obiettivo creazione di un ecosistema innovativo della salute
- o internazionalizzazione della ricerca

“Implementare il sistema di sorveglianza epidemiologica e della prevenzione e contrasto alle emergenze sanitarie”

attraverso le seguenti azioni:

- o implementazione del sistema di sorveglianza epidemiologica
- o Prevenzione e contrasto dell'emergenze sanitarie

“Impostare gli interventi per il benessere animale e a tutela della sicurezza degli alimenti in un’ottica One Health”,

attraverso le seguenti azioni:

- o antimicrobico-resistenza;
- o Implementazione del regolamento (UE) 2019/6 sui medicinali veterinari e del regolamento (UE) 2019/4 sui mangimi medicati
- o Categorizzazione degli allevamenti in base al rischio
- o Benessere animale
- o La sanità animale italiana nel contesto internazionale
- o Lotta alle principali malattie animali
- o Ricerca internazionale
- o Ricerca nazionale e Centri di Referenza Nazionale
- o Sistema di identificazione e registrazione degli animali (Anagrafe zootecnica)
- o Produzione del farmaco veterinario
- o Scambi intra-UE e importazioni di animali vivi e prodotti soggetti a controlli sanitari
- o Sicurezza degli alimenti e nutrizione

L'Istituto, si fa promotore di questo cambiamento, fornendo il suo contributo, sulla base delle seguenti interdipendenze.

DOMINI BES	GOALS SDGs PRIMARI	GOALS SDGs SECONDARI	ALTRE SFIDE (PNRR-PNC)	AMBITI IZSLER	VALORE PUBBLICO
1.SALUTE					VP1
2.ISTRUZIONE E FORMAZIONE					VP3
10.AMBIENTE			1.Un Green Deal Europeo; PNC - PNRR: "Salute, ambiente, biodiversità, clima"		VP1
11.INNOVAZIONE , RICERCA E CREATIVITA'			PNRR MISSIONE 4		VP2
12.QUALITA' DEI SERVIZI			2.Un'euroa pronta per l'era digitale		VP1

ONE HEALTH: la salute del pianeta

One Health è l'approccio sanitario integrato utilizzato dall'Istituto per rispondere in maniera efficace alle nuove sfide sanitarie che si presentano all'orizzonte, nato come necessità per rispondere alla diffusione di gravi malattie infettive e zoonosi si è poi allargato fino a comprendere l'ambiente nel suo complesso.

Tale approccio inclusivo, oggi indispensabile per rispondere efficacemente ai problemi di Sanità Pubblica e alle minacce causate dagli effetti della globalizzazione e del cambiamento climatico, presuppone la necessità di interpretare il bisogno di salute secondo il modello un "solo Pianeta", una "sola salute" che costituisce oggi il principio per l'elaborazione di un'efficace azione a protezione della salute pubblica, della sostenibilità delle produzioni e della tutela ambientale.

One Health è inoltre una strategia mondiale per implementare le collaborazioni interdisciplinari e la comunicazione in tutti gli aspetti della salute umana, animale e ambientale per migliorare la salute dell'ecosistema e di tutti gli esseri viventi. La sostenibilità, l'integrazione, la multidisciplinarietà, la collaborazione reciproca, sono i temi principali di questa visione.

Per promuovere tale approccio, l'Istituto, grazie alla pluralità di competenze presenti al suo interno, ha avviato da tempo collaborazioni multidisciplinari, attività e azioni congiunte, trasversali ai suoi settori di riferimento che ci hanno permesso di fare importanti passi avanti.

Progressi significativi si sono avuti grazie all'accreditamento di un nuovo laboratorio per indagini virologiche e batteriologiche nell'ambito della sorveglianza umana (Laboratorio Clinico), che rappresenta il primo laboratorio che si occuperà di salute umana, tra gli istituti. Inoltre con l'istituzione del nuovo "Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici" (SNPS), il nostro Istituto è stato riconosciuto quale soggetto coinvolto nell'attuazione dei compiti in materia di prevenzione dei rischi ambientali e climatici. Il SNPS si occupa di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici, grazie agli interventi finanziati con il "Piano nazionale per gli investimenti complementari" al PNRR.

L'Istituto si fa promotore di questa più ampia visione, mettendo in campo tutte le professionalità, competenze e conoscenze acquisite nel tempo per uno sviluppo sostenibile.



STAKEHOLDER MANAGEMENT

Al fine di perseguire i propri obiettivi istituzionali, volti al soddisfacimento del benessere sociale e sanitario dei propri portatori di interesse, ma soprattutto per integrare i punti di vista degli stakeholders nei processi decisionali, condividendo valori e obiettivi, l'IZSLER promuove lo *"stakeholder management"*. Attraverso questo approccio si vuole attuare un processo circolare per cui i risultati delle attività di engagement fungono da input per lo sviluppo della gestione delle relazioni in ottica di miglioramento continuo e di superamento delle logiche autoreferenziali.

L'Istituto a seguito dell'insediamento della nuova direzione ha ritenuto fondamentale rivedere la mappatura degli stakeholder, seguendo le fasi sotto indicate, alla luce della stesura delle nuove linee programmatiche (Piano Pluriennale delle attività 2024-2027).

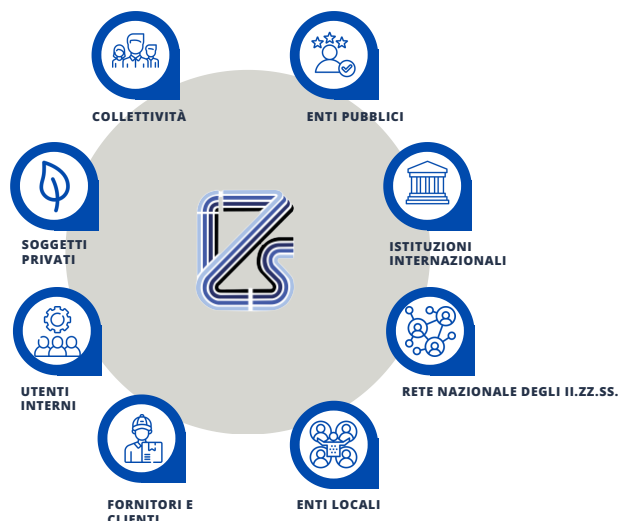
La mappatura ha previsto l'analisi delle priorità strategiche del nuovo mandato, considerando le sollecitazioni provenienti dal contesto esterno/interno. La fase di identificazione ha permesso di individuare gli stakeholder suddivisi per tipologie. La fase di analisi ha permesso di mettere in luce il livello di coinvolgimento degli stakeholder alle attività istituzionali, per valutare meglio le interazioni reciproche. La fase di gestione, infine, conduce all'individuazione delle più corrette politiche di engagement da utilizzare per perseguire il raggiungimento di obiettivi condivisi.

Fig. passaggi funzionali alla mappatura degli stakeholder



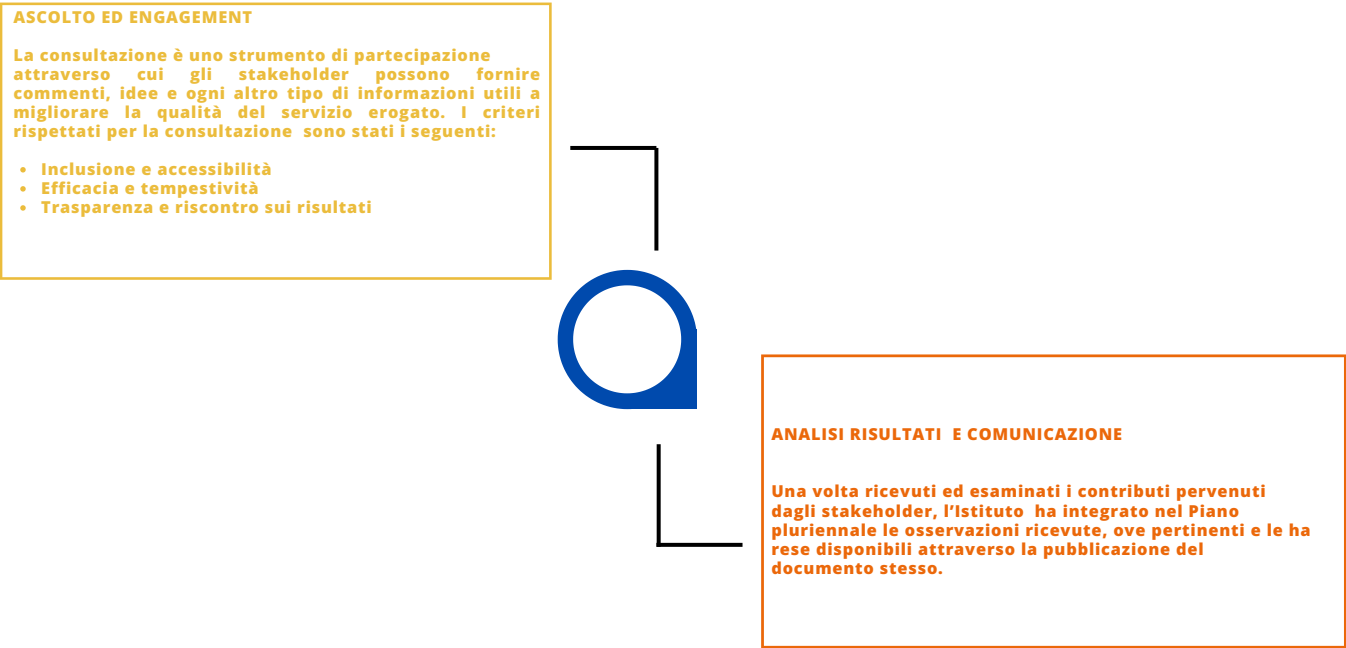
Fig. mappatura stakeholder suddivisa per tipologie

Istituzioni internazionali: FAO, WHO, EFSA, WOA, UE
Enti pubblici: Ministero della Salute e sue articolazione, Ministero delle politiche agricole e forestali, Istituto Superiore di Sanità, Regione Lombardia ed Emilia Romagna, ATS/AUSL, Università, Ordini Professionali.
Enti Locali: Comuni, Province.
Rete nazionale degli II.ZZ.SS. sono presenti tutti gli Istituti Zooprofilattici d'Italia.
Soggetti privati: veterinari, allevatori, operatori del settore alimentare, associazione di categoria, produttori di alimenti per animali, partner contrattuali, grande distribuzione e professionisti del settore.
Collettività: associazioni di consumatori, cittadini e scuole.
Utenti interni: dipendenti, tirocinanti, volontari, organizzazioni sindacali aziendali.



Lo stakeholder engagement (il cui significato letterale è coinvolgimento dei portatori di interesse) è la leva principale di monitoraggio e gestione della qualità delle relazioni e diventa ingrediente importante nella formulazione delle politiche e strategie organizzative. L'IZSLER ha sviluppato nel corso degli anni occasioni di confronto e comunicazioni con gli stakeholders, con l'obiettivo di promuovere l'azione dell'Ente, diffondere la corretta informazione scientifica e tecnica sui temi di interesse, svolgere attività formativa. Con il Ministero della Salute e le Regioni sono stati instaurati dei rapporti costanti di collaborazione per l'attuazione dei Piani e Programmi, fornendo anche il necessario supporto tecnico con personale specializzato in tematiche legate alla sanità pubblica veterinaria. Inoltre, al fine di rafforzare la condivisione di valori con i propri stakeholders in chiave partecipativa, ha in programma di costruire, in maniera graduale, un modello di valutazione partecipativa, in coerenza con le Linee Guida n. 4/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, con in grado di coinvolgere cittadini e stakeholders nel processo di valutazione della performance. Il coinvolgimento degli stakeholder rappresenta una leva fondamentale per creare valore nel lungo periodo e perseguire obiettivi condivisi. Alla luce della predisposizione delle nuove linee programmatiche l'Istituto ha voluto confrontarsi sulle proposte in esso contenute rivolte specificatamente al soddisfacimento delle richieste provenienti dal territorio di competenza. Questo nuovo approccio permette, per la prima volta, di indagare le necessità degli stakeholder, per perseguire la crescita di valore già all'atto degli indirizzi strategici pianificatori. A tal fine il Piano pluriennale delle attività è stato posto in consultazione pubblica sulla home page dell'Istituto, sottoponendo la bozza del documento all'attenzione dei vari portatori di interesse, da cui sono pervenute interessanti osservazioni, accolte dalla Direzione.

Fig. processo di consultazione pubblica del Piano Pluriennale delle attività



MANDATO ISTITUZIONALE: strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190)



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITÀ DI CRESCITA

Strategia WOAH e FAO rivolta a:

Crescente importanza delle politiche sanitarie di One Health;

Lotta alle malattie transfrontaliere (TADs) emergenti e riemergenti.

Emergenze sanitarie in atto:

Diffusione della Peste suina Africana su territorio di competenza;

Nuova epidemia di Blue Tongue nelle Regioni di competenza;

Recrudescenza dell'Influenza Aviaria ad Alta Patogenicità in Lombardia ed Emilia Romagna ;

Rischio di endemizzazione di Malattie trasmesse da vettori (WND, BT, Dengue, TBE, Leishmaniosi, etc);

Antibiotica resistenza (PNCAR 2022-2025).

Aumento della gamma dei test;

Metodi affidabili, rapidi, validati, standardizzati;

Tempestività della risposta analitica;

Maggiore dettaglio analitico a supporto di valutazioni epidemiologiche (es NGS);

Strumenti analitici ed epidemiologici finalizzati alla individuazione precoce delle infezioni;

Interpretazione dei fenomeni in chiave epidemiologica anche con ausilio della genomica;

Approccio alla diagnostica "ambientale" delle infezioni: resistenza, contaminazioni, modalità di trasmissione;

Finalizzazione di azioni concrete volte al contrasto all'antibiotico-resistenza.

Ampio coinvolgimento di IZSLER nel suo insieme;

Buon coordinamento delle attività;

Dotazione umana sufficiente;

Necessità di formazione continua per fare fronte al turn over;

Dotazione tecnologica all'avanguardia.

Estensione dei metodi diagnostici alle malattie esotiche e trasmesse da vettori;

Estensione dei metodi diagnostici alle matrici ambientali;

Miglior definizione del ruolo dei vettori (es. zecche e zanzare) nella trasmissione delle malattie;

Allestimento e validazione di metodi di diagnosi rapida on site, anche di tipo molecolare con sequenziamento genomico (es. MiniION);

Utilizzo dei metodi NGS in ambito di epidemiologia genomica delle infezioni virali e batteriche;

Rafforzamento della produzione di vaccini stabulogeni per contribuire alla riduzione dell'uso degli antibiotici in zootecnia.

MANDATO ISTITUZIONALE: strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190)



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

Regolamento (UE) 625/2017, D. L.vo n. 27/2021, Regolamento (UE) 2023/915, Reg. di esecuzione UE 2021/808, Regolamento (CE) n. 401/2006; Regolamento (CE) n. 333/2007.

Scenario internazionale:

Focus EFSA su integratori; Globalizzazione mercati con aumento delle introduzioni di alimenti e Moca da porti ed aeroporti.

Situazioni sanitarie emergenti o ri-emergenti

Impatto cambiamenti climatici su sicurezza alimentare;

Listeria monocytogenes nei prodotti pronti al consumo (nuovi focolai su scala nazionale);

Allergeni;

Tossine vegetali naturali;

Pesticidi.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

Aumento dei servizi in ambito di valutazione del rischio;

Estensione ed aggiornamento metodiche;

Migliore supporto all'attività dei PCF presso porti e aeroporti;

Ulteriore supporto nell'epidemiologia genomica dei focolai di MTA;

Supporto gestione controperizia e controversia.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Ampio coinvolgimento di IZSLER nel suo insieme;

Buon coordinamento delle attività;

Adeguate risorse umane;

Necessità di formazione continua per fare fronte al turn over;

Dotazione tecnologica all'avanguardia.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Sviluppo e accreditamento di metodiche nel settore dei pesticidi, contaminanti ambientali, micotossine, TVN, residui di farmaci additivi, aromi alimentari, allergeni;

Estensione delle analisi di screening in spettrometria di massa con sviluppo di metodiche multi classe ad ampio spettro;

Applicazione della spettrometria di massa per la determinazione qualitativa dei residui di antibiotici nel latte;

Estensione dell'utilizzo dei metodi NGS in ambito di epidemiologia genomica;

Acquisizione attività ufficiali del centro Ricerche marine di Cesenatico in ambito di biotossine algali.

MANDATO ISTITUZIONALE: strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190), D.M. 13-02-2003 di Istituzione del CRENBA



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 134;
Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 135;
Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 136;
Decreto 28 giugno 2022;
PNCAR 2 febbraio 2023;
Decreto n. 341750 del 2 agosto 2022 (MS e MIPAF);

Decreto del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste 23 dicembre 2022.

Scenario internazionale:

Nuove scientific opinions di EFSA su Benessere;
'Iniziativa dei Cittadini Europei (ICE) "End the Cage Age";
Green New Deal UE;
Farm to Fork Strategy UE.

