

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

Piano della Performance dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna per gli anni 2021-2023

Adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 1 del 27.01.2021



Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna "Bruno Ubertini"
Via A . Bianchi, 9 - 25124 Brescia - Tel. +39 030 22901 - www.izsler.it

INDICE GENERALE

1.PREMESSA DEL PIANO PERFORMANCE	3
2.SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	4
2.1 Identità aziendale. Mandato Istituzionale e mission	4
2.2 Chi siamo.....	5
2.3 Assetto Istituzionale e Organizzativo	5
2.4 Cosa facciamo	19
2.5 Come operiamo.....	20
2.6 La politica della qualità.....	22
3.IZSLER IN CIFRE pag.....	23
3.1 Sede Legale, Elementi Identificativi e Patrimonio.....	23
3.2 Centri di Riferenza, Centri di Riferimento, Centri di Collaborazione.....	24
3.3 Attività analitica, pubblicazioni e progetti di ricerca.....	28
3.4 Risorse finanziarie	28
3.5 Risorse umane.....	31
3.6 Politiche di genere.....	31
4.IL PERCORSO DAGLI IMPEGNI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI STRATEGICI	32
4.1 Il percorso in sintesi	32
4.2 Obiettivi strategici	33
4.3 Pianificazione degli obiettivi.	34
4.4 Indicatori di attività e performances dei dipartimenti	35
4.5 Il sistema di budget	37
4.6 Processo di budgeting.....	38
4.7 Strumento di supporto	39
5.CRUSCOTTO DI ENTE: macro aree/obiettivi strategici/azioni/indicatori.....	42
5.1 Il cruscotto di ente 2021-2023.....	42
6.IL CASCADING: DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	74
6.1 Il piano obiettivi annuali.....	74
7.LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	77
7.1 Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	77
7.2 Misurazione e valutazione della performance individuale.....	77
8.COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO.....	78
9.COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE TRA GLI AMBITI RELATIVI ALLA PERFORMANCE E ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.....	78

1. PREMESSA DEL PIANO PERFORMANCE

La delibera CIVIT n. 89/2010 definisce la performance come *“il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta a essere misurata e gestita”*.

Il Piano delle Performance, definito all'articolo 10 del D.Lgs 150/2009 e s.m.i., costituisce un documento programmatico triennale, in cui sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione.

Il presente Piano della Performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER).

Il Piano è sviluppato in conformità alle Linee Guida per il Piano della performance pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 16 giugno 2017, redatte ai sensi dell'articolo 3, comma 1, del DPR 105/2016 e che sostituiscono le precedenti Linee Guida Civit (delibera 112/2010, delibera 1/2012 e delibera 6/2013), dà avvio al ciclo di gestione della performance dell'IZSLER.

Il presente documento è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dal Nucleo di Valutazione delle Performances (NVP).

Già da diversi anni l'Istituto pone il ciclo della performance in una posizione di centralità all'interno dei sistemi gestionali dell'Ente, in armonia con una rinnovata consapevolezza sociale e una cultura gestionale orientata al risultato, che va ben oltre il mero rispetto della normativa.

In tal senso il Piano della performance potenzia il livello di comunicazione degli impegni dell'Istituto nei confronti dell'utenza agevolando e intensificando, in tal modo, il dialogo con gli stakeholders e permette di rinnovare gli impegni assunti nei confronti degli stessi in relazione alle performance attese.

Il Piano della performance si presenta come un documento indirizzato a rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna per favorire un'effettiva accountability e trasparenza anche in un'ottica di prevenzione della corruzione.

2.SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 Identità aziendale. Mandato Istituzionale e Mission

L'Identità Aziendale è l'insieme degli elementi che concorrono a far conoscere, riconoscere e differenziare l'azienda e, pertanto, degli strumenti necessari a supportare tutte le attività di comunicazione istituzionale che un'azienda pone in essere.

Rappresenta, quindi, il punto di partenza per la definizione dell'azienda e costituisce il primo step per la composizione del Piano. Concorrono alla definizione dell'identità sia i vertici aziendali, sia i dirigenti o i responsabili delle strutture individuate al suo interno, ma anche il restante personale e i vari stakeholders esterni.

Missione e visione sono parte della strategia di ogni organizzazione. Esse svolgono una funzione di comunicazione della strategia stessa, rafforzano l'identità dell'organizzazione e l'identificazione dei singoli membri con questa, agevolano l'allineamento degli obiettivi individuali ed entrano a far parte del sistema di incentivi, migliorandone i rendimenti.

La Mission dell'Istituto

La missione dell'IZSLER è: *“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”.*

La Vision che l'Istituto si propone

L'IZSLER propone una visione multidimensionale data dalla ricerca, dal supporto tecnico-scientifico e della formazione, che sono strumenti indispensabili per l'espletamento della missione. In quest'ambito si riconoscono come prevalenti:

- rafforzamento dell'integrazione fra le strutture ministeriali competenti, i Servizi regionali veterinari e territoriali, la rete degli Istituti Zooprofilattici e i consumatori;
- attivazione e rafforzamento dei rapporti con le specifiche strutture della Commissione Europea e le istituzioni internazionali quali OIE, FAO, WHO;
- ampliamento dell'assistenza e del supporto alle filiere produttive, primarie e di trasformazione;
- elezione a ruolo di riferimento dei sistemi di accreditamento della qualità, intesa sia nell'ambito delle specifiche competenze sanitarie che di quelle amministrative;
- trasparenza;
- benessere organizzativo, finalizzato a programmare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori;
- implementazione delle azioni di comunicazione in una logica di sempre maggiore trasparenza e accountability verso i cittadini.

2.2 Chi siamo

Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, IIZZSS, sono enti sanitari di diritto pubblico con autonomia gestionale ed amministrativa, facenti parte del Servizio Sanitario Nazionale, quali strumenti tecnici ed operativi per la sanità animale, il controllo della salubrità e della qualità degli alimenti di origine animale, l'igiene degli allevamenti e delle attività correlate. Gli IIZZSS sono sottoposti alla vigilanza del Ministero della Salute.

In applicazione all'art. 9 del D. Lgs n. 106 del 28 giugno 2012 «*Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della Salute, a norma dell'art. 2 della Legge 4 novembre 2010, n. 183 - Capo II - Riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali – le Regioni Emilia Romagna e Lombardia hanno adottato le sotto riportate Leggi Regionali di "Ratifica dell'intesa tra la Regione Lombardia e la Regione Emilia-Romagna concernente il riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna"* :

Legge Regionale dell'Emilia Romagna n. 9 del 30 giugno 2014;

Legge Regionale della Lombardia n. 22 del 24 luglio 2014.

L'Istituto Zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna "Bruno Ubertini" (IZSLER) è un Ente Sanitario di diritto pubblico dotato di autonomia gestionale, tecnica e amministrativa operante nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

2.3 Assetto Istituzionale e Organizzativo

Lo statuto dell'IZSLER adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 5 del 30/05/2016, all'art. 9, individua i seguenti organi:

Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione, in carica per quattro anni, svolge il compito di indirizzo in coerenza con gli obiettivi generali, le priorità e gli indirizzi delle programmazioni regionali, nonché di coordinamento e verifica delle attività dell'Istituto. E' composto da cinque membri, in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equivalente ed aventi comprovata professionalità ed esperienza in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti; uno designato dal Ministero della Salute, due nominati dalla Regione Lombardia e due dalla Regione Emilia Romagna. Il Presidente della regione Lombardia con decreto n. 572 del 25.06.2020 ha provveduto alla nomina, convocando la prima riunione in data 10.07.2020.

I componenti del Consiglio di Amministrazione attualmente in carica sono:

Dott. Paolo Cozzolino – Presidente

Dott. Mario Chiari - Vicepresidente

Dott. Marco Delledonne - Membro

Dott.ssa Flavia Piccinelli – Membro

È vacante una posizione in attesa di nomina da parte di Regione Lombardia.

Il Collegio dei Revisori dei Conti

Il Collegio dei Revisori dei Conti, nominato con Decreto n. 282 del 03.04.2019 dal Presidente della Regione Lombardia, vigila sull'attività amministrativa dell'Istituto e sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione ed informa il controllo sugli atti ai principi contenuti dell'art. 2403 del codice civile.