Situazioni sanitarie emergenti o ri-emergenti

Cambiamenti climatici;
Peste Suina Africana;
Antibiotico resistenza.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

Individuazione rapida delle situazioni a maggior rischio tramite il monitoraggio a distanza;

Banche dati per il monitoraggio e miglioramento del livello di benessere animale, biosicurezza e consumo di antibiotici;

Riduzione dell'impatto ambientale e delle emissioni di gas serra;

Miglioramento zootecnico ai fini del benessere animale, biosicurezza e riduzione dell'uso di antibiotici e antiparassitari;

Attenzione al forte miglioramento genetico indirizzato ad ottenere performances produttive difficilmente sostenibili;

Introduzione degli sviluppi scientifici correlati all'Intelligenza Artificiale;

Divulgazione delle conoscenze che rendano confidenti i consumatori finali sulla qualità delle produzioni di origine animale.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Attività prevalentemente gestita da BRENBA e Sede Territoriale di Brescia;

Buon coordinamento delle attività con progressivo coinvolgimento altre strutture;

Aumento del livello di stabilizzazione del personale dedicato;

Notevole finanziamento IZSLER per sistema informativo Classyfarm;

Gestione delle richieste crociate fra gli organi pubblici di Sanità e Agricoltura e fra le istanze Ministeriali e Regionali.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Estensione ed adattamento dei metodi di valutazione del rischio per benessere animale e biosicurezza;

Estensione alle specie minori dei sistemi di valutazione del rischio;
Creazione di banche dati specifiche stakeholders istituzionali e privati ;

Allineamento dei sistemi di valutazione del benessere animale con quelli esistenti in UE;

Messa a punto di sistemi per correlare i dati ascrivibili alla valutazione del benessere animale, con quelli relativi a diagnosi sanitarie in allevamento, consumo di antibiotici e antiparassitari e salvaguardia ambientale;

Estensione dell'applicazione dei sistemi di valutazione della biosicurezza degli allevamenti suini e dei relativi piani aziendali. Utilizzo dell'Intelligenza Artificiale nei sistemi di valutazione in funzione ad un miglioramento dei sistemi predittivi.

MANDATO ISTITUZIONALE: strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190)



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Scenario internazionale:

l'Impegno Quadripartito Congiunto di FAO, WOA, WHO e UNEP
Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) delle Nazioni Unite;

Green deal EU
Farm to fork Strategy (Commissione Europea)
Horizon Europe 2021-2027
One Health framework delle 5 agenzie ENVI (EFSA, EMA, ECHA, EEA, ECDC).

Da tali documenti emergono come prioritari i seguenti obiettivi o ambiti di ricerca:

- lotta all'antimicrobico-resistenza all'interfaccia uomo-animale-ecosistema;
- valutazione del rischio congiunta uomo-animale;
- miglioramento della collaborazione nella previsione e gestione delle malattie infettive;
- gestione delle sfide di sicurezza alimentare che richiedono un approccio multisetoriale;
- impatto del cambiamento climatico sulla salute ed il benessere di uomo e animali.

Risultati della ricerca applicabili alla soluzione dei problemi degli stakeholders istituzionali e non istituzionali;

Scienza aperta che consenta una ampia diffusione e disponibilità dei risultati per stakeholders e comunità scientifica;

Ricerca etica e rispettosa di animali e ambiente;

Equità di genere nella ricerca.

Coordinamento funzionale dell'attività di ricerca in IZSLER in capo alla Direzione Sanitaria coadiuvata da un Gruppo di Supporto che rappresenta i Dipartimenti dell'IZSLER;

Ufficio Ricerche (U.O. affari Generali Legali);

Recente reclutamento del personale della ricerca; (previsti n. 80 unità 2025)

Supporto da parte di un'agenzia esterna per le attività di Grant Office e scouting delle opportunità di finanziamento.

Maggiore capacità di intercettare bandi competitivi a livello nazionale ed internazionale;

Crescita della qualità della ricerca e dei suoi outputs, in particolare le pubblicazioni scientifiche;

Aumento della disseminazione dei risultati della ricerca;

Consolidamento delle collaborazioni esistenti ed aumento dei rapporti internazionali attraverso progetti di Short Term Missions e Staff Exchange;

Consolidamento/pianificazione di percorsi dottorali riservati ai dipendenti o cofinanziati;

MANDATO ISTITUZIONALE: strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190)



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

La recente Delibera di Regione Lombardia citata nel mandato istituzionale ha invitato l'IZSLER a procedere con la richiesta di autorizzazione ed accreditamento del laboratorio Covid19 dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna;

DGR n. G1.2022.0041459 del 13/10/2022:

l'Autorizzazione ed Accreditamento del nuovo Servizio di Medicina di Laboratorio specializzato senza punto prelievi;

Ai sensi della DGR n. XI/7044 del 26.09.2022, il laboratorio viene riclassificato come Laboratorio Clinico Ultra-specialistico in Microbiologia e Virologia in data 03/08/2023.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

Fornire supporto alla rete dei laboratori clinici della Regione Lombardia con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- Monitoraggio e sorveglianza delle malattie respiratorie inclusa l'influenza;
- Monitoraggio e sorveglianza dell'antibiotico resistenza in comunità extra-ospedaliera.

In particolare, il laboratorio Clinico potrebbe essere coinvolto nella sorveglianza delle resistenze agli antibiotici nelle strutture territoriali come le Residenze Sanitarie Assistenziali, attualmente trascurato dal sistema pubblico, ma incluso negli obiettivi del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025

- Monitoraggio e diagnosi delle infezioni zoonosiche.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Attività ancora in via di organizzazione;

Reclutamento del personale in corso:

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Sviluppo di metodiche del Laboratorio Clinico;

Estensione dell'utilizzo dei metodi NGS in ambito di epidemiologia genomica in ambito di salute umana.

MANDATO ISTITUZIONALE: Legge 29 giugno 2022, n. 79, Decreto del Ministro della Salute del 9 giugno 2022 - strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190)



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

Le recenti norme citate nel mandato istituzionale istituiscono il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici" (SNPS) a cui danno supporto gli II.ZZ.SS.

Scenario Internazionale:

Safeguarding Humam Health in the Anthropocene Epoch: report of the Rockefeller Foundation - Lancet Commision on Planetary Health". Lancet 2015: Il documento definisce in modo organico i rischi per la salute planetaria conseguenti ai cambiamenti climatici, all'acidificazione degli oceani, all'impoverimento del suolo, alla scarsità delle riserve idriche, al sovrasfruttamento delle risorse ittiche ed alla perdita di biodiversità. Il concetto di One Health, che ha profondamente influenzato l'attività IZSLER negli ultimi anni, subisce quindi un'ulteriore proiezione in senso planetario.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

Capacità di IZSLER di supportare le politiche di mitigazione degli effetti del climatico sulla salute planetaria attraverso le sue competenze tecniche e scientifiche, con particolare riferimento ai seguenti ambiti di azione:

- Impatto dei cambiamenti climatici e delle contaminazioni ambientale sulla sicurezza alimentare;
- Impatto dei cambiamenti climatici sulle malattie trasmesse da vettori;
- diffusione ambientale di batteri antibiotico-resistenti o di loro geni.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Sono in corso numerose attività a sostegno della politica SNPS delle due Regioni fra cui:

Monitoraggi sulle acque reflue per ricerca batteri antibiotico-resistenti e geni di resistenza;

Supporto tecnico e validazione per gli interventi di disinfestazione in seguito a casi di malattie trasmesse da vettori;

Supporto sulle "Emergenze Incendi e di natura chimica" e sviluppo di linee guida per i campionamenti.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Sviluppo e accreditamento di metodiche della prevenzione dei rischi ambientali per la salute;

Estensione dell'utilizzo dei metodi NGS in ambito di epidemiologia genomica in ambito di monitoraggio ambientale;

Sviluppo di attività di monitoraggio di specie di artropodi esotiche ed invasive, potenziali vettori di malattie infettive;

Sviluppo di attività di monitoraggio sui rischi per la salute di origine ambientale.

MANDATO ISTITUZIONALE: strumento tecnico scientifico dello Stato, Regioni nell'ambito SSN (D. Lgs 30 giugno 1993, n. 270 e DM 16 Febbraio 1994, n. 190)



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Il contesto internazionale sanitario spinge per una formazione One Health in tutti i settori, con particolare riferimento alle malattie ancora oggi di interesse globale quali ad esempio l'influenza, la Peste Suina Africana (PSA), le malattie da vettori e alla problematica sempre più emergente dell'Anti Microbico Resistenza (AMR);

Negli ambiti sopraindicati sarà necessario predisporre formazione costante sia per il personale interno che per gli stakeholders.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEHOLDER

Soprattutto sarà richiesta la formazione degli allevatori nei settori Classyfarm, biosicurezza, benessere in allevamento; degli operatori che svolgono attività di trasporto animali e macellazione degli animali; di eventuali altre categorie interessate a questi argomenti da altri punti di vista ad esempio: forze dell'ordine, tecnici della prevenzione.

Richieste del settore veterinario per la formazione in materia di Interventi Assistiti con Animali (IAA).

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Le attività di formazione sono gestite dalla Struttura Formazione e Biblioteca in staff alla Direzione Sanitaria.

E' stato inserito recentemente un collaboratore alla ricerca per rafforzare l'organico della Struttura data la sempre crescente richiesta formativa interna ed esterna.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Malattie che sono ancora oggi di interesse globale quali l'influenza, la PSA e le malattie da vettori.

Argomenti di One Health per la crescita del laboratorio SMEL.

Formazione One Health in materia di AMR.

AREE STRATEGICHE

Con l'adozione del Piano pluriennale delle attività 2024-2027, Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.8 del 06.11.2024, l'Istituto ha definito le nuove linee di indirizzo del prossimo quadriennio, dalle quali discendono le Aree/Obiettivi strategici a lungo termine, con il fine di tradurre la mission in azioni strategiche a favore della comunità di riferimento. Le linee di mandato vengono recepite dal PIAO e integrate all'interno delle Aree/obiettivi strategici sulla base delle priorità e nella logica di realizzazione del mandato. La programmazione operativa verrà declinata, secondo quanto definito nel Regolamento di budget, stabilendo il necessario collegamento della performance organizzativa con quella individuale (art. 6, comma 2, lett. a DL 80/2021). E' da sottolineare che la prioritizzazione e la selettività, caratteristiche intrinseche del PIAO, sono operate anche a livello operativo.

Ciascuna Linea di mandato è collegata come segue:

LINEE DI MANDATO

AREA/OBIETTIVO STRATEGICO

 One health: nuovi approcci per sviluppare politiche integrate in risposta alle sfide globali con focus integrativo sull'ambiente, al fine di migliorare la qualità dei servizi diagnostici erogati	AS1	Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato
 Potenziare il ruolo dell'Istituto nello scenario internazionale, nazionale e regionale nel campo della ricerca	AS2	Potenziare la attività relative alla ricerca internazionale e nazionale
 Ottimizzare l'organizzazione e la governance in un'ottica di maggior efficienza, sostenibilità economica-patrimoniale, investendo nell'innovazione, nella tecnologia e nella multidisciplinarietà	AS3	Aumentare l'efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un'ottica multidimensionale
 Dirigere l'Istituto verso il futuro attraverso una costante formazione di alta qualità, valorizzazione delle persone per l'accrescimento dello spirito di appartenenza, il miglioramento del benessere organizzativo e il coinvolgimento degli stakeholder	AS4	Garantire promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane

FINALITA' DELLE AREE STRATEGICHE



Da sempre l'Istituto è impegnato nel garantire agli stakeholders istituzionali un'ampia gamma di servizi analitici, diagnostici e specialistici nei vari ambiti di intervento, ponendosi come obiettivo primario la Salute Pubblica e il progresso socio-culturale ed economico della collettività di riferimento. Questo impegno viene intrapreso ponendosi obiettivi ambiziosi di sviluppo, conoscenza e innovazione continua, erogando prestazioni rispondenti alle istanze della propria utenza, sia in termini quantitativi che qualitativi, in modo efficace ed efficiente. Tale collocazione è mantenuta attraverso il dialogo costante con le componenti che hanno nell'Istituto una delle interlocuzioni indispensabili: le autorità competenti, gli altri I.I.Z.S.S. e gli attori delle diverse filiere. A partire da questi presupposti l'Istituto elabora e attua strategie a breve, a medio e a lungo termine che gli consentono di pianificare la sostenibilità del proprio futuro, sapendo rispondere all'esigenza di specializzazione nel campo della salute degli animali, della sicurezza alimentare e del benessere animale. Negli ultimi anni, anche in seguito al riconoscimento del ruolo svolto da IZSLER durante la pandemia da virus Sars-Cov2, gli ambiti di attività si sono estesi alla diagnostica delle malattie infettive umane ed alle attività di prevenzione della salute dai rischi ambientali e climatici.

La ricerca scientifica è tra i più importanti obiettivi che l'Istituto persegue con grande impegno confermando la sua eccellenza nel panorama nazionale/internazionale. A sostegno delle esigenze territoriali delle Regioni di competenza, su richiesta del Ministero della salute e per lo sviluppo di nuovi settori IZSLER potrà sostenere progetti di ricerca con finanziamento proprio. L'incremento delle collaborazioni internazionali attraverso consorzi o altre forme convenzionali e di networking aumenteranno le possibilità di accesso ai fondi internazionali. Per questa ragione l'Istituto considera strategico il potenziamento delle attività di ricerca, attuate attraverso il miglioramento della produzione di pubblicazioni scientifiche, implementazione e razionalizzazione dell'attività di ricerca con particolare attenzione alle problematiche emergenti, potenziamento dell'organizzazione della ricerca, attraverso l'applicazione del provvedimento relativo alla "Piramide della ricerca" contenuto nel decreto Mille Proroghe (D.L. 30.12.2019 n.162) per il reclutamento di ricercatori. Esso prevede anche implementazione e razionalizzazione dell'attività di ricerca con particolare attenzione alle problematiche emergenti. Attivazione e attuazione di progetti innovativi concordati con le Regioni e il Ministero della Salute in ambito di sanità, benessere animale e sicurezza alimentare.

Per migliorare il livello di eccellenza dell'Istituto è necessario fornire gli indirizzi necessari, rivedere i processi, creare l'infrastruttura più adeguata per supportare il funzionamento ottimale dell'Istituto in un contesto in continua evoluzione, in un'ottica multidimensionale e trasversale, che tenga conto delle seguenti Linee di sviluppo:

- potenziare la rete infrastrutturale dell'IZSLER, proseguendo nell'opera di ammodernamento e innovazione dell'intero sistema informatico a supporto delle strategie aziendali;
- riorganizzare e migliorare i processi di supporto secondo una logica trasversale di reingegnerizzazione, digitalizzazione e semplificazione;
- creare una maggiore efficienza dei processi mantenendo elevati standard qualitativi per la soddisfazione dell'utente finale, attuando politiche di contenimento e razionalizzazione dell'impiego delle risorse;
- attivare interventi innovativi di sviluppo degli investimenti e potenziamento e riqualificazione del patrimonio dell'Istituto;
- pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio, aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali e la ricerca di efficienza, continuando il presidio della sostenibilità finanziaria;
- promuovere la cultura della legalità e sviluppare un sistema di prevenzione della corruzione e gestione dei rischi integrata con le performance e il risk management;
- implementare il controllo strategico con un sistema di controllo interno/Internal audit come strumento a supporto del decision-making, di governo aziendale, di responsabilizzazione manageriali e accountability esterna;
- potenziare pratiche individuali e organizzative per un'amministrazione sempre più sostenibile, rivolta all'efficientamento e al green public procurement (PA GREEN), all'energy management, che si muove con le logiche del "Sustainability Management".

L'IZSLER è un ente di formazione riconosciuto come Provider nell'ambito dell'attuale sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) istituzionalizzato dai Decreti Legislativi 502/92 e 229/99. La formazione rappresenta, uno strumento strategico di gestione in quanto essenziale per favorire lo sviluppo culturale e professionale del personale proprio e del SSN, su tematiche rispondenti all'attualità (malattie infettive, igiene degli alimenti, igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, legislazione sanitaria, argomenti orientativo-gestionali, etc) e su situazioni emergenti, nonché per informare ed aggiornare l'utenza in merito a problematiche e temi relativi alla Sanità Pubblica Veterinaria ed alla Sicurezza alimentare. L'istituto ha infatti un ruolo fondamentale nella formazione degli operatori a livello nazionale ed internazionale acquisendo, sempre più, il ruolo di punto di riferimento scientifico in ambito veterinario e non solo. La formazione ricopre un ruolo centrale anche nella valorizzazione del capitale umano, promuove e mantiene il benessere organizzativo, la cultura delle pari opportunità e l'equilibrio di genere. In questo contesto si inserisce anche il dialogo con gli stakeholder volto al miglioramento dei servizi offerti per ridurre la autoreferenzialità dell'azione amministrativa.

VALORE PUBBLICO IN IZSLER

Identificare correttamente il Valore Pubblico rappresenta una sfida per tutta la Pubblica Amministrazione ma senza dubbio è estremamente complicato per gli Enti Sanitari che operano nel campo della prevenzione. In questo paragrafo si intende condividere alcuni spunti di riflessioni sul tema del VP in Sanità Pubblica Veterinaria (SPV) per IZSLER, per sottolinearne le caratteristiche e le peculiarità. Alcuni passaggi tratti integralmente dalla fonte bibliografica citata a fine capitolo, sono riportati in corsivo.

Le attività della Veterinaria Pubblica spaziano dalla prevenzione e tutela della salute umana e animale, al supporto al mondo economico delle produzioni agroalimentari, con l'impegno di garantire la salute dei cittadini in ogni suo singolo aspetto. Per tale ragione, i Servizi veterinari pubblici si confrontano da sempre sia con la componente della salute umana sia con gli aspetti ambientali, in piena sintonia con il principio di One Health. Questo legame è stato riconosciuto dalle istituzioni UE e internazionali come un punto chiave per garantire uno sviluppo economico-sociale sostenibile. *“Infatti le malattie degli animali causano impatti negativi significativi e imprevedibili sui mezzi di sussistenza delle comunità. Oltre il 60% delle malattie animali sono trasmissibili all'uomo e circa il 75% di tutte le malattie infettive umane nuove ed emergenti deriva dagli animali attraverso un “salto di specie”, il che rende la salute degli animali e la salute pubblica strettamente correlate”.*

A differenza della sanità umana, in cui le azioni di cura hanno un impatto diretto sulla salute dei cittadini, nella SPV questo non avviene, perchè i servizi della SPV si concretizzano essenzialmente in attività di controllo sanitario e di prevenzione, organizzate sulla base di una mappa dei rischi, prevedendo successivamente azioni di intervento nei punti di controllo, in cui è possibile sviluppare azioni di prevenzione efficaci, in grado di contrastare l'insorgere di malattie/epidemie.

La SPV è strutturata in diverse attività, che rappresentano una *“rete di protezione e di prevenzione”* contro i rischi sanitari dovute a malattie diffuse e contagiose che derivano dal regno animale e da rischi chimici e biologici della catena alimentare e dell'ambiente. Questa peculiarità rende più difficile **identificare direttamente l'impatto prodotto sul destinatario del servizio, in quanto la SPV, contribuisce in modo indiretto, alla salute dell'utente finale.**

La SPV non si limita al *“soddisfacimento della domanda da parte dei singoli utenti, ma risponde a finalità di profilassi internazionale e/o a programmi nazionali/regionali di controllo, generalmente coordinati dalla Commissione Europea, per la gestione dei rischi sanitari”.*

Inoltre gli enti che operano nei servizi di SPV agiscono all'interno di una rete, in cui è necessaria l'azione congiunta e sinergica, di tutti gli attori coinvolti nella filiera (Regione- ATS -AUSL- allevatori) per la riduzione del rischio sanitario.

Fatte queste dovute premesse, appare chiaro come il VP in questo ambito, si presta ad essere osservato solo in termini di *“contributo”* al valore creato, agito in modo indiretto, di cui si può avere solo una parte di governabilità; si pensi al caso di una improvvisa emergenza sanitaria, che può rendere vane tutte le misure di prevenzione messe in atto fino a quel momento. Misurare/valutare il VP nell'ambito della SPV per IZSLER, significa prima di tutto essere consapevoli di questi aspetti e considerare plausibile il fatto che è possibile creare valore, attuando con efficienza e puntualità tutte le misure di prevenzione disposte dalla normativa.

In questo modo sarà meglio garantito il raggiungimento degli outcome attesi (riduzione/eradication malattie) e si potrà affrontare al meglio le eventuali crisi sanitarie impreviste.

Un altro aspetto da sottolineare è che il raggiungimento dell'outcome finale nell'ambito della SPV può essere raggiunto a prescindere dalle azioni adottate; la mancata concretizzazione di un pericolo non è sempre correlabile, con diretta evidenza, alle misure preventive adottate; viceversa il verificarsi di un incidente sanitario può non essere necessariamente attribuibile a una carente attività dei Servizi.

Ne deriva che nell'ambito della prevenzione, non sempre è possibile valutare le seguenti due dimensioni:

- l'economicità, ovvero poter quantificare agevolmente il rapporto costi-benefici in quanto, a fronte di costi certi, i benefici derivano dal mancato concretizzarsi, nel tempo, dei rischi/non insorgenza degli elementi di crisi; si potrà eventualmente ragionare in termini di minor costo, quindi di risparmio per il SSN.
- l'efficacia, ovvero collegare il successo di una policy di prevenzione all'attuazione delle misure adottate.

Riferimento bibliografico: Ferri G. et al, (2022) Il performance management dell'area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti. MECOSAN - Management ed economia sanitaria, 121;123-155.

IMPATTI PRODOTTI

L'impatto misura l'effetto prodotto da una politica o da un servizio sui destinatari, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere economico-sociale rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio. Gli indicatori di impatto possono riferirsi a diversi tipologie: sanitario economico, sociale, culturale e ambientale.

Nello svolgimento delle proprie funzioni l'Istituto produce diversi impatti rispetto ai vari ambiti d'intervento come da tabella Allegata (A1): impatti sanitari, scientifici, ambientali, sociali, economici e formativi.

Per le ragioni esposte nel paragrafo precedente non è sempre possibile misurare tutti gli impatti prodotti, al momento l'istituto si è focalizzato sull'impatto sanitario, scientifico e formativo.

VALORE PUBBLICO E LINEE PROGRAMMATICHE DI MANDATO

Gli obiettivi di Valore Pubblico sono stati collegati già all'atto della definizione delle Linee programmatiche di mandato, questo permette di garantire l'individuazione della migliore strategia di creazione di valore nel tempo, allineando gli intenti dell'intera organizzazione.

LINEE DI MANDATO	AREA/OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO VALORE PUBBLICO
1 One health: nuovi approcci per sviluppare politiche integrate in risposta alle sfide globali con focus integrativo sull'ambiente, al fine di migliorare la qualità dei servizi diagnostici erogati	AS1 Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato	VP1: Ampliare l'offerta dei servizi erogati finalizzati al miglioramento della salute pubblica negli ambiti d'intervento dell'Istituto
2 Potenziare il ruolo dell'Istituto nello scenario internazionale, nazionale e regionale nel campo della ricerca	AS2 Potenziare la attività relative alla ricerca internazionale e nazionale	VP2: Incrementare l'attività di ricerca finalizzata a promuovere nuove conoscenze scientifiche per affrontare le nuove sfide
3 Ottimizzare l'organizzazione e la governance in un'ottica di maggior efficienza, sostenibilità economica-patrimoniale, investendo nell'innovazione, nella tecnologia e nella multidisciplinarietà	AS3 Aumentare l'efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un'ottica multidimensionale	Dimensione Interna del valore pubblico
4 Dirigere l'Istituto verso il futuro attraverso una costante formazione di alta qualità, valorizzazione delle persone per l'accrescimento dello spirito di appartenenza, il miglioramento del benessere organizzativo e il coinvolgimento degli stakeholder	AS4 Garantire promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane	VP3: Aumentare l'attività formativa di alta specializzazione finalizzata all'applicazione di nuove pratiche di sanità pubblica

OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO

Dall'analisi del contesto delle pagine precedenti, emerge come IZSLER per fronteggiare le continue e diverse emergenze sanitarie e le nuove richieste di servizi da parte degli stakeholders, deve mettere in atto le azioni necessarie, tradotte negli obiettivi di VP, come qui di seguito illustrato e sinteticamente rappresentato nel PIAO sintetico all'allegato (A2).

COLLEGATO ALL'AREA STRATEGICA (AS1) - OBIETTIVO STRATEGICO:

"Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato"

Tale VP è di rilevanza strategica e strettamente connesso alla situazione epidemiologica del territorio di competenza e alle mutate esigenze e aspettative degli stakeholders, al fine di garantire un territorio sempre più libero dal rischio di insorgenza di malattie infettive degli animali e anche trasmissibili all'uomo, di garantire alimenti sicuri da contaminanti microbiologici e chimici e ridurre il rischio di infezioni da patogeni resistenti ai comuni antibiotici. L'erogazione di servizi di qualità richiede necessariamente una strategia improntata all'ottimizzazione e allo sviluppo di tutte le attività legate ai vari ambiti. Negli ultimi anni, l'Istituto ha ampliato i suoi servizi acquisendo nuove funzioni/compiti che hanno aumentato la gamma dei servizi offerti:

- nella diagnostica delle malattie infettive umane con l'istituzione di un laboratorio specializzato di virologia e microbiologia per la diagnostica delle malattie batteriche e virali, inserito nel sistema lombardo di Servizi di Medicina di Laboratorio, che può ricevere campioni provenienti da pazienti umani ed emettere esiti conformi alle necessità del Sistema Sanitario Nazionale, fornendo così un supporto alla sorveglianza umana delle infezioni nell'uomo;
- nella prevenzione della salute dai rischi ambientali e climatici, in quanto parte attiva del nuovo "Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici(SNPS).

Questi nuovi compiti impattano sulla strategia determinando un ampliamento dei servizi e successivamente sulla composizione degli indicatori di impatto del VP1, come qui di seguito rappresentato.



VALORE PUBBLICO 1

**"AMPLIARE
L'OFFERTA DEI
SERVIZI EROGATI
FINALIZZATI AL
MIGLIORAMENTO
DELLA SALUTE
PUBBLICA NEGLI
AMBITI DI
INTERVENTO"**

STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP1: ottimizzazione delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall'Istituto nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria, declinata negli ambiti di intervento.

IMPATTO SANITARIO: misura il nostro contributo al miglioramento della Salute Pubblica negli ambiti d'intervento attraverso l'ampliamento e il miglioramento dei servizi.

TRAGUARDI ATTESI: rappresenta il VP stimato, per il prossimo triennio, in termini di incremento percentuale rispetto alla baseline del 2021. 2025: +25,6% - 2026: + 29,2% - 2027: +30,5%.

INDICATORI DI IMPATTO SANITARIO: misurano il VP creato attraverso una serie di indicatori come rappresentato nella tabella sottostante. I target sono stati individuati sulla base delle serie storiche degli ultimi anni e sulla base dell'analisi del contesto.

TAB.VP1

CODICE	INDICATORE	BASELINE (2021)	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027	FONTE
VP1.AS1	1) n. metodi di prova nuovi (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	40	100	110	120 *	DATA BASE INTERNI
	2) n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	10	60	70	80 *	
	3) n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti. (ambito Benessere animale)	128.292	550.000	600.000	650.000 *	
	4) n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm. (ambito Benessere animale)	3.233	11.000	12.000	13.000 *	
	5) n. allevamenti che accedono a Classyfarm ai fini dell'etichettatura dei prodotti alimentari attraverso la certificazione SQNBA. (ambito Benessere animale)	50	500	1.000	1.100 *	
	6) % di cluster di infezione umana di cui izsler identifica la sorgente alimentare (ambito Sicurezza Alimentare)	47,4%	50%	50%	50%	
	7) tasso di copertura vaccinale con vaccino stabulogeni Izsler in allevamenti focolai di salmonellosi (bovini-suini)- (ambito sanità animale)	4%	25%	30%	30%	
	8) n. di allevamenti che fanno richiesta di vaccino stabulogeno nell'anno (ambito Sanità animale)	226	280	290	300	

CAMPO NOTE: i target contrassegnati con (*) si intendono cumulativi di anno in anno.

I target del primo e secondo indicatore sono stati rimodulati in aumento rispetto a quanto precedentemente programmato sulla base della nuova analisi del contesto. L'indicatore relativo a "n. specie batteriche/virali sottoposte con continuità a sequenziamento NGS" è stato eliminato in quanto l'attività relativa si intende ormai raggiunta. E' stato sostituito con il nuovo indicatore inserito al punto 6) "% di cluster di infezioni umane di cui Izsler identifica la sorgente alimentare", il quale non prevede target incrementali in quanto il livello di percentuale stimato si considera adeguato per il triennio. Gli indicatori n. 7/8 sono indicatori di nuova formulazione.

FOCUS sui seguenti nuovi indicatori:

“ % di cluster di infezione umane di cui Izsler identifica la sorgente alimentare”

A partire dal 2021, l'unità di Analisi del Rischio ed Epidemiologia Genomica di IZSLER conduce la sorveglianza di laboratorio one-health per gli stipiti di *Salmonella enterica* e *Listeria monocytogenes* isolati da uomo (in qualità di Laboratorio di riferimento regionale per gli enteropatogeni) e da alimenti, animali e ambiente, basandosi esclusivamente sul sequenziamento dell'intero genoma (WGS). Questa sorveglianza costituisce lo strumento primario messo in campo da IZSLER per la valutazione del rischio microbiologico associato a questi patogeni nella popolazione umana di riferimento. Infatti, il WGS costituisce lo standard di riferimento in ambito internazionale per questa sorveglianza da alcuni anni.

L'utilizzo di questo strumento è promosso dalla Commissione Europea per la gestione di crisi in sicurezza alimentare, con la Decisione (UE) 2019/300, e per la sorveglianza delle malattie infettive in genere.

Nel periodo 2021-2023 la sorveglianza WGS di IZSLER ha segnalato ai Servizi Sanitari n. 61 cluster genomici indicativi di potenziali focolai di MTA sul territorio di competenza dell'ente. Per 32 di questi potenziali focolai il sistema di sorveglianza ha anche identificato stipiti nella catena alimentare associati geneticamente ai casi umani, fornendo quindi elementi di indagine alle autorità competenti per poter identificare le possibili sorgenti di contaminazione (si veda figura).

Diverse segnalazioni di IZSLER per focolai di MTA sono state effettivamente confermate su base epidemiologica, portando all'identificazione della fonte di contaminazione e all'estinzione dei focolai. In questo ambito, le attività di valutazione del rischio basate sull'epidemiologia genomica condotte da IZSLER hanno contribuito in maniera sostanziale alle indagini su focolai di MTA a livello nazionale (allerte RASFF 2022.4497, 2023.5454) e internazionale (allerte RASFF 2023.4705, 2023.5976 e ECDC/EFSA Rapid Outbreak Assessment: doi:10.2900/042880).

Sulla base della efficacia del sistema di sorveglianza dimostrata agli operatori sanitari negli ultimi anni, IZSLER ha contribuito alla comunicazione del rischio attraverso l'organizzazione e la partecipazione a numerosi tavoli di lavoro e eventi di formazione per i gestori del rischio a livello locale, regionale, nazionale e internazionale. Questa comunicazione ha già portato alla revisione delle procedure in essere presso i Dipartimenti di Prevenzione del territorio e ai piani di controllo ufficiale, per adattarli alla nuova realtà determinata dalla sorveglianza genomica.

Il valore sanitario di questa attività è riassumibile in termini di:

- riduzione del rischio di malattie conseguenti al consumo di alimenti nocivi - IMPATTO SANITARIO;
- minor costo a carico del SSN in termini di costi sanitari diretti evitati (e.g.: costo ospedalizzazioni, visite, diagnostica, medicinali) e i costi indiretti evitati (e.g. perdita di produttività, costi per morte prematura) - IMPATTO ECONOMICO;
- maggiore introito per il comparto della filiera, maggiore credibilità del sistema di sicurezza alimentare del nostro paese, che influenza l'andamento delle esportazioni di alimenti - IMP.ECONOMICO;
- maggiore credibilità del sistema di sicurezza alimentare del nostro paese - IMP. ISTITUZIONALE.

“ tasso di copertura vaccinale con vaccino stabulogeni Izsler in allevamenti focolai di salmonellosi (bovini-suini)” - “ n. di allevamenti che fanno richiesta di vaccino stabulogeno nell’anno”

I vaccini stabulogeni sono medicinali veterinari immunologici inattivati, prodotti a partire da agenti patogeni isolati da un'unità epidemiologica, che possono essere utilizzati solo in quella specifica unità o in unità con un legame epidemiologico.

La loro produzione è regolata da ciascuno Stato membro dell'UE. In Italia, secondo il decreto legislativo del Ministero della Salute, 17/3/94 n.287, sono ammessi esclusivamente in situazioni di emergenza, per malattie non denunciabili, quando non sono disponibili sul commercio vaccini autorizzati e la loro produzione è consentita esclusivamente nei dieci Istituti Zooprofilattici.

La vaccinazione è uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie degli animali e promuoverne la salute e il benessere, migliorando al contempo la produzione di alimenti sicuri a tutela del consumatore. La produzione di vaccini è una delle attività più antiche e importanti dell'IIZZSS. Infatti, fin dalla loro fondazione gli Istituti hanno focalizzato il loro servizio nel campo della sanità pubblica, svolgendo attività di diagnosi e prevenzione con la preparazione di vaccini specifici per le malattie infettive degli animali da reddito. Nel periodo precedente all'avvento degli antibiotici e allo sviluppo dell'industria farmaceutica, i preparati immunologici autogeni erano uno strumento di intervento insostituibile per le malattie diffuse, spesso zoonotiche. Successivamente, i vaccini autogeni sono stati utilizzati solo come strumento alternativo o associativo alla terapia antibiotica.