I componenti del Collegio dei Revisori dei Conti sono:

Dott. Alberto Parzani– Presidente

Dott. Marco Domenicali -Componente

Dott. Lino Pietrobono - Componente

Il Direttore Generale: Dott. Piero Frazzi

Il Direttore Generale è stato nominato di concerto dalle due Regioni con Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia n. XI/2622 del 16.12.2019. Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Istituto, ne dirige le attività, compresa quella scientifica, ed è responsabile della gestione complessiva dell'Istituto stesso.

Il Direttore Generale viene coadiuvato nelle sue attività dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Il Direttore Sanitario: Dott. Giuseppe Merialdi

Il Direttore Sanitario è un medico veterinario in possesso di documentate competenze nel settore della sanità pubblica veterinaria. Dirige i servizi sanitari. Risponde al direttore Generale e concorre con la formulazione di proposte e pareri obbligatori per i profili tecnici, alla formazione dei pareri di sua competenza. Sostituisce il Direttore Generale in caso di assenza o impedimento dello stesso. La nomina è stata effettuata con Decreto del Direttore Generale n. 243 del 30.07.2020.

Il Direttore Amministrativo: Dott. Giovanni Ziviani

Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche. Dirige i servizi amministrativi. Risponde al direttore Generale e concorre con la formulazione di proposte e pareri obbligatori per i profili di legittimità, alla formazione dei pareri di sua competenza. La nomina è stata effettuata con Decreto del Direttore Generale n. 25 del 07.02.2020.

L'Organizzazione dell'IZSLER è dipartimentale, ai dipartimenti afferiscono Strutture complesse e Strutture Semplici. Complessivamente l'organizzazione prevede a seguito della recente proposta di riorganizzazione 20 strutture complesse di cui 17 sanitarie e 2 amministrative, 1 struttura complessa in staff alla Direzione Generale e 23 strutture semplici di cui 17 afferenti ai Dipartimenti Sanitari e 3 al Dipartimento Amministrativo, 2 alla Direzione Sanitaria e 1 in staff alla Direzione Generale.

L'organizzazione è descritta nel dettaglio nelle figure seguenti:

Figura : Nuovo Assetto Organizzativo

Figura : Direzione Generale

Figura : Direzione Sanitaria

Figura : Direzione Amministrativa

NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

Legende

- ORIGIN
- DIRECTIONALE
- INTERIP ALLA DIREZIONE GENERALE
- AREA TERRITORIALE DISTRIBUZIONATA
- AREA TERRITORIALE UNIFICATA
- AREA ATTIVAZIONE NUOVA
- AREA AMMINISTRATIVA