I vaccini stabulogeni sono altamente specifici essendo ottenuti direttamente da microrganismi presenti in focolai o forme morbose dell'allevamento. L'agricoltura zootecnica dell'UE si sta evolvendo verso sistemi più sensibili alla salute e all'ambiente ponendo al centro il benessere animale e la riduzione dell'uso di antibiotici anche in un'ottica one health di contrasto alla antimicrobicoresistenza. Pertanto, sempre più allevatori stanno adottando sistemi di allevamento rispettosi degli animali o biologici, compresi sistemi di allevamento a ridotto uso antibiotici. Mettere a disposizione di veterinari e allevatori un'ampia gamma di vaccini stabulogeni di elevata qualità corrisponde quindi ad erogare valore pubblico in termini di riduzione delle malattie degli animali e dei relativi costi ed un rafforzamento delle misure atte a contenere l'uso di antibiotici in zootecnia.

Il valore sanitario di questa attività è riassumibile in termini di:

- riduzione del rischio di malattie conseguenti alla maggiore copertura vaccinale - IMPATTO SANITARIO;
- minor costo a carico del SSN in termini di mancata gestione dell'emergenza sanitaria - IMPATTO ECONOMICO;
- rafforzamento delle misure regolamentari atte a contenere l'uso di antibiotici in zootecnia - IMP. ISTITUZIONALE.



VALORE PUBBLICO 2

**“INCREMENTARE
L’ATTIVITÀ DI
RICERCA
FINALIZZATA A
PROMUOVERE
NUOVE
CONOSCENZE
SCIENTIFICHE
PER AFFRONTARE LE
NUOVE SFIDE”**

COLLEGATO ALL’AREA STRATEGICA (AS2)- OBIETTIVO STRATEGICO: “Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale”

Per saper fronteggiare le sfide sanitarie diventa fondamentale la ricerca scientifica che rappresenta il motore per il rinnovamento e il progresso. Tramite una maggiore produzione e diffusione scientifica si crea indirettamente il controllo delle malattie infettive e il benessere animale, per sostenere le produzioni animali e proteggere la salute pubblica con un maggior benessere nella collettività. La strategia è il rafforzamento delle attività della ricerca aumentandone la qualità tramite l’acquisizione di nuove competenze e maggiori risorse come qui di seguito rappresentato.



STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP2: rafforzamento delle attività di ricerca in modo funzionale all’aumento della competitività.

IMPATTO SCIENTIFICO: misura il nostro contributo al miglioramento e alla diffusione di conoscenza scientifica attraverso nuove competenze e risorse.

TRAGUARDI ATTESI: rappresenta il VP stimato, per il prossimo triennio, in termini di incremento percentuale rispetto alla baseline del 2021: 2025: + 7,1% - 2026: + 7,6% - 2027: + 8,4% .

INDICATORI DI IMPATTO SCIENTIFICO: misurano il VP creato attraverso una serie di indicatori come rappresentato nella tabella sottostante. I target sono stati individuati sulla base delle serie storiche degli ultimi anni e sulla base dell’analisi del contesto .

TAB.VP2

CODICE	INDICATORE	BASELINE (2021)	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027	FONTE
VP2.AS2	1) IF totale dell'Istituto nell'anno	564	630	640	650	DATA BASE INTERNI
	2) n. di citazioni medio per articolo/anno	2,4	4,1	4,2	4,3	
	3) % pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1) nell'anno	53	63	65	71,5	
	4) % di articoli pubblicati su riviste open access nell'anno	58	90	90	90	

CAMPO NOTE: l'indicatore relativo al "n. medio di visualizzazioni per pubblicazione/anno" è stato eliminato in quanto poco rappresentativo, in sostituzione è stato inserito " % pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1)" che era precedentemente inserito nella dimensione di efficacia delle performance. I target dell'indicatore n. 4 , non prevede target incrementali in quanto il livello stimato di percentuale si considera adeguato per il triennio.



VALORE PUBBLICO 3

**“PROMUOVERE UN
COSTANTE
SVILUPPO DI
COMPETENZE
SPECIALISTICHE-
TECNICHE PER
FORMARE GLI
OPERATORI DELLA
SALUTE”**

COLLEGATO ALL'AREA STRATEGICA (AS4) - OBIETTIVO STRATEGICO:

“Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane”

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale ha come compito istituzionale la formazione degli operatori della salute pubblica a livello nazionale ed internazionale negli ambiti di sua competenza, acquisendo, sempre più, il ruolo di punto di riferimento scientifico in ambito veterinario e non solo. Per realizzare la sua mission di promotore della salute pubblica, l'IZSLER eroga un'attività formativa variegata di alta qualità, in termini di sicurezza alimentare e di prevenzione delle malattie tra animale e uomo e di benessere animale in termini di sanità e condizioni di vita degli animali stessi. In special modo la formazione esterna nei prossimi anni sarà orientata fortemente sul sistema Classyafarm, la quale intende fornire ai medici veterinari gli strumenti di base per operare all'interno del Sistema ClassyFarm così come definito dal Decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2017 (GU n. 29 del 5-2-2018) e dalla Nota DGSAF n. 0018297 del 24/07/2018. Il medico veterinario rappresenta infatti l'interfaccia tra operatore e autorità competente e affianca e supporta l'operatore nelle scelte strategiche di gestione dell'allevamento per migliorare le condizioni di sanità e benessere animale, anche sulla base del livello di rischio rilevato da ClassyFarm nelle varie aree di valutazione dell'allevamento. Qui di seguito è rappresentato graficamente la genesi e la strategia per la creazione del VP3:



STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP3: erogazione di corsi di alta specializzazione per il miglioramento delle competenze negli operatori della Salute Pubblica veterinaria

IMPATTO FORMATIVO: misura il nostro contributo all'aumento dell'attività formativa rivolta agli operatori della salute pubblica attraverso competenze e aggiornamento di alta qualità.

TRAGUARDI ATTESI: rappresenta il VP stimato, per il prossimo triennio, in termini di incremento percentuale rispetto alla baseline del 2021. 2025: + 13,6% - 2026: + 16,5% - 2027: + 19%.

INDICATORI DI IMPATTO FORMATIVO: misurano il VP creato attraverso una serie di indicatori come rappresentato nella tabella sottostante. I target sono stati individuati sulla base delle serie storiche degli ultimi anni e sulla base dell'analisi del contesto.

TAB.VP3

CODICE	INDICATORE	BASELINE (2021)	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027	FONTE
VP3.AS4	1) n. Operatori abilitati su Classyfram tramite formazione esterna (bovini-suini- polli)	1.600	2500	3000	3500 *	DATA BASE INTERNI
	2) n. Operatori formati in materia di biosicurezza allevamento suino	145	500	600	700 *	

CAMPO NOTE: i target contrassegnati con (*) sono cumulativi di anno in anno e sono stati rimodulati in aumento rispetto a quanto precedentemente programmato sulla base della nuova analisi del contesto .

MISURAZIONE DEL VALORE PUBBLICO

La misurazione del Valore Pubblico è stata effettuata, secondo la metodologia CERVAP/COGEP, basata sulla media degli indicatori normalizzati, che si riporta integralmente nell'Allegato A3 (Misurazione del VP). La misurazione del VP è stata effettuata, sia in senso ampio che in senso stretto.

- si parla di VP in senso stretto quando un ente è in grado di impattare complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline (impatto degli impatti);
- si parla di VP in senso ampio quando un ente migliora le proprie performances di efficienza e di efficacia, in modo funzionale al miglioramento degli impatti, curando la salute dell'ente e coinvolgendo il personale. In questa prospettiva l'ente crea VP, programmando obiettivi specifici con i relativi indicatori di efficacia e di efficienza e obiettivi trasversali di semplificazione, digitalizzazione, piena accessibilità, pari opportunità ed equilibrio di genere, funzionali alla strategia di creazione di VP.

Il Valore Pubblico così misurato, verrà rappresentato all'interno del "Report del PIAO", che chiude compiutamente il c.d. "Ciclo di Gestione della Performance", in un arco di tempo triennale, con monitoraggi annuali.

VALORE PUBBLICO E STATO DI SALUTE DELL'ENTE

L'Istituto nel genere Valore Pubblico non opera solo verso l'esterno, ma agisce anche verso l'interno, nel creare le condizioni in termini di risorse economiche-finanziarie, umane e strumentali.

Gli obiettivi di valore pubblico devono essere sostenuti anche da azioni di tipo organizzativo e professionale, da programmare in maniera sinergica: valorizzazione delle persone, formazione, innovazione tecnologica, creazione di nuovi modelli organizzativi e ricorso al lavoro agile.

Questo aspetto è sottolineato anche dall'art. 4 del D Lgs 150/2009, il quale prevede l'integrazione fra il ciclo della performance ed il ciclo di programmazione economico-finanziaria, che ha lo scopo di rendere coerente il collegamento tra gli obiettivi di performance e le risorse allocate per il loro raggiungimento; anche con l'intento di *"favorire una maggiore trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento"* e *"le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio"* (art. 5, comma 1, lettera c). Inoltre l'articolo 8 del regolamento di attuazione del PIAO ha focalizzato l'attenzione sulla coerenza tra la programmazione e l'allineamento temporale tra il ciclo di programmazione economico-finanziaria e quello di programmazione strategica, in quanto il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne dell'Amministrazione presso cui viene prodotto (lo stato delle risorse).

Attraverso il Piano pluriennale degli investimenti, viene concretizzato l'incontro tra le esigenze di investimento e la disponibilità di risorse destinabili a tale finalità. In Istituto si sta lavorando per cercare una migliore integrazione tra l'allocazione delle risorse e la programmazione degli obiettivi.

PROTEZIONE DEL VALORE PUBBLICO

Per garantire e proteggere nel tempo il Valore Pubblico che verrà creato dallo sviluppo delle azioni, l'Istituto dovrà investire sulla propria salute e sostenibilità organizzativa contrastando l'insorgere di rischi corruttivi. A tal fine nell'apposita sezione anticorruzione sono state identificate le misure anti corruttive a protezione del VP generato. Il tema sarà diffusamente trattato nella relativa sezione.

ANALISI RISCHI INTEGRATA

In un contesto in cui il grado di complessità dell'azione amministrativa è sempre in aumento, la Pubblica Amministrazione sarà chiamata in futuro ad adottare una gestione integrata dei rischi, che interessa lo svolgimento dei processi e delle attività, al fine di creare valore aggiunto per gli stakeholders.

Fino ad ora le Pubbliche Amministrazioni hanno gestito il rischio al solo fine della prevenzione della corruzione, così come disposto dalle previsioni normative (Legge n. 190/2012) e dagli indirizzi contenuti nel PNA 2019 e PNA 2022.

Un aspetto fondamentale della strategia di prevenzione della corruzione sarà sicuramente rappresentato dall'implementazione dell'attuale sistema di analisi e gestione del rischio, verso un sistema che includa il c.d. *"risk management"*, intendendo con esso, la valutazione e gestione di tutti i tipi di rischi, al fine di diminuire la probabilità di erosione del Valore Pubblico.

Applicare una disciplina di risk management è una condizione essenziale per prevenire forme di *"maladministration"*; sarà importate per il prossimo futuro prevedere e individuare un modello specifico di risk management che possa adattarsi bene alle caratteristiche e peculiarità dell'Istituto.

ANALISI RISCHI AMBIENTALE: ISO 9001 e sostenibilità

Da febbraio 2024 le norme sui sistemi gestionali ISO sono state aggiornate, integrando requisiti sul cambiamento climatico, ponendo le organizzazioni di fronte alla necessità di valutare l'impatto delle loro attività sul clima e di adottare misura di mitigazione. La sostenibilità ambientale è un concetto chiave che si concentra sulla gestione responsabile delle risorse naturali e sull'equilibrio tra le necessità delle generazioni presenti e future. Essenzialmente, si tratta di garantire che le azioni umane non compromettano la capacità del pianeta Terra di fornire risorse vitali, supportare ecosistemi diversificati e mantenere un ambiente sano per tutte le forme di vita.

Negli ultimi decenni, la sostenibilità ambientale è emersa come una delle principali preoccupazioni globali. L'integrazione della ISO 9001 con gli obiettivi della sostenibilità permette all'Istituto di intraprendere iniziative concrete per lo sviluppo di una qualità sostenibile.

Questo comporterà una serie di attività riguardanti l'analisi dei propri processi, l'identificazione dei rischi per prevenire/ridurre l'impatto ambientale, il monitoraggio attraverso audit integrati ma anche formazione e sensibilizzazione rivolte al personale interno e comunicazione/reporting al personale esterno.

Comunicare in modo trasparente gli sforzi di gestione della qualità sostenibile aumenta la trasparenza nell'operato e la fiducia degli stakeholder.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE

PREMESSA

In questa sezione, redatta secondo le logiche di performance management di cui al Capo II del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i. e dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, prevede due parti, una funzionale e una generale.

PARTE FUNZIONALE

In riferimento a quanto indicato nella tabella di sintesi TAB.VP1, TAB.VP2 e TAB.VP3 della sezione VP, è necessario ora individuare gli obiettivi operativi direttamente funzionali alla strategia per la creazione di Valore Pubblico e gli indicatori di performance (efficienza-efficacia) per la relativa misurazione.

Per erogare un servizio di qualità (VP1), l’Istituto ha ritenuto importante puntare sulla qualità e sulla velocità della risposta, puntando sull’efficienza e sul calcolo dei tempi necessari per l’erogazione, anche attraverso percorsi di digitalizzazione, come qui di seguito rappresentato.

Tabella VP1.AS1.PERF

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE					
Sottosezione “Performance” (EFFICIENZA)					
CODICE: VP1.AS1.PERF1 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: VELOCITA’ DI RISPOSTA NELL’EROGAZIONE DEI SERVIZI					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i Metodi di prova che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Firma *	99	97	97	97
EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i Metodi di prova che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Prova *	90	95	95	95

CAMPO NOTE: l’indicatore relativo alla “ percentuale di cluster di infezione umane di cui izsler identifica la sorgente alimentare ” precedentemente inserito in questa sezione, è stato spostato all’interno degli indicatori di impatto sanitario del VP1.

(*) Il notevole incremento di nuovi metodi di prova nel periodo considerato impone una certa cautela nell’identificazione del target triennale, rispetto alla baseline, che è in ogni caso stabilito ad un livello molto elevato.

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)

CODICE: VP1.AS1.PERF2 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: INCREMENTO QUALI-QUANTITATIVO DEI SERVIZI OFFERTI

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
QUANTITA' EROGATA	N. di richiesta di assistenza risolte per classifarm/ totale richieste pervenute*	92	96	96	96
QUANTITA' EROGATA	% di ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS *	33	90	90	90
QUALITA' EROGATA	% di prove conformi sul totale del Ring test*	85	95	95	95
QUALITA' EROGATA	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da visite ispettive interne in ambito documentale risolte nei tempi previsti e approvati dal RAQ rispetto a quelle rilevate*	75	90	90	90
QUALITA' EROGATA	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da ACCREDIA e risolte nei tempi previste e approvati da ACCREDIA rispetto a quelle rilevate*	85	95	95	95

CAMPO NOTE: (*) i target che non mostrano incremento negli anni rappresentano l'adeguato livello di raggiungimento auspicabile nel periodo considerato.

Sottosezione "Performance" (DIGITALIZZAZIONE)

CODICE: VP1.AS1.PERF3 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI E DOCUMENTI

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
DIGITALIZZAZIONE	% di realizzazione del processo di digitalizzazione delle registrazioni di non conformità, azioni correttive e relative evidenze di efficacia (Sistema Qualità)	0	70	100	ATTIVITÀ CONCLUSA
DIGITALIZZAZIONE	% di realizzazione del processo di digitalizzazione delle registrazioni relative alla produzione di terreni per uso interno e kit diagnostici Elisa	0	100	ATTIVITÀ CONCLUSA	ATTIVITÀ CONCLUSA
DIGITALIZZAZIONE	% di realizzazione del processo di digitalizzazione dell'archivio storico dei virus del CERVES	0	100	ATTIVITÀ CONCLUSA	ATTIVITÀ CONCLUSA

Per migliorare la produzione scientifica della ricerca (VP2), l'Istituto ha ritenuto importante puntare sul miglioramento della qualità che è monitorata con strumenti relativi all'IF e sulla quantità della produzione attraverso un monitoraggio costante, come qui di seguito rappresentato.

Tabella VP2.AS2.PERF

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE					
Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)					
CODICE: VP2.AS2.PERF1 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: MASSIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITA' A PARITA' DI FINANZIAMENTI					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
EFFICIENZA GESTIONALE	€ finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva / € finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva anno precedente *	1,1	1	1	1
EFFICIENZA GESTIONALE	n. articoli scientifici prodotti/ € finanziamenti erogati dai finanziatori (x 1000000 di finanziamento)	96	99	105	115
EFFICIENZA GESTIONALE	n. relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente inviate nel rispetto delle scadenze /n.relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente da inviare in % *	80	100	100	100
EFFICIENZA GESTIONALE	n di pubblicazioni su riviste peer review / numero ricercatori (dirigenti sanitari+ ricercatori sanitari cat.ds)	1,1	1,4	1,5	1,7

CAMPO NOTE: (*) i target che non mostrano incremento negli anni rappresentano l'adeguato livello di raggiungimento auspicabile nel periodo considerato.

Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)					
CODICE: VP2.AS2.PERF2 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: AUMENTO QUALI-QUANTITATIVO DEI PRODOTTI DELLA RICERCA					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
EFFICACIA (quantità erogata)	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali prodotte nell'anno	114	135	140	154
EFFICACIA (quantità erogata)	n. di pubblicazioni scientifiche prodotte nell'anno	122	145	150	165

Per aumentare e diffondere una formazione specialistica di alta qualità (VP3), l'Istituto ha ritenuto importante mantenere un alto numero di corsi erogati, con particolare attenzione alla qualità percepita, nell'ambito delle pari opportunità e piena accessibilità, come qui di seguito rappresentato.

Tabella VP3.AS3.PERF

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE					
Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)					
CODICE: VP3.AS4.PERF1 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: MASSIMIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE ESTERNA					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
EFFICIENZA GESTIONALE (quantità erogata)	n. corsi erogati per formazione esterna	48	70	75	80
Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)					
CODICE: VP3.AS4.PERF2 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: AUMENTO QUALI-QUANTITATIVO DEI CORSI DI FORMAZIONE					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026	TARGET ANNO 2027
EFFICACIA (quantità erogata)	Somma ECM dei corsi prodotti per gli esterni	434	524	576	633
EFFICACIA (quantità fruita)	n. di partecipanti esterni ai corsi	38.455	41.000	42.000	46.200
EFFICACIA (qualità erogata)	Livello di soddisfazione medio in merito all'attività formativa esterna erogata (soddisfazione rispetto alle aspettative - range da 1 a 5)	3,3	4	4	4

CAMPO NOTE: (*) i target che non mostrano incremento negli anni rappresentano l'adeguato livello di raggiungimento auspicabile nel periodo considerato.

PARTE GENERALE

In riferimento all'art. 6 del DL 80/2021, che definisce i contenuti del PIAO in termini di obiettivi, in questa sezione si illustrano le azioni per il perseguimento degli obiettivi collegati alle politiche di transizione digitali, transizione ecologica, semplificazione, pari opportunità, piena accessibilità e in materia di contrasto alla corruzione, che confluiranno nella programmazione operativa.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB. OP. trasversali di semplificazione	AS1/AS3	SALUTE ORGANIZZATIVA

Le azioni a sostegno sono:

1) Studio, progettazione e attuazione del "Piano per la reingegnerizzazione dei processi in un'ottica di semplificazione"

Con l'intento di ridurre i costi e contribuire a migliorare i risultati l'Izslr intende attuare una politica di semplificazione, che dovrebbe portare nel tempo ad una graduale reingegnerizzazione dei processi operativi, come sottolineato dal PNA 2022 e dal Consiglio di Stato (parere sezione atti normativi n.506/2022) e dall'Agenda per la semplificazione 2022-2026. L'attuazione del piano dovrebbe partire da una mappatura dei processi, cui applicare, anche in via sperimentale, una metodologia per la reingegnerizzazione dei processi e semplificazione di alcune attività. I risultati di questa attività rappresenteranno l'input per la definizione delle iniziative da avviare negli anni a seguire.

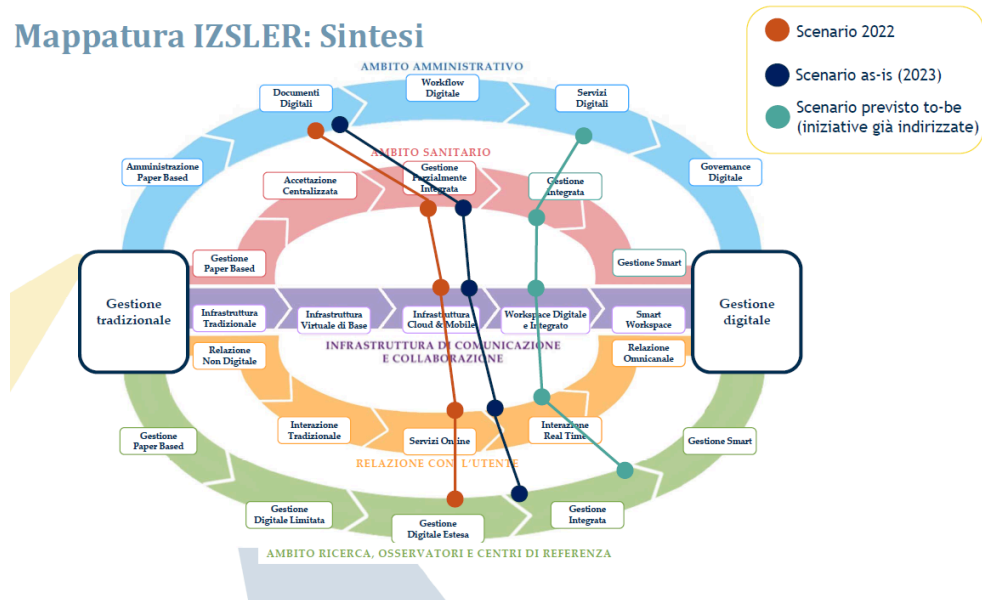
Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati: sul versante interno, la standardizzazione delle attività sottese a un determinato processo ne consente una più agevole misurabilità che permette, a sua volta, il miglioramento delle performance, anche favorendo la reingegnerizzazione delle attività e degli strumenti di supporto; da un punto di vista esterno all'organizzazione, comportamenti uniformi da parte degli uffici contribuiscono ad assicurare al cittadino certezza nell'applicazione della norma e, in prospettiva, una maggiore trasparenza.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di digitalizzazione	AS1/2/3/4	SALUTE DIGITALE

Le azioni a sostegno sono:

1) La realizzazione degli obiettivi contenuti nel "Piano Triennale per la digitalizzazione dell'IZSLER 2025-2027" che si suddividono nei seguenti ambiti

Mappatura IZSLER: Sintesi



- Livello digitalizzazione IZSLER raggiunto anno 2024 da 1 a 5:**
- 1. Ambito Amministrativo - Liv. Raggiunto 2;**
 - 2. Ambito Sanitario - Liv. Raggiunto 3,9;**
 - 3. Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione - Liv. Raggiunto 4;**
 - 4. Ambito relazione con l'utente - Liv. Raggiunto 4;**
 - 5. Ambito ricerca, osservatori e centri di riferimento - Liv. Raggiunto 4.**

Da anni l'IZSLER, in collaborazione e con il supporto del Politecnico di Milano, ha avviato un percorso per la c.d. transizione digitale, con l'intento di "transitare" l'Istituto da una dimensione "paper" ad una "digital". Il progetto è partito nel 2008 con una mappatura delle infrastrutture e degli applicativi e loro integrazione per verificarne lo stato di "digitalizzazione". Il progetto è proseguito e nel 2022, come da immagine sopra riportata, il Politecnico di Milano ha designato lo stato di digitalizzazione su 5 ambiti (1-amministrativo, 2-sanitario, 3-infrastruttura di comunicazione e collaborazione, 4-relazione con l'utente, 5-ricerca, osservatori e centri di riferimento), determinandone un livello medio complessivo di digitalizzazione pari a 3,58 su 6, con un obiettivo per il prossimo futuro (verosimilmente nel 2025) di raggiungere un livello di 5 su 6, grazie agli investimenti sia in infrastrutture che di applicativi. Si allega il Piano Triennale Digitalizzazione 2025 2027 - (Allegato B1).

Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati: la gestione digitale non solo permette di risparmiare sul rapporto cartaceo, ma garantisce una maggiore efficienza e un aumento della produttività, attraverso lo snellimento e standardizzazione delle attività. I benefici attesi sono molteplici: migliora la ricerca del dato (serachable text), migliora l'aspetto dell'archiviazione della documentazione, liberando spazio fisico; migliora l'aspetto privacy dei documenti (l'accesso è garantito solo alle presone profilate); migliora l'aspetto della validità legale del documento; migliora l'aspetto dell'accessibilità e della condivisione attraverso l'easy access; può facilitare il lavoro da remoto. Nel 2025 sarà operativo il nuovo ERP che porterà sicuramente dei efficienza amministrativa i quanto digitalizzerà l'intero processo del ciclo passivo (ordini -fatturazione).

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di piena accessibilità	AS3/AS4	SALUTE RELAZIONALE

Le azioni a sostegno sono:

1) Studio dell'attuazione della piena accessibilità fisica e digitale

Come stabilito dall'art. 6 del DL 80/2021 alla lettera f), il PIAO deve definire "le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità". Resta prioritario anche per l'anno 2025 continuare in questa direzione. IZSLER eroga prevalentemente servizi alle imprese, mentre i servizi forniti direttamente ai privati cittadini sono estremamente residuali, pari a meno del 2,5% del totale dei conferimenti (su numero conferimenti anno 2021), garantendo le attività sul territorio attraverso un'ampia e articolata collocazione delle sedi territoriali diffuse sulle aree regionali della Lombardia e dell'Emilia Romagna, con un particolare attenzione all'assenza di barriere architettoniche in conformità alla normativa vigente in materia di superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 e al D. Lgs. 81/2008). Oltre alla accessibilità fisica l'IZSLER si è adoperata per consentire la cd "accessibilità digitale" ovvero facilitando il ricorso a tutte le modalità di erogazione dei "Servizi in modalità digitale" per gli utenti e rappresentano una risposta concreta alla necessità di piena accessibilità alle informazioni. Per quanto riguarda il sito WEB, questo è stato sottoposto alla sua revisione anche allo scopo di raggiungere la piena accessibilità dello stesso (certificata nel 2020 ai sensi del D. Lgs 106/2018) e con costante revisione al fine di garantire il mantenimento degli standard di settore. Nel rapporto con gli operatori economici e gli enti pubblici l'Istituto ha avviato da tempo la completa digitalizzazione del processo per cui gli esiti della propria attività (detti Rapporti di Prova o RdP) sono comunicati in forma elettronica nelle diverse modalità previste (PEC, Web Service, Posta Elettronica Ordinaria) ed in aderenza a quanto previsto dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale, D. Lgs. 82/2005). Le amministrazioni pubbliche, a seguito della novella introdotta dal d.lgs. n. 222/2023, sono tenute a definire anche degli obiettivi di inclusione e accessibilità delle persone con disabilità. Lo scopo è quello di definire un obiettivo e delle azioni concrete con cui perseguirlo, tali da garantire l'accesso da parte dell'utenza ai servizi offerti dall'amministrazione e, di conseguenza, incrementare il benessere della comunità.

Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati: l'accessibilità digitale esprime la massima partecipazione e fruibilità dei servizi al cittadino, creando nel contempo una efficienza gestionale dei processi e interoperabilità dei dati tra istituto e cittadino, con conseguenti benefici come la ricerca dei dati, lo scambio di informazioni, la gestione autonoma e decentrata di alcune fasi del processo per avvicinare il cittadino ai servizi IZSLER.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di pari opportunità, di equilibrio di genere e di benessere organizzativo (ex PAP- GEP)	AS4	SALUTE DI GENERE

Le azioni a sostegno sono:

1) Realizzazione degli obiettivi e delle azioni dei contenuti nell'ex PAP e nel GEP in vista dell'integrazione dei documenti, per l'elaborazione del Bilancio di Genere e l'integrazione dei presenti documenti nel ciclo di gestione delle performance

La pianificazione strategica dell’Istituto riconosce il ruolo fondamentale della promozione delle pari opportunità, in particolare, della parità di genere, al fine di creare un ambiente il più possibile inclusivo e rispettoso di tutte le diversità e un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo. Al fine di potenziare la prospettiva di genere nelle diverse azioni programmate dall’ente, favorire la creazione di un contesto lavorativo più trasparente e improntato all’equilibrio di genere, l’IZSLER sta rafforzando gli strumenti di gender mainstreaming di seguito illustrati:

a) Il Piano di Uguaglianza di Genere - Gender Equality Plan

L’Istituto in data 26.11.2024 ha adottato con Delibera n. 221 del Direttore Generale IL Gender Equality Plan 2025-2027. Questo documento coerentemente con la mission istituzionale, rappresenta un ulteriore e strategico tassello per superare il divario di genere, adottando reali politiche di pari opportunità in risposta anche agli obiettivi sovranazionali definiti dall’UE. L’Unione Europea ha ritenuto necessario rafforzare alcune misure per superare i persistenti divari di genere nella ricerca scientifica. Inoltre, nell’ambito di Horizon Europe, è previsto un finanziamento specifico dedicato alla ricerca di genere e intersezionale, allo sviluppo di politiche inclusive sulla parità di genere a sostegno del nuovo Spazio europeo della ricerca e all’empowerment femminile. Si allega il GEP 2025-2027 (Allegato B2)

b) Ex Piano Triennale delle Azioni Positive

Il PIAO ormai entrato a regime, deve comprendere anche il “Piano Triennale delle Azioni Positive”, adottato dall’IZSLER su proposta del Comitato Unico di Garanzia (CUG), tenuto conto della normativa di riferimento e delle Linee guida contenute nelle Direttive Ministeriali emanate in materia. L’Istituto con l’adozione di questo documento, auspica risultati positivi per il benessere organizzativo dell’Ente nel suo complesso. Si allega l’ex Piano Azioni Positive 2025-2027. (Allegato B3).

Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati: la promozione delle pari opportunità è un aspetto importante per creare il benessere organizzativo che alla base di un sistema efficiente, che crea Valore Pubblico, segnalato anche dall’ANAC .

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di efficientamento energetico	AS3	SALUTE INFRASTRUTTURALE

Le azioni a sostegno sono:

1) Passi verso la transizione ecologica

La transizione ecologica è uno dei pilastri del progetto Next Generation EU e costituisce una direttrice imprescindibile dello sviluppo futuro. L’IZSLER nell’ottica di raccogliere la sfida della sostenibilità da una parte e dalla necessità di contenere i costi energetici sta adottando delle azioni e programmi verso una cultura più green, mettendo in azione una serie di comportamenti, misure e attività volte alla ricerca di una maggiore sostenibilità. In questo scenario le azioni sono:

- acquisto autovettura full electric;
- acquisto a noleggio di 6 autovetture ibride (mild Hybrid)
- acquisto di 3 e-bike per spostamento interno
- realizzazione di pensiline per posizionamento e-bike dell’istituto e del personale e/o cittadini;
- sensibilizzazione del personale ai comportamenti volti al risparmio energetico
- assessment e analisi fattibilità di potenziamento fonti energie rinnovabili (fotovoltaico)
- assessment printing management per revisione e riduzione print device (stampanti, fotocopiatrici)

Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati: In termini di valore pubblico le azioni e misure sopra indicate si tradurranno in efficienze multidimensionali: riduzioni costi energetici e conseguente maggiore salute ambientale, riduzione dei materiali di consumo e, anche in questo caso, conseguente maggiore salute ambientale; mobilità ecosostenibile, aumento del valore economico e sociale del personale e del cittadino utilizzatore delle postazioni e-bike.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP. anticorruzione e trasparenza	AS3	SALUTE ETICA

Le azioni a sostegno sono:

1) Attuazione di tutti gli obblighi previsti dalla sottosezione Anticorruzione

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 1, comma 8 della legge n.190/2012, sono definiti dall'organo di indirizzo e costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione del PIAO relativa all'Anticorruzione e alla Trasparenza. La necessità di garantire una "sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance" era già stata evidenziata dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e confermata nel PNA 2022; veniva ribadita la necessaria integrazione degli strumenti di programmazione, mantenendo al contempo il patrimonio di esperienze maturate dalle amministrazioni. Precisa l'Autorità come l'intento del legislatore sia quello di arrivare ad una reingegnerizzazione dei processi delle attività delle PP.AA. in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell'anticorruzione. Alle misure programmate in tema di anticorruzione e trasparenza, pertanto, devono corrispondere specifici obiettivi di performance. Le attività svolte per l'attuazione della sezione Anticorruzione rilevano pertanto anche in forma di obiettivi di performance nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti e altresì della performance individuale. Il tema della trasparenza e dell'anticorruzione viene perseguito con un approccio volto a garantire trasversalmente la conformità alla normativa in materia per il miglioramento della qualità dei processi. Si segnala per i prossimi anni la necessità di realizzare un miglioramento continuo dell'informatizzazione del ciclo di gestione dei processi e di gestione del rischio corruttivo, nonché dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente; la necessità di consolidare un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione del PIAO ed effettuare un monitoraggio integrato (PNA 2022); la necessità di migliorare il ciclo della performance in una logica integrata tra performance, trasparenza e anticorruzione.

Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità risultati: le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per contribuire alla generazione di VP, svolgendo un'azione trasversale a tutte le attività, nel prevenire fenomeni di corruzione ma anche di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, riducendo gli sprechi e orientando l'operato della pubblica amministrazione.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSA

La disciplina sul PIAO connota di ulteriore significato gli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza che ne costituiscono contenuto fondamentale e trasversale. La prevenzione della corruzione rappresenta pertanto la dimensione del valore pubblico a garanzia e tutela di tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell’Istituto. Nella finalità di prevenzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguimento di obiettivi di imparzialità, il sistema coordinato delle misure di anticorruzione contribuisce pertanto a generare esso stesso valore pubblico. La presente SottoSezione, prevede due parti, una funzionale e una generale.

PARTE FUNZIONALE

A protezione del Valore Pubblico sono state individuate le seguenti misure di prevenzione del rischio corruttivo, per il VP1.AS1.AC, VP2.AS2.AC e VP3.AS4.AC.