CENTRI DI RIFERENZA

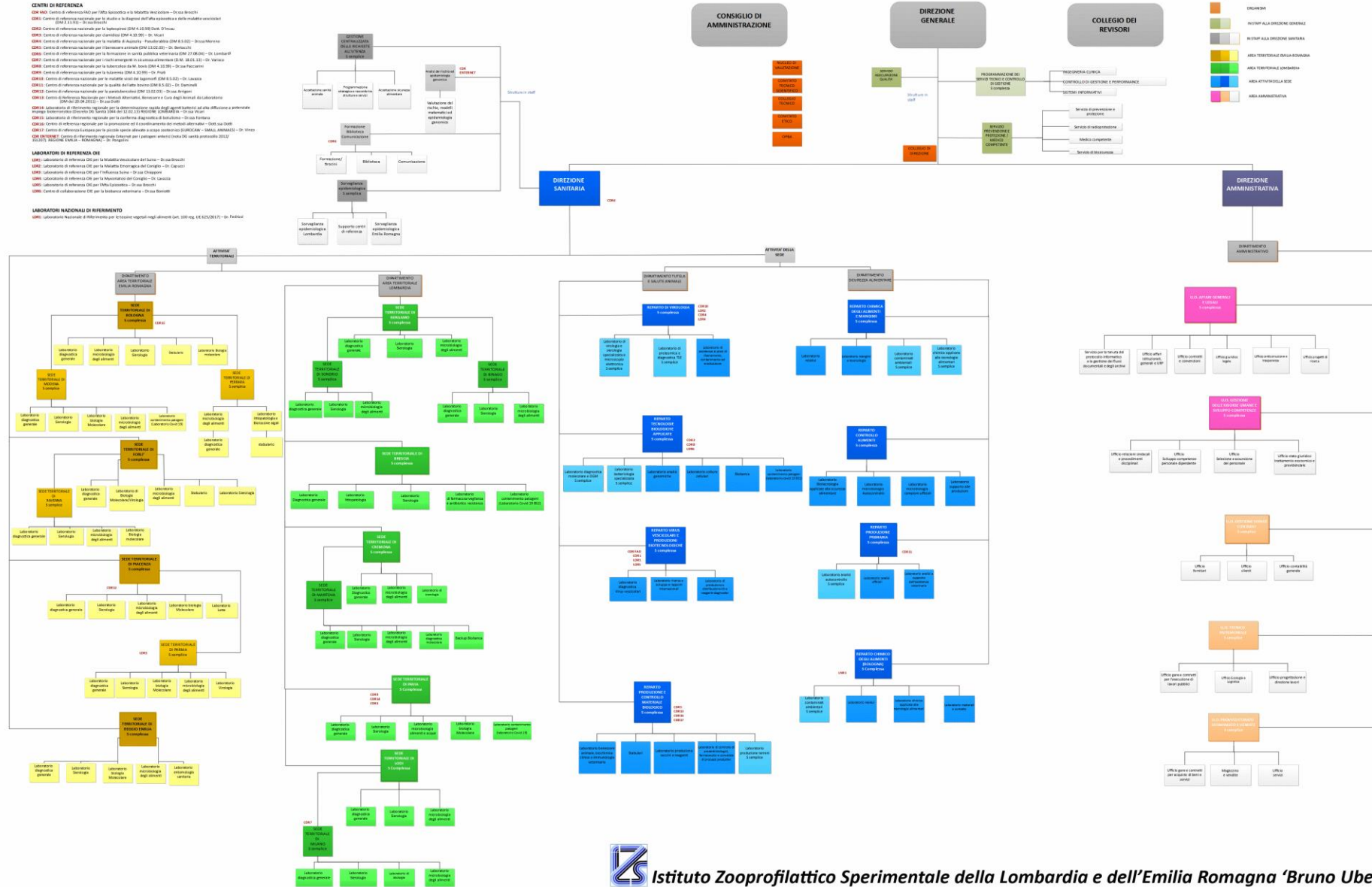
- CRM 001 Centro di riferimento NA2 per l'Area Sanitaria e Area Veterinaria - Di via Bracci
- CRM 002 Centro di riferimento nazionale per la qualità di origine dell'acqua potabile e delle acque sotterranee - Via G. Galvani 10 - Di via Bracci
- CRM 003 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 004 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 005 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 006 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 007 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 008 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 009 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 010 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 011 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 012 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 013 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 014 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 015 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 016 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 017 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 018 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 019 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 020 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 021 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 022 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 023 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 024 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 025 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 026 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 027 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 028 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 029 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 030 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 031 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 032 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 033 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 034 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 035 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 036 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 037 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 038 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 039 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci
- CRM 040 Centro di riferimento nazionale per la legge 30 del 28/2/1999 - Di via Bracci

LABORATORI DI RIFERENZA DE

- LRI 001 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 002 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 003 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 004 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 005 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 006 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 007 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 008 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 009 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 010 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 011 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 012 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 013 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 014 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 015 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 016 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 017 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 018 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 019 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci
- LRI 020 Laboratorio di riferimento DE per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci

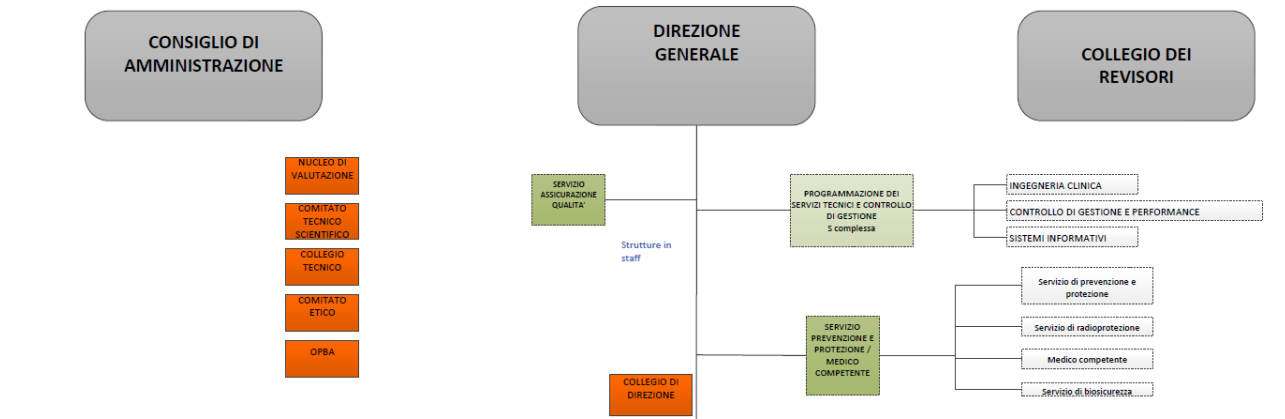
LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO

- LRI 001 Laboratorio Nazionale di Riferimento per la qualità microbiologica delle acque - Di via Bracci



Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna 'Bruno Ubertini'

NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO



CENTRI DI RIFERENZA

CDR FAO: Centro di referenza FAO per l'Afta Epizootica e la Malattia Vescicolare – Dr.ssa Brocchi

CDR1: Centro di referenza nazionale per lo studio e la diagnosi dell'afta epizootica e delle malattie vescicolari (DM 2.11.91) – Dr.ssa Brocchi

CDR2: Centro di referenza nazionale per la leptospirosi (DM 4.10.99) Dott. D'Incau

CDR3: Centro di referenza nazionale per clamidiosi (DM 4.10.99) – Dr. Vicari

CDR4: Centro di referenza nazionale per la malattia di Aujeszky - Pseudorabbia (DM 8.5.02) – Dr.ssa Moreno

CDR5: Centro di referenza nazionale per il benessere animale (DM 13.02.03) – Dr. Bertocchi

CDR6: Centro di referenza nazionale per la formazione in sanità pubblica veterinaria (DM 27.08.04) – Dr. Lombardi

CDR7: Centro di referenza nazionale per i rischi emergenti in sicurezza alimentare (D.M. 18.01.13) – Dr. Varisco

CDR8: Centro di referenza nazionale per la tubercolosi da M. bovis (DM 4.10.99) – Dr.ssa Pacciarini

CDR9: Centro di referenza nazionale per la tularemia (DM 4.10.99) – Dr. Prati

CDR10: Centro di referenza nazionale per le malattie virali dei lagomorfi (DM 8.5.02) – Dr. Lavazza

CDR11: Centro di referenza nazionale per la qualità del latte bovino (DM 8.5.02) – Dr. Daminelli

CDR12: Centro di referenza nazionale per la paratubercolosi (DM 13.02.03) – Dr.ssa Arrigoni

CDR13: Centro di Referenza Nazionale per i Metodi Alternativi, Benessere e Cura degli Animali da Laboratorio (DM del 20.04.2011) – Dr.ssa Dotti

CDR14: Laboratorio di riferimento regionale per la determinazione rapida degli agenti batterici ad alta diffusione a potenziale impiego bioterroristico (Decreto DG Sanità 1044 del 12.02.13) REGIONE LOMBARDIA – Dr.ssa Vicari

CDR15: Laboratorio di riferimento regionale per la conferma diagnostica di botulismo – Dr.ssa Fontana

CDR16: Centro di referenza regionale per la promozione ed il coordinamento dei metodi alternativi – Dott.ssa Dotti

CDR17: Centro di referenza Europea per le piccole specie allevate a scopo zootecnico (EUROCAW – SMALL ANIMALS) – Dr. Vinco