TAB.VP1.AS1.AC

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE												
Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"												
Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Targ et 2024	Targe t 2025	Targ et 2026	Fonte
Emissione metodi di prova	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica; Forniture di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato. Livello: medio	VP1.AS1.AC1	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo (verificatore, codificatore, convalidatore e autorizzatore) non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)								
		VP1.AS1.AC2	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo (verificatore, codificatore, convalidatore e autorizzatore) non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)								

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
Gestione sistema Classyfarm (consulenza/ parere su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto	VP1 .AS 1.A C3/ AC4 /AC 5	Gestione del conflitto di interessi	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Sede Territoriale di Brescia e Reparto Controllo e Produzione Materiale Biologico)	Continua - a seguito di ogni segnalazione di conflitto di interessi ricevuta, entro i termini previsti dall'art.4 comma 4 del Codice di Comportamento IZSLER	Disciplina del conflitto di interessi	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	100%	100%	100%	100%	RPCT
Gestione sistema Classyfarm (consulenza/ parere su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto		Sensibilizzazione del personale di nuova introduzione sui rischi e sulle misure individuate in tema di conflitti di interessi anche potenziale del personale coinvolto e in tema di conflitto di interessi tra attività di diritto pubblico e diritto privato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Sede Territoriale di Brescia e Reparto Controllo e Produzione Materiale Biologico)	Continua - a seguito di nuovo personale introdotto	Sensibilizzazione e partecipazione	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	100%	100%	100%	RPCT
Sequenziamento di specie batteriche/virali (attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto	VP1 .AS 1.A C6	Gestione del conflitto di interessi	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua - a seguito di ogni segnalazione di conflitto di interessi ricevuta, entro i termini previsti dall'art.4 comma 4 del Codice di Comportamento IZSLER	Disciplina del conflitto di interessi	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Sensibilizzazione del personale di nuova introduzione sui rischi e sulle misure individuate in tema di conflitti di interessi anche potenziale del personale coinvolto e in tema di conflitto di interessi tra attività di diritto pubblico e diritto privato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua - a seguito di nuovo personale introdotto	Sensibilizzazione e partecipazione	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero di Fogli di lavoro anonimi nel campione / Totale numero conferimenti	100%	100%	100%	100%	RPCT

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
Sequenziamento di specie batteriche/virali (attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area; Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto	VP1 .AS 1.A C6	Verifica anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro anonimi nel campione / numero Fogli di lavoro controllati	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Separazione funzioni del personale (fase pre analitica e analitica)	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / Totale numero conferimenti	90%	90%	90%	90%	RPCT
			Verifica separazione funzioni del personale (fase pre analitica e analitica)	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento verificati in sede di audit	90%	90%	90%	90%	RPCT
produzione vaccini stabulogeni	Area: attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione e altre tecnologie Livello: alto	VP1 .AS 1.A C7/ AC8	Anonimizzazione della richiesta di produzione di vaccini stabulogeni	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	Continua	controllo regolamentazione	numero richieste di produzione di vaccini stabulogeni anonimizzate/numero richieste pervenute	0	100%	100%	100%	RPCT
			Tenuta del registro delle scorte	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	Continua	controllo regolamentazione	numero dosi di vaccino registrate /numero dosi di vaccino prodotte	0	100%	100%	100%	RPCT

TAB.VP2.AS2.AC

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE												
Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"												
Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
Produzione ricerca scientifica (Partecipazione a progetti di ricerca finanziati da fondi pubblici e da fondi privati per finalità pubbliche)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	VP2 .AS 2.A C1	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT
Produzione ricerca scientifica (Attività e gestione dei progetti di ricerca autofinanziati)	Gestione delle attività di ricerca - livello alto	VP2 .AS 2.A C2	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE												
Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"												
Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
Produzione ricerca scientifica (Progetti di ricerca commissionati da enti privati)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	VP2 .AS 2.A C3	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	Al momento della richiesta di attivazione e della ricerca	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT
Produzione ricerca scientifica (Progetti di ricerca commissionati da enti privati)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	VP2 .AS 2.A C4	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT

TAB.VP3.AS3.AC

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE												
Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"												
Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
FORMAZIONE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DEGLI OPERATORI DELLA SALUTE PUBBLICA	Incarichi e nomine - MEDIO	VP3.AS.4.A.C1	Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	DIRIGENTE DELLA FORMAZIONE, BIBLIOTECA, COMUNICAZIONE	CONTINUA	DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI	N. DICHIARAZIONI DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE ACQUISITE/N. INCARICHI CONFERITI	100%	100%	100%	100%	RPCT
	Controlli (esterni ed interni), verifiche, ispezioni (supporto tecnico) - MEDIO	VP3.AS.4.A.C2	Pubblicazione in Amministrazione trasparente di tutti gli incarichi conferiti.	DIRIGENTE DELLA FORMAZIONE, BIBLIOTECA, COMUNICAZIONE	CONTINUA	TRASPARENZA	N. INCARICHI PUBBLICATI/N. INCARICHI CONFERITI	100%	100%	100%	100%	RPCT
	Controlli (esterni ed interni), verifiche, ispezioni (supporto tecnico) - MEDIO	VP3.AS.4.A.C2	Controllo congiunto da parte di due collaboratori in ordine alla stipula del contratto di partner tra IZLSER e l'azienda esterna	DIRIGENTE DELLA FORMAZIONE, BIBLIOTECA, COMUNICAZIONE	CONTINUA	CONTROLLO	N. CONTRATTI CON PARTNER VERIFICATI DA DUE COLLABORATORI/N. CONTRATTI STIPULATI	100%	100%	100%	100%	RPCT

PARTE GENERALE

La disciplina sul PIAO connota di ulteriore significato gli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza che ne costituiscono contenuto fondamentale e trasversale. La prevenzione della corruzione rappresenta la dimensione del valore pubblico a garanzia e tutela di tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'Istituto.

Nella finalità di prevenzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguimento di obiettivi di imparzialità, il sistema coordinato delle misure di anticorruzione contribuisce pertanto a generare valore pubblico. Si rinvia poi al dettaglio di specifici allegati al presente PIAO per la definizione di tutti gli strumenti e le misure individuate dall'Istituto a presidio di tutti i processi non direttamente collegati agli obiettivi di valore pubblico.

L'analisi del contesto esterno rappresenta uno dei momenti fondamentale dell'intero sistema di gestione del rischio corruttivo che, coordinata all'analisi del contesto interno, ha come obiettivo quello di fornire un'analisi quanto più completa delle caratteristiche ambientali nelle quali opera l'Istituto. E' pertanto indispensabile individuare le informazioni che identificano il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera al fine di individuare gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che possono influenzare la sensibilità della struttura al rischio corruttivo.

La relazione della Direzione Investigativa Antimafia riferita all'anno 2023 restituisce uno scenario della criminalità organizzata italiana che conferma come le organizzazioni mafiose hanno implementato le capacità relazionali sostituendo l'uso della violenza, sempre più residuale ma mai ripudiato, con strategie di silenziosa infiltrazione e con azioni corruttive. In questo contesto l'uso della tecnologia assume un ruolo determinante per l'attività illecita delle organizzazioni criminali.

Emerge nettamente la persistenza delle organizzazioni mafiose che, dalle Regioni di origine, si sono ormai radicate e diffuse nel territorio nazionale. Significativi anche i segnali del loro inserimento nella pubblica amministrazione che ne compromettono il buon andamento. La relazione si apre con alcune considerazioni generali sulla minaccia mafiosa di infiltrare il settore economico, finanziario, degli appalti e della pubblica Amministrazione. Per questa tipologia di reati il dato mostra un certo aumento per lo più spalmato in tutto il territorio italiano.

Testo del paragrafo

Nell'ottica di contrasto alle condotte lesive degli interessi pubblici si evidenzia come l'attuazione del PNRR abbia reso necessaria, nel 2023, l'adozione di un DM dell'Interno, finalizzato a rafforzare i presidi volti a prevenire le infiltrazioni criminali e a rendere più efficiente l'azione di prevenzione antimafia. In Emilia Romagna gli esiti delle attività di contrasto alla criminalità hanno confermato la propensione delle organizzazioni mafiose ad infiltrarsi nell'economia legale e nella pubblica Amministrazione. Parimenti il contesto regionale lombardo, caratterizzato da un modello economico e produttivo trainante, rappresenta per i gruppi criminali un'ottima opportunità di riciclaggio e reimpiego di proventi illeciti e per questo da infiltrare senza ricorrere a metodi violenti. Per quanto riguarda le infiltrazioni nell'economia legale in Lombardia, lo straordinario flusso di capitali immesso nel sistema economico per la realizzazione del PNRR, può rappresentare un'opportunità per le organizzazioni criminali che, con particolare evidenza in questo territorio, hanno una forte vocazione imprenditoriale. La DIA, in conformità con il Codice Antimafia (D.Lgs. n. 159/2011), svolge un costante monitoraggio delle imprese coinvolte nella realizzazione di opere, nella fornitura di beni e nella prestazione di servizi.

Negli anni tale attività ha dimostrato che le organizzazioni criminali cercano costantemente di influenzare le procedure degli appalti pubblici fin dalla fase iniziale della pianificazione e progettazione delle opere. L'infiltrazione mafiosa può verificarsi anche dopo l'assegnazione dell'appalto, con estorsioni dirette a danno delle imprese affidatarie, aventi l'obiettivo di costringerle a subappaltare.

Una componente essenziale del sistema di sorveglianza antimafia sono i Gruppi Interforze che si dedicano all'analisi delle imprese che vincono appalti o ottengono subappalti per lavori pubblici, al fine di individuare segnali o tentativi di infiltrazione da parte delle mafie.

La documentazione antimafia emessa dalle Prefetture rappresenta il livello più avanzato di prevenzione amministrativa e mira a impedire alle imprese infiltrate dalla criminalità organizzata di partecipare agli appalti pubblici

Per quanto riguarda la regione Lombardia costituiscono tra gli altri presidio alle azioni di infiltrazione da parte della criminalità organizzata:

- L'Organismo regionale per le Attività di Controllo – ORAC, organo indipendente istituito con LR n. 13/2018 il cui compito è controllare l'attività di Regione Lombardia e di tutti i suoi enti e aziende, fornire indicazioni e linee guida, migliorare e rendere trasparenti le attività delle stazioni appaltanti, con l'obiettivo di prevenire, individuare e contrastare i rischi di corruzione, illegalità e infiltrazioni criminali;
- Il Comitato tecnico scientifico per la legalità e il contrasto alle mafie, istituito ai sensi della L.R. n.13/2018 è un organismo consultivo in materia di contrasto e di prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata e di stampo mafioso, nonché di promozione della cultura della legalità, a supporto della commissione consiliare speciale "Antimafia", nonché degli altri organismi consiliari.

Per quanto riguarda la regione Emilia Romagna si segnalano, tra gli altri, gli interventi sotto descritti di contrasto alla criminalità e posti a presidio delle azioni di infiltrazione da parte della criminalità organizzata:

- La promozione di iniziative in applicazione di quanto previsto dalla l.r. n.18/2016, rubricata "Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili" che dedica una particolare attenzione ai progetti di promozione della legalità. Sono incentivate, a livello regionale, le iniziative per la promozione della cultura della legalità che comprendono anche il potenziamento dei programmi di formazione del personale e lo sviluppo della trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- La Rete per l'integrità e la trasparenza (costituita ai sensi della l.r. n.18/2016), quale sede per il confronto volontario degli RPCT del territorio per condividere esperienze e attività di prevenzione, per organizzare attività comuni di formazione, con particolare attenzione ai settori a rischio di corruzione;
- La Consulta regionale per la legalità e la cittadinanza responsabile, organismo di supporto alla Giunta regionale con funzioni conoscitive, propositive e consultive per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e della corruzione, nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile;
- L'Osservatorio regionale dei contratti pubblici di lavori, beni, servizi e forniture, il quale garantisce assistenza alle stazioni appaltanti al fine di garantire la qualità richiesta dalla normativa vigente. L'Osservatorio regionale monitora l'attuazione coerente e coordinata delle iniziative di prevenzione della corruzione.

OBIETTIVI IN MATERIA DI PREVENZIONE

Gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione, per esplicita previsione di legge, sono definiti dall'organo di indirizzo politico e costituiscono contenuto necessario dei piani di prevenzione e pertanto dell'attuale Piano integrato di attività e organizzazione. Allo scopo il Consiglio di Amministrazione nella seduta del 06.11.2024 ha confermato per il triennio 2025-2027 l'obiettivo di carattere generale in tema di anticorruzione e trasparenza declinato quale "Attuazione del PNA 2022 e ulteriori suoi adeguamenti per creare un contesto sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti e consolidamento e implementazione delle procedure". Tale obiettivo è pertanto finalizzato a contrastare ogni forma di illegalità in Istituto intervenendo per:

- Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione (prioritariamente attraverso il corretto espletamento dell'intero ciclo di gestione del rischio, nonché la corretta gestione dei conflitti di interesse);
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione (mediante l'integrazione ed implementazione dei sistemi di controllo interno);
- Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione (attraverso il rafforzamento delle misure di formazione e di sensibilizzazione del personale).

CONTESTO INTERNO E GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Da tutto ciò consegue che l'attuale sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, considera tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso lato. Rileva la centralità della mappatura dei processi e della gestione del rischio corruttivo che sono oggetto di costante analisi e adeguamento al fine di rendere i processi sempre più coerenti con l'attività svolta, nonché l'individuazione delle misure sia di carattere specifico che generale per cui si rinvia ai documenti allegati (sezione anticorruzione e trasparenza, misure generali e specifiche, elenco degli obblighi di pubblicazione). A tal fine l'attuale mappatura dei processi è stata oggetto di verifica e integrazione sia per quanto riguarda i processi dei Dipartimenti Sanitari che per quanto riguarda i processi del Dipartimento Amministrativo.

LA TRASPARENZA

La programmazione della trasparenza rappresenta la principale misura a supporto e garanzia del sistema di gestione e di prevenzione della corruzione di cui è dotato l'Istituto ed è finalizzata a garantire la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Ente realizza in favore della collettività. L'Istituto considera il corretto adempimento degli obblighi di trasparenza nonché la messa a disposizione di tutti gli strumenti per l'esercizio del diritto di accesso validi momenti di affermazione del valore delle regole, del diritto alla conoscenza, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi. I contenuti della sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente" costituiscono lo strumento fondamentale di conoscibilità delle attività che l'Istituto svolge a favore della collettività.

DIRITTO DI ACCESSO

Realizza pienamente il concetto di trasparenza quello di accesso nelle sue differenti declinazioni (ai documenti, ai dati e alle informazioni). Nel rispetto delle disposizioni di legge l'Istituto garantisce l'esercizio del diritto di accesso di cui all'articolo 5 del d.lgs. n.33/2013, nelle forme del diritto di accesso civico semplice che riguarda il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali sia prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi sia stata omessa la pubblicazione e accesso civico generalizzato che si estrinseca nel diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n.33/2013. A garanzia della massima trasparenza e conoscibilità delle attività dell'Ente l'Istituto pubblica e aggiorna a cadenza trimestrale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", il registro completo degli accessi.

FORMAZIONE

Misura generale, trasversale ai compiti e alle attività dell'Ente è la formazione sui temi dell'etica e della legalità finalizzata ad incrementare la consapevolezza dell'utilità delle misure di prevenzione dei rischi nonché a promuovere la cultura dell'anticorruzione e della trasparenza. Nell'ottica di fornire strumenti decisionali adeguati, che permettano di affrontare correttamente anche casi critici che richiedano l'attivazione di misure di prevenzione, il percorso individuato dall'Istituto è stato quello di garantire la conoscenza dei contenuti specifici dei piani anticorruzione individuando momenti di confronto con il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Valutata la positiva ricaduta in termini di condivisione e confronto tale impostazione sarà mantenuta. La programmazione della formazione, integrata con il piano annuale della formazione dell'Ente è definita nel piano formativo specifico definito annualmente dal RPCT.

La centralità della formazione sui temi dell'etica pubblica è ribadita dall'intervento di modifica del codice di comportamento nazionale (Dpr. n.81/2023) recepita nel codice di comportamento aziendale che pone l'accento sulla formazione sui temi dell'etica pubblica.

CODICE DI COMPORTAMENTO

Nella strategia di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono un ruolo essenziale in quanto costituiscono uno strumento essenziale per regolare le condotte dei dipendenti e per orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico.

L'Istituto, nel rispetto dei principi costituzionali e di legge e tenuto conto dei contenuti del decreto del DPR n.81/2023 che ha introdotto modifiche al DPR n.62/2013 recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ha avviato nel 2024 il processo di aggiornamento del Codice di comportamento.

Il nuovo Codice è finalizzato all'adozione di modelli di comportamento e di procedure tese a garantire la migliore qualità dei servizi e la maggior soddisfazione dell'utenza, al fine di garantire l'efficienza e l'efficacia dell'azione dell'Istituto e di prevenire le attività e i comportamenti illegittimi ovvero illeciti. Il presente Codice costituisce una fondamentale misura generale di prevenzione della corruzione.

Tenuto conto delle disposizioni di legge, delle indicazioni di ANAC e dei CCNL applicabili, con l'attuale revisione del Codice è stata ulteriormente integrata la disciplina e la procedura di gestione del conflitto di interessi.

Alla luce delle novità introdotte dal Decreto del Presidente della Repubblica n.81/2023, sono stati integrati i contenuti relativi all'utilizzo degli account istituzionali e degli ulteriori strumenti informatici dell'amministrazione, prevedendo in particolare disposizioni di comportamento nell'utilizzo della posta elettronica istituzionale. In aggiunta ai comportamenti puntuali previsti in capo ai dirigenti è stato dato particolare risalto ai comportamenti tenuti dai dirigenti per la realizzazione del cosiddetto benessere organizzativo.

E' stato previsto di includere tra i doveri dei dirigenti la previsione di percorsi formativi destinati al personale sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico. Il sistema sanzionatorio previsto per la violazione delle disposizioni del Codice è stato reso coerente ai CCNL vigenti.

Si allega:

Allegato C1 - Ex PTPCT E DOCUMENTI ALLEGATI.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



SOTTOSEZIONI

**3.1 Sottosezione di programmazione
Struttura organizzativa**

**3.2 Sottosezione di programmazione
Organizzazione del lavoro agile**

**3.3 Sottosezione di programmazione
Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale**

**3.4 Sottosezione di programmazione
Formazione del Personale**

3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In merito alla struttura organizzativa si informa che a seguito dell'insediamento della nuova direzione e sulla base del "Piano pluriennale delle attività" sono state avviate le attività relative alla riorganizzazione aziendale come da decreto del direttore generale n. 183 del 08.10.2024.

1) ORGANIGRAMMA

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 17/2020 è stata approvato il modello organizzativo di tipo dipartimentale, rinvenibile in Amministrazione Trasparente, al seguente Link:

<https://trasparenza.izsler.it/docForward.jsp?idDoc=1227>.

2) LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

La catena organizzativa dei livelli di responsabilità dell'IZSLER alla data del 30.10.2024 è costituita da:

- Dirigenti n. 120;
- Posizioni Organizzative/Incarichi di funzione n. 1.

La graduazione delle posizioni si basa sui criteri approvati con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 5 del 29.4.2021 "Regolamento per la graduazione ed il conferimento degli incarichi dirigenziali" visibile nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

I Livelli di responsabilità si articolano nelle seguenti fasce per la graduazione delle posizioni dirigenziali:

TIPOLOGIA DI INCARICO GESTIONALE	NR. DIRIGENTI
Incarico di direzione di struttura complessa	19
Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale	0
Incarico di direzione di struttura semplice afferente a struttura complessa	18
TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE AREA SANITA'	NR. DIRIGENTI
Incarico di altissima professionalità sovra dipartimentale C1	3
Incarico di altissima professionalità C2	5
Incarico di alta specializzazione C3	16
Incarico di consolidata professionalità C4	31
Incarico professionale di base D	23
TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE AREA PTA	NR. DIRIGENTI
Incarico di natura professionale elevata C2	1
Incarico di consolidata professionalità C3	0
Incarico di natura professionale C4	2
Incarico professionale di base D	0

3) DIMENSIONI DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

La tabella sotto indicata rappresenta l'ampiezza media dei Dipartimenti misurata in termini di FTE.

STRUTTURA	FTE Dirigente 2022	FTE Comparto 2022	FTE Dirigente 2023	FTE Comparto 2023
Dipartimento di Tutela e Salute Animale	23,35	103,16	22,76	102,95
Dipartimento Sicurezza Alimentare	16,85	82,16	16,72	80,57
Dipartimento Area Territoriale Lombardia	30,29	75,29	23,56	72,34
Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna	25,50	70,38	22,54	66,99
Dipartimento Amministrativo	5,3	78,58	5,3	79,27
Strutture in Staff alla Direzione Generale	6	21,44	7	21,11
Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria	9,50	17,92	8,28	17,21

3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nel corso del 2024 è stato predisposto il regolamento che andrà a disciplinare le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in "Lavoro Agile" da parte del personale dipendente dell'IZSLER. Il regolamento viene adottato nel rispetto della seguente normativa di riferimento:

- Legge 7.08.15 n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle PP.AA.", che all'art. 14 prevede "l'introduzione di nuove misure per la promozione della conciliazione tempi di vita e di lavoro";
- Legge 22.05.17 n. 81 "Misure per la tutela del lavoro autonomo imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato";
- Schema di Direttiva del Dipartimento F.P. sul Lavoro Agile ex art. 14, comma 3, della Legge 124/2015 recante indirizzi per l'attuazione commi 1 e 2 del predetto art. 14 e linee guida L. n. 81 del 22.05.17, contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;
- D.M. della Funzione Pubblica del 19/10/2020;
- Linee Guida della Funzione Pubblica sulla redazione del POLA;
- CC.CC.NN.LL. del personale del Comparto e della Dirigenza del SSN.

Il Lavoro Agile nella Pubblica Amministrazione prende avvio con la Legge 7 agosto 2015, n.124, ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", che all'art. 14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" stabilisce che "le amministrazioni, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera". La successiva Legge 22 maggio 2017, n.81, ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", al Capo II disciplina il Lavoro Agile, prevedendone l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa "in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva". Con Direttiva n. 3/2017, recante le linee guida sul Lavoro Agile nella P.A., il Dipartimento della Funzione pubblica ha quindi fornito indirizzi per l'attuazione delle già menzionate disposizioni attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all'organizzazione del lavoro e la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

A partire dall'anno 2020, per le criticità connesse all'epidemia da COVID-19, il lavoro da remoto si è imposto come una delle misure più efficaci per affrontare l'emergenza.

Le misure più significative riguardano:

- a) una prima previsione del superamento del regime sperimentale per il Lavoro Agile nella Pubblica Amministrazione (art 18, comma 5, del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n.124/2015);
- b) la previsione del Lavoro Agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla Legge n.81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'Amministrazione (art 87, commi 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni);

c)il Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la Legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" ha introdotto il c.d. Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che deve essere approntato in occasione della predisposizione del Piano della performance. Il POLA individua le modalità attuative del Lavoro Agile all'interno di ogni P.A. prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative;

d)le indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale, contenute nel Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020;

e)il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance";

f)il Decreto-Legge n.56/2021 ha poi modificato l'art. 263 del D.L. 34/2020, convertito con modificazioni in Legge 77/2020, relativo alle disposizioni urgenti in materia di lavoro agile nelle Amministrazioni Pubbliche, prevedendo i seguenti adempimenti:

g)entro il 31 gennaio di ciascun anno, le Amministrazioni Pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

h)il POLA individua le modalità attuative del Lavoro Agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative;

i)in caso di mancata adozione del POLA, il Lavoro Agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente;

j)le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica. Inoltre, viene prorogato fino al 31 dicembre 2021 l'accesso al Lavoro Agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale e quindi senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale.

k)il Decreto-Legge 9.06.2021, n. 80, convertito in Legge 6.08.2021, n. 113, all'art.6 ha previsto l'assorbimento del POLA nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Nel mese di ottobre 2024 si è concluso in IZSLER il percorso di confronto con le R.S.U. e le OO.SS. in merito alla regolamentazione aziendale sull'istituto del Lavoro Agile, che rappresenta il presupposto necessario per lo sviluppo del Lavoro Agile in modalità ordinaria e in linea con le disposizioni normative in materia. Il regolamento disciplina finalità, presupposti, criteri per l'accesso e modalità attuative del Lavoro Agile nelle strutture dell'IZSLER.

Per completezza, si riportano i valori relativi all'accesso al lavoro agile in IZSLER:

Lavoro agile dal 01.01.2024 al 31.10.2024	Fruito da n. 28 dipendenti (3,70%)	Totale giorni fruiti n.1.017
---	------------------------------------	------------------------------

3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

PREMESSA

Le risorse umane rappresentano il capitale primario per l'Istituto che investe nell'acquisizione di diverse professionalità anche ad alto livello di specializzazione. La presente sezione si inserisce a valle dell'attività di programmazione e coerentemente ad essa, contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi offerti. La presente SottoSezione prevede due parti, una parte funzionale e una generale.

PARTE FUNZIONALE

L'obiettivo della programmazione delle risorse umane è garantire lo svolgimento efficiente dell'intera organizzazione per la piena realizzazione del Piano Pluriennale delle attività, attraverso una corretta allocazione delle risorse umane come copertura totale del fabbisogno di personale e di competenze. Oltre a questo si sommano altri benefici indiretti, come l'aumento del know-how generato da passare alle generazioni future, la soddisfazione dei dipendenti dovuta a percorsi di valorizzazione e l'aumento del benessere organizzativo. Questi fattori rappresentano le condizioni abilitanti in grado di sostenere il VP1, VP2 e VP3 attraverso processi di ottimizzazione nell'impiego delle risorse umane.

Per realizzare la strategia sopra descritta l'Istituto ha programmato il seguente reclutamento di personale per il Valore Pubblico 1, 2 e 3 come sotto evidenziato :

TAB.VP1.AS1.PERS

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione "Fabbisogno di personale"

Azione professionale

Indicatori delle azioni professionali

Cod.	Nome	Responsabil e	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseli ne 2021	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Fonte
VP1.AS 1.PERS1	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprire le attività	Dott. Giovanni Ziviani	Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria e SAQ	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E						Data Base interni Perso nale
VP1.AS 1.PERS2	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprire le attività	Dott. Giovanni Ziviani	Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria e SAQ	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E						Data Base interni Perso nale
VP1.AS 1.PERS1 /2/4	reclutamento di personale dirigente veterinario a supporto	Dott. Giovanni Ziviani	Dipartimenti sanitari	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E	n. dirigenti veterinari	0	2			Data Base interni Perso nale
												Data Base interni Perso nale
												Data Base interni Perso nale
VP1.AS 1.PERS6	Reclutamento dirigente biologo a tempo indeterminato per lo sviluppo delle attività bioinformatiche e di sequenziamento	Dott. Giovanni Ziviani	Areg	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E	n. dirigente biologo tramite concorso pubblico	-	1			Data Base interni Perso nale
VP1.AS 1.PERS 7/8	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprire le attività	Dott. Giovanni Ziviani	PCMB	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONA LE						Data Base interni Perso nale

NOTE: I Target inseriti si riferiscono alla previsione di nuova assunzione di personale.

TAB.VP2.AS2.PERS

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione “Fabbisogno di personale”												
Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Base line 2021	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Fonte
VP2.AS2.PERS1	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giovanni Ziviani	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	n.di personale addetto alla ricerca sanitaria (ricercatore sanitario cat. Ds - Collaboratore professionale di ricerca sanitaria cat. D)	62	75	75	75	Data Base interni Personale
VP2.AS2.PERS2	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giovanni Ziviani	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						
VP2.AS2.PERS3	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giovanni Ziviani	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						
VP2.AS2.PERS4	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giovanni Ziviani	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						

NOTE: I Target inserito si riferisce al totale dell’organico a disposizione per la ricerca, sono frutto di una stima sulla base dei dati attualmente disponibili suscettibili di eventuali modifiche/integrazioni

TAB.VP3.AS4.PERS

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione “Fabbisogno di personale”												
Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Fonte
VP3.AS4.PERS1	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprire le attività	Dott. Giovanni Ziviani	Formazione	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	n. collaboratore professionale della ricerca sanitaria cat. D	-				Data Base interni Personale
VP3.AS4.PERS2		Dott. Giovanni Ziviani	Formazione	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						

PARTE GENERALE

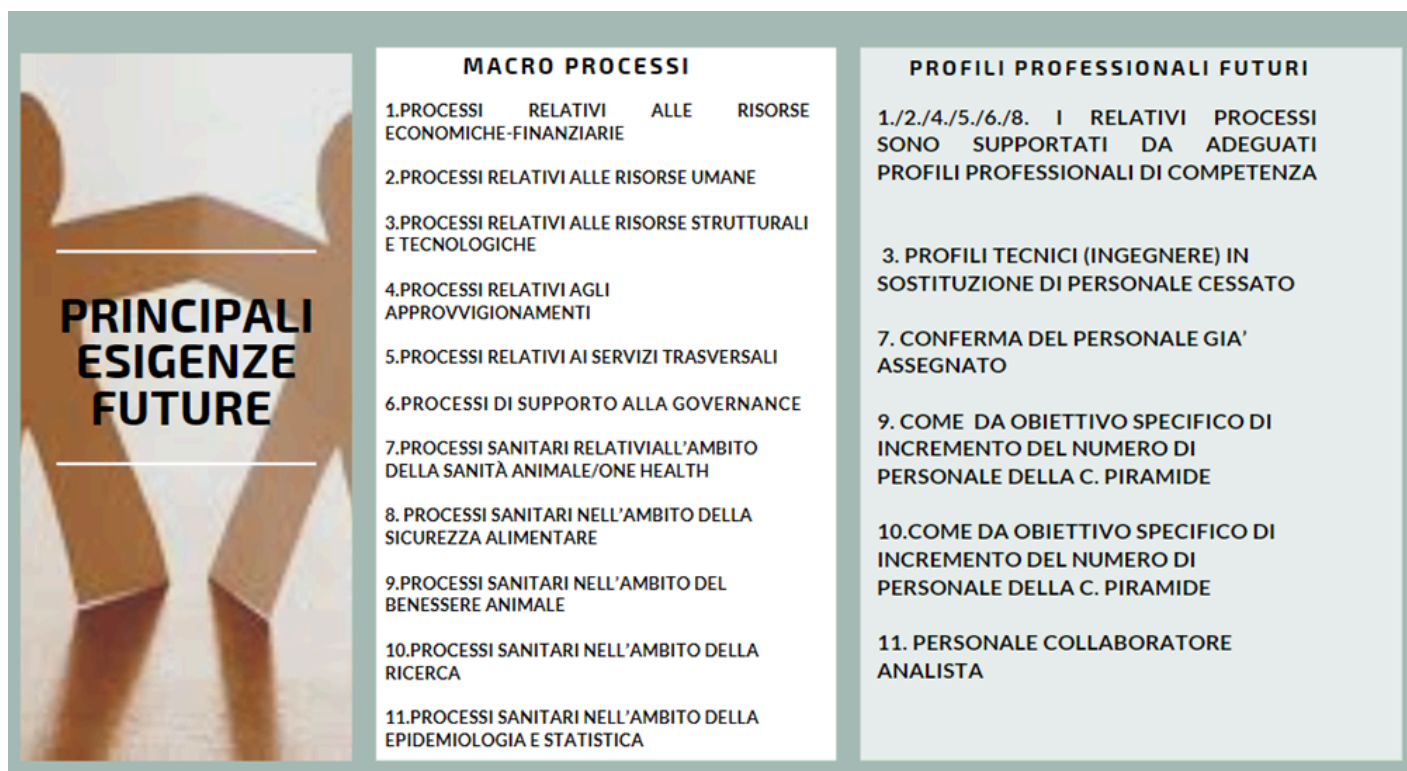
L'individuazione del fabbisogno di personale per il triennio 2025 - 2027 è stata preceduta da una puntuale analisi dei compiti complessivamente assolti dall'IZSLER, in quanto assegnati dalla vigente normativa e dagli enti cogherenti (stato, regioni Lombardia ed Emilia-Romagna) in termini di competenze, attività, prestazioni erogate e professionalità richieste, sia a livello qualitativo che quantitativo.

Da tale analisi è scaturita l'individuazione delle risorse ritenute necessarie per:

- garantire l'espletamento delle attività istituzionali dell'Ente;
- assicurare il supporto tecnico scientifico allo stato e alle regioni Lombardia ed Emilia-Romagna;
- promuovere e realizzare l'attività di ricerca scientifica e di formazione dei settori di competenza istituzionale;
- assolvere ai compiti e alle funzioni straordinarie volte a fronteggiare eventuali esigenze specifiche, di carattere straordinario;
- garantire un adeguato supporto e sostegno tecnico-amministrativo alle attività sanitarie e di ricerca scientifica.

La programmazione dei fabbisogni di personale è strettamente correlata con i risultati da raggiungere, nonché con l'evoluzione dei fabbisogni stessi in relazione al cambiamento dei modelli organizzativi. Si rileva come, preliminarmente alla definizione dei fabbisogni previsti, sia stata effettuata con la direzione strategica una ricognizione per l'analisi delle professionalità necessarie allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'ente, con l'obiettivo di pianificare il reclutamento non solo secondo criteri meramente sostitutivi, ma in coerenza con le necessità reali, attuali e future.

Tale ricognizione parte dall'analisi dei macro-processi, considerando le professionalità già acquisite e pianificando le esigenze future, in base agli ambiti di attività in corso di sviluppo/potenziamento



Il processo di innovazione e riforma della Pubblica Amministrazione, come evidenziato anche nel "Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale" sottoscritto dal Governo e dalle OO.SS. il 10.03.2021, prevede un ruolo centrale nella valorizzazione del personale, anche attraverso percorsi di crescita, riqualificazione e aggiornamento delle competenze con un'azione di modernizzazione costante, efficace e continua per centrare le sfide future.

In un tale contesto, centrale anche in chiave prospettica, è quindi, la definizione di un sistema di competenze finalizzato ad orientare, sulla base di una definizione strategica dei profili professionali emergenti/necessari, i processi di programmazione dei fabbisogni di personale, selezione, valutazione e formazione.

L'analisi dei presupposti di fatto e normativi per le scelte in ordine alla programmazione delle risorse umane, sia sotto il profilo numerico sia sotto l'aspetto finanziario, è puntualmente contenuta in apposito provvedimento del Consiglio di Amministrazione. In ragione della circostanza che gli atti programmatici in materia di personale gli enti del SSN sono soggetti ad approvazione, condizionante l'efficacia, da parte delle regioni di appartenenza, la deliberazione del Consiglio di Amministrazione, organo a cui spetta, per espressa previsione statutaria, l'adozione di quest'atto su proposta del Direttore Generale e previa informativa alle OO.SS./RSU e parere favorevole del Collegio dei Revisori, è sottoposta al vaglio di Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna.

Contenutisticamente la programmazione 2025 - 2027 si pone in linea di assoluta continuità con quella dell'anno precedente, sia per ovvie ragioni di coerenza con le misure occupazionali già assunte negli esercizi precedenti sia per assicurare il rispetto dei vincoli contingenti in particolare di natura economico - finanziaria. In tal senso le politiche del personale mirano a garantire un efficace turn over e l'applicazione degli istituti contrattuali che consentono, anche in prospettiva di carriera, una progressione del personale

Allegato D1: ex PTFP 2025-2027 + Documenti allegati (ai sensi dell'articolo 12, comma 2 dell'intesa tra Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna concernente il riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, l'ex PTFP è stato trasmesso alle giunte regionali per l'esercizio delle funzioni di controllo)

3.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - FORMAZIONE DEL PERSONALE

PREMESSA

La formazione e lo sviluppo delle conoscenze del personale costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane e si collocano al centro dell'attuale processo di riforma della pubblica amministrazione, anche a livello europeo. Per l'Istituto si configura come una delle mission più importanti per la nostra organizzazione con il fine di:

- favorire l'incremento dell'efficacia e dell'efficienza operativa;
- favorire il cambiamento e il radicamento dei necessari cambiamenti culturali, per soddisfare al meglio le esigenze degli stakeholders;
- progettare e programmare le attività formative nel rispetto dei fabbisogni, degli obiettivi strategici dell'organizzazione e delle professionalità dei dipendenti;
- riqualificare e aggiornare le competenze (reskill and upskill) in un continuo e costante miglioramento;
- garantire la parità di trattamento e di accesso alle iniziative formative senza discriminazioni;
- garantire la massima trasparenza e imparzialità.

La presente SottoSezione prevede due parti, una parte funzionale e una generale.

PARTE FUNZIONALE

In quest'ottica la formazione assolve a un duplice compito:

- formazione interna: agisce internamente per promuovere e proteggere la salute organizzativa e professionale dell'ente, producendo un miglioramento dei servizi offerti;
- formazione esterna: agisce per aumentare la diffusione della conoscenza specialistiche degli operatori della salute pubblica, per promuovere l'applicazione di buone pratiche.

FORMAZIONE INTERNA

Per il VP1 e VP2 la formazione interna agisce nel rafforzare e sviluppare il Valore Pubblico generato attraverso una programmazione in grado di soddisfare il fabbisogno di competenze, supportando la definizione di nuovi servizi e processi per migliorare la risposta agli utenti nelle fasi di emergenza.

TAB.VP1.AS1.FORM

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Formazione del personale"												
Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Fonte
VP1.AS1.FORM1	Miglioramento delle competenze inerenti la sicurezza alimentare (aggiornamento normativa)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SICUREZZA ALIMENTARE	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulla sicurezza alimentare	25	32	33	33	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM2	Miglioramento delle competenze inerenti la sanità animale (decreti attuativi)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SANITA' ANIMALE	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulla sanità animale	28	34	35	35	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM1/2	Miglioramento delle competenze inerenti tecniche analitiche	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	METODI PROVA	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulle tecniche analitiche	27	34	34	34	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM3/4/5	Miglioramento delle competenze inerenti CLASSYFARM	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	CALSSYFARM	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi su CLASSYFARM	20	2	2	2	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM6	Non sono programmati corsi specifici di formazione	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	AREG	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi per AREG	1	1	1	1	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM 7/8	Non sono programmati corsi sepecifici di formazione	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	PCMB	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi per vaccini	1	1	1	1	Data base interni formazioni

VP1: per il prossimo anno si affronterà ancora lo sviluppo delle competenze tecniche-scientifiche e l'introduzione di nuovi strumenti informatici ad esso associati.

TAB.VP2.AS2.FORM

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Formazione del personale"												
Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Fonte
VP2.AS2.FORM 1.2.3.4	Miglioramento competenze per il personale addetto alla ricerca tramite corsi mirati	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	RICERCA	Formazione	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	n. corsi sulla ricerca in IZSLER	5	5	5	5	Data base interni formazioni

VP2: questo si traduce nel rafforzare e innovare la ricerca, come sotto specificato. La formazione del personale della ricerca procederà, come nell'ultimo anno, con incontri di formazione specifici per le varie funzioni oltre che aggiornamenti mediante la formazione a distanza per le nuove assunzioni.

FORMAZIONE ESTERNA

La formazione esterna svolge un ruolo prioritario nella formazione dei formatori nell'ambito della sanità pubblica veterinaria, come Centro Nazionale di Referenza, proponendo al Ministro della Salute le linee programmatiche per la formazione del settore d'interesse, creando valore pubblico. Rappresenta uno strumento strategico di gestione in quanto essenziale per favorire lo sviluppo culturale e professionale del personale proprio e del SSN, su tematiche rispondenti all'attualità (malattie infettive, igiene degli alimenti, igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, legislazione sanitaria, argomenti orientativo-gestionali, etc) e su situazioni emergenti, nonché per informare ed aggiornare l'utenza in merito a problematiche e temi relativi alla Sanità Pubblica Veterinaria ed alla Sicurezza alimentare. Nello specifico per il prossimo anno si affronterà l'accompagnamento del sistema sanitario e della sanità pubblica veterinaria in particolare nella applicazione del Regolamento UE 2017/625 in applicazione dal 14 dicembre 2019 concernente i controlli ufficiali lungo la filiera agroalimentare e del regolamento UE 2016/429 in applicazione dal 21 aprile 2021, relativo alla normativa quadro in materia di sanità animale.

TAB.VP3.AS3.FORM

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Formazione del personale"												
Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Fonte
VP3.AS4.FORM1	Formazione delle competenze per gli operatori della sanità	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	FORMAZIONE ESTERNA	Formazione	Annual	SALUTE PROFESSIONALE	n. corsi per abilitazione uso Classyfarm/SQNBA/Biosicurezza	-	2	2	2	Data base interni formazioni
VP3.AS4.FORM2	Formazione delle competenze per gli operatori della sanità	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	FORMAZIONE ESTERNA	Formazione	Annual	SALUTE PROFESSIONALE						

PARTE GENERALE

FOTOGRAFIA DELLA FORMAZIONE

Alla data del 30.10.2024 l'Istituto presenta la seguente fotografia:

- n. 27.952 utenti delle professioni sanitarie formati su tutto il territorio nazionale;
- n. 37.215 partecipanti ai corsi;
- n. 3.630 partecipazioni dei dipendenti;
- n. 902 crediti prodotti per singolo partecipante;
- n. 138 corsi erogati.

PIANIFICAZIONE DELLA FORMAZIONE

I fabbisogni formativi rappresentano la necessità di apprendimento e di sviluppo delle competenze delle persone, sia a livello individuale che organizzativo. Identificare e soddisfare i fabbisogni formativi è fondamentale per garantire la crescita professionale e personale, nonché per favorire l'adattamento alle continue evoluzioni nel contesto sanitario. La pianificazione dell'offerta formativa, pone le basi dalla rilevazione dei fabbisogni e prevede i seguenti step di attuazione:

CICLO GESTIONE DELLA FORMAZIONE

01.PIANIFICAZIONE: attraverso un'attenta analisi del contesto interno che consente di mappare il fabbisogno formativo, partendo dai bisogni organizzativi e dalle competenze individuali dei dipendenti, tenendo conto dell'attività di programmazione delle assunzioni e di quanto previsto dai contratti e dagli accordi sindacali;

02.PROGRAMMAZIONE: attraverso la definizione di obiettivi strategici/operativi che siano da un lato in linea con le politiche dell'ente e dall'altro di accompagnare il personale verso una maggiore innovazione, sostenibilità e qualità dei servizi erogati;

03.MONITORAGGIO E VALUTAZIONE: attraverso l'analisi dei dati raggiunti e l'introduzione di eventuali azioni correttive, valutati nella loro efficacia complessiva rispetto agli obiettivi programmati;

04.RENDICONTAZIONE: attraverso una adeguata comunicazione verso utenti e stakeholder interni, volta anche a diffondere buone pratiche, finalizzata alla creazione di valore pubblico.

Nella progettazione della formazione diventa centrale il tema delle competenze, sia disponibili, sia necessarie per il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'ente. La mappatura delle competenze diventa elemento funzionale ad orientare le strategie di programmazione del fabbisogno di personale. Le recenti modifiche normative spingono verso una gestione del personale unitaria ed integrata, collegata alla performance individuale e coerente con le politiche di reclutamento, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

L'Istituto nello specifico, programma la propria attività formativa, sulla base delle tipologie di competenze come sotto specificato.

TIPO DI COMPETENZE	OBIETTIVO FORMATIVO	AZIONI FORMATIVE	DESTINATARI
COMPETENZE SPECIALISTICHE SANITARIE	SPECIFICO	negli ambiti di intervento	tutte le professioni sanitarie
COMPETENZE SPECIALISTICHE MANAGERIALI	SPECIFICO	nell'ambito della pianificazione , internal auditing, risk management, performance, soft skills	tutte le professioni in posizione di autonomia
COMPETENZE SPECIALISTICHE AMMINISTRATIVE	SPECIFICO	nell'ambito della contabilità, bilancio, fisco e tributi, giuridico e legale, acquisti e contrattualistica, gestione risorse umane, informatico digitale.	tutte le professioni amministrative
COMPETENZE TRASVERSALI	SPECIFICO	nell' ambito inclusione sociale, pari opportunità, benessere organizzativo; soft skills, valutazione della performance, gestione progetti e finanziamenti europei, lavoro in team, smart working..	tutti i dipendenti in relazione alla propria prestazione lavorativa
COMPETENZE OBBLIGATORIE	GENERALE	negli ambiti della trasparenza e anticorruzione, salute e sicurezza sul lavoro, transizione digitale, ecologica ed amministrativa (Direttiva)	tutti i dipendenti
COMPETENZE DI NEO FORMAZIONE	GENERALE	pacchetto di corsi per l'avvio alla formazione	dipendenti neo assunti
COMPETENZE RELATIVE ALLA RICERCA SANITARIA	SPECIFICO	pacchetto corsi previsti per la formazione specifica	personale addetto alla ricerca sanitaria

PIANO FORMATIVO

Sulla base di questi presupposti si articola l'offerta formativa annuale, che si concretizza nella predisposizione dell'ex Piano annuale della formazione. Il documento descrive le azioni a supporto delle linee strategiche di sviluppo del capitale umano, i cui contenuti sono elaborati sulla base della procedura di riferimento prevista dal Sistema Gestione Qualità, a partire dai risultati delle attività formative messe a punto nell'anno precedente e dall'analisi e la rilevazione dei fabbisogni formativi.

Si allega l'ex Piano annuale Formativo anno 2025 (Allegato E1).

DIRETTIVA

Il 23 marzo 2023, il Ministro per la pubblica amministrazione ha emanato la Direttiva in materia di *"Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"*, riportando al centro dell'attenzione la questione della pianificazione della formazione come processo prioritario di sviluppo e di creazione di VP della PA.

Come disposto dalla suddetta direttiva sarà importante prevedere nella fase della programmazione:

- l'assegnazione di obiettivi formativi al personale della dirigenza e del comparto, da collegare alla performance individuale, per l'accrescimento e l'aggiornamento delle conoscenze, prevedendo un impegno orario non inferiore alle 24 ore annue;
- per i dipendenti che usufruiscono dello smart working, si richiama la necessità di prevedere specifiche iniziative legate a competenze digitali, in particolar modo sulla sicurezza informatica e sull'utilizzo delle tecnologie. (Linee guida dicembre 2021)
- proseguire nel percorso verso il raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, come previsto dal DL 80/2021, art. 6 lettera b).

RILEVAZIONE DELLE COMPETENZE DIGITALI -

Nell'anno 2021, l'Istituto ha realizzato l'assessment delle competenze digitali, aderendo all'iniziativa promossa dal DFP, attraverso la piattaforma Syllabus, basata sul modello europeo delle competenze di cittadinanza digitale. Attraverso l'analisi degli esiti ai test di accesso ai 11 percorsi sulle competenze digitali è stato possibile delineare lo stato di diffusione delle competenze digitali nella Amministrazione.

La rilevazione del 2021 ha confermato la necessità per l'Amministrazione di proseguire nell'investimento in competenze digitali di base, su cui è necessario ragionare in una logica di formazione continua e diffusa, al fine di allineare le competenze alla continua evoluzione di strumenti e tecnologie.

Nell'anno 2024 l'Istituto continua nel percorso della alfabetizzazione digitale, elaborando un progetto rivolto al personale delle strutture amministrative, prevedendo la fruizione di tutti gli 11 percorsi digitali e il superamento di 8/11 con un livello di padronanza acquisito rispetto al dato di partenza.

Per gli altri dipendenti che ancora non hanno svolto i corsi previsti su Syllabus verrà riproposto nei prossimi anni, un percorso graduale di alfabetizzazione digitale, per arrivare al 2026 alla piena Alfabetizzazione digitale, in linea con quanto previsto dalla normativa.

STRUTTURA/RISORSE PER LA FORMAZIONE

L'attuazione del Piano Annuale Formativo, si realizza grazie ad un quadro articolato di risorse, come qui di seguito indicato:

- budget annuale;
- personale amministrativo qualificato;
- rete referenti di formazione presso ogni struttura;
- qualità professionale dei responsabili scientifici e dei docenti interni (centro referenza nazionale e centro d'eccellenza);
- biblioteca con un ampio patrimonio documentale;
- dotazioni e strumenti all'avanguardia (Piattaforma FAD e gestionale per i corsi);
- disponibilità di aule;
- stakeholder collaborativi;
- relazioni costruttive con le OO.SS.;
- coinvolgimento della Direzione Strategica e della Qualità;
- Comitato Tecnico Scientifico per la formazione.

L'Istituto può contare in modo determinante sul suo capitale umano, su un ampio e consolidato sistema di relazioni, sulla proattività degli stakeholder e su un importante patrimonio di competenze tecnico scientifiche. Per quanto riguarda specificamente le risorse economiche, si fa riferimento alle quote di budget che vengono riservate per lo svolgimento delle attività pianificate. Si rileva, infine, che l'Istituto, anche al fine di incentivare e favorire l'accesso del personale a percorsi di istruzione e qualificazione garantisce l'applicazione di quanto previsto nei vigenti CCNL in materia di permessi per studio.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO



SOTTOSEZIONI

4.1 Monitoraggio integrato



CONCLUSIONI

Il presente PIAO è il primo documento redatto dalla nuova direzione strategica, sul solco di quanto fatto fin ora, nell'ottica dell'integrazione dei vari documenti, adempimenti e processi.

Il PIAO costituisce un tassello fondamentale della più ampia riforma delle Pubbliche Amministrazioni contenuta nel Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza. Attraverso il PIAO le Pubbliche Amministrazioni hanno la possibilità di essere il volano di sviluppo migliorando la propria capacità di pianificazione strategica e di programmazione operativa.

La sfida per IZSLER consiste nel continuare a progettare, sviluppare e approvare un "PIAO di qualità" creando una reale e virtuosa sinergia per la crescita e lo sviluppo di tutta l'organizzazione.

Infine la partecipazione degli utenti e degli stakeholder sono il tassello fondamentale nella costruzione di un PIAO di valore condiviso.

Direttore Generale
Dott. Giorgio Varisco

ALLEGATI

SEZIONE 2.1 - SOTTESEZIONE VALORE PUBBLICO	
A1	IMPATTI AMBITI D'INTERVENTO
A2	PIAO DOCUMENTALE SINTETICO
A3	MISURAZIONE DEL VP
SEZIONE 2.2 - SOTTESEZIONE PERFORMANCE	
B1	PIANO TRIENNALE DI DIGITALIZZAZIONE 2025 2027
B2	GENDER EQUALITY PLAN 2025 2027
B3	EX PIANO AZIONI POSITIVE 2025 2027
SEZIONE 2.3 - SOTTESEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	
C1	EX PTPCT 2025-2027 E DOCUMENTI ALLEGATI
SEZIONE 3.1 - SOTTESEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	
NESSUN ALLEGATO	
SEZIONE 3.2 - SOTTESEZIONE ORGINIZZAZIONE LAVORO AGILE	
NESSUN ALLEGATO	
SEZIONE 3.3 - SOTTESEZIONE PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE	
D1	EX PTFP 2025 2027 E DOCUMENTI ALLEGATI
SEZIONE 3.4 - SOTTESEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE	
E1	EX PIANO ANNUALE FORMATIVO