CDR ENTERNET: Centro di riferimento regionale Enternet per i patogeni enterici (nota DG sanità protocollo 2012/151207). REGIONE EMILIA – ROMAGNA) – Dr. Pongolini

LABORATORI DI RIFERENZA OIE

LDR1: Laboratorio di referenza OIE per la Malattia Vescicolare del Suino – Dr.ssa Brocchi

LDR2: Laboratorio di referenza OIE per la Malattia Emorragica del Coniglio – Dr. Capucci

LDR3: Laboratorio di referenza OIE per l'Influenza Suina – Dr.ssa Chiapponi

LDR4: Laboratorio di referenza OIE per la Myxomatosi del Coniglio – Dr. Lavazza

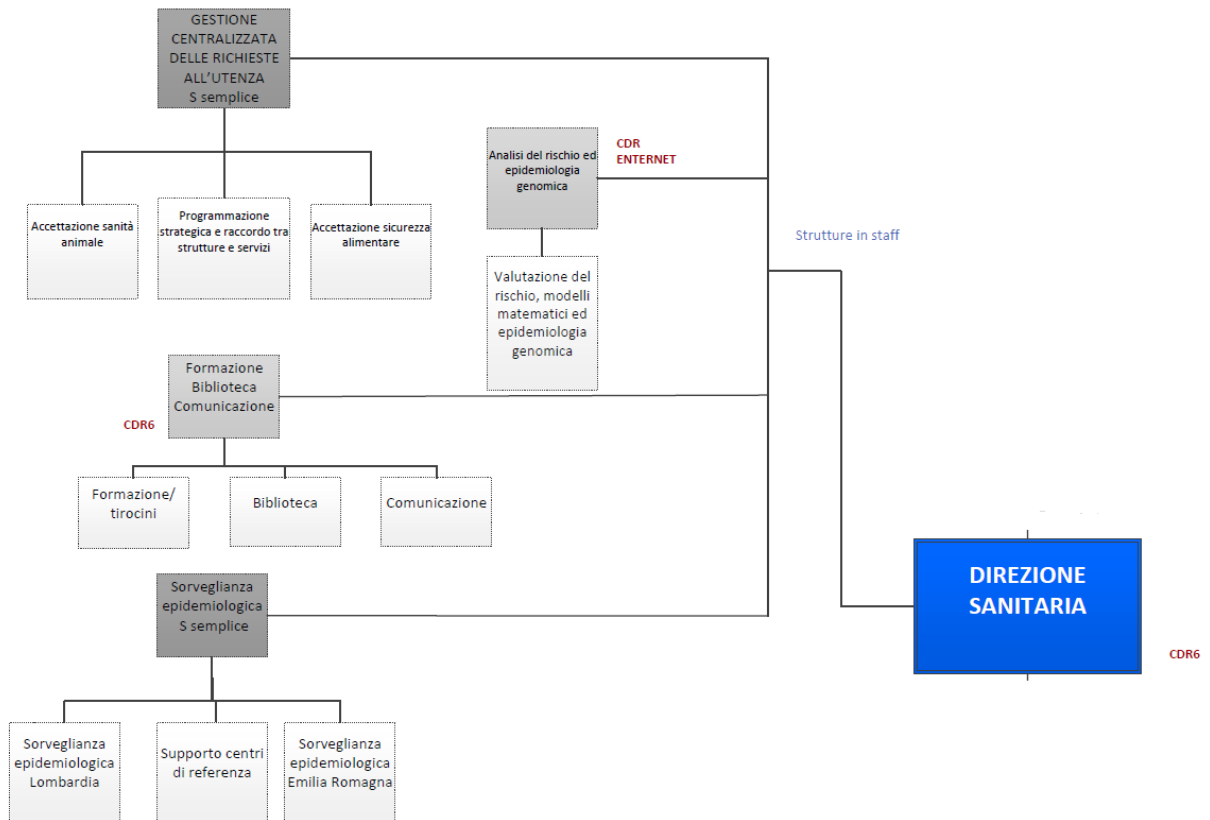
LDR5: Laboratorio di referenza OIE per l'Afta Epizootica – Dr.ssa Brocchi

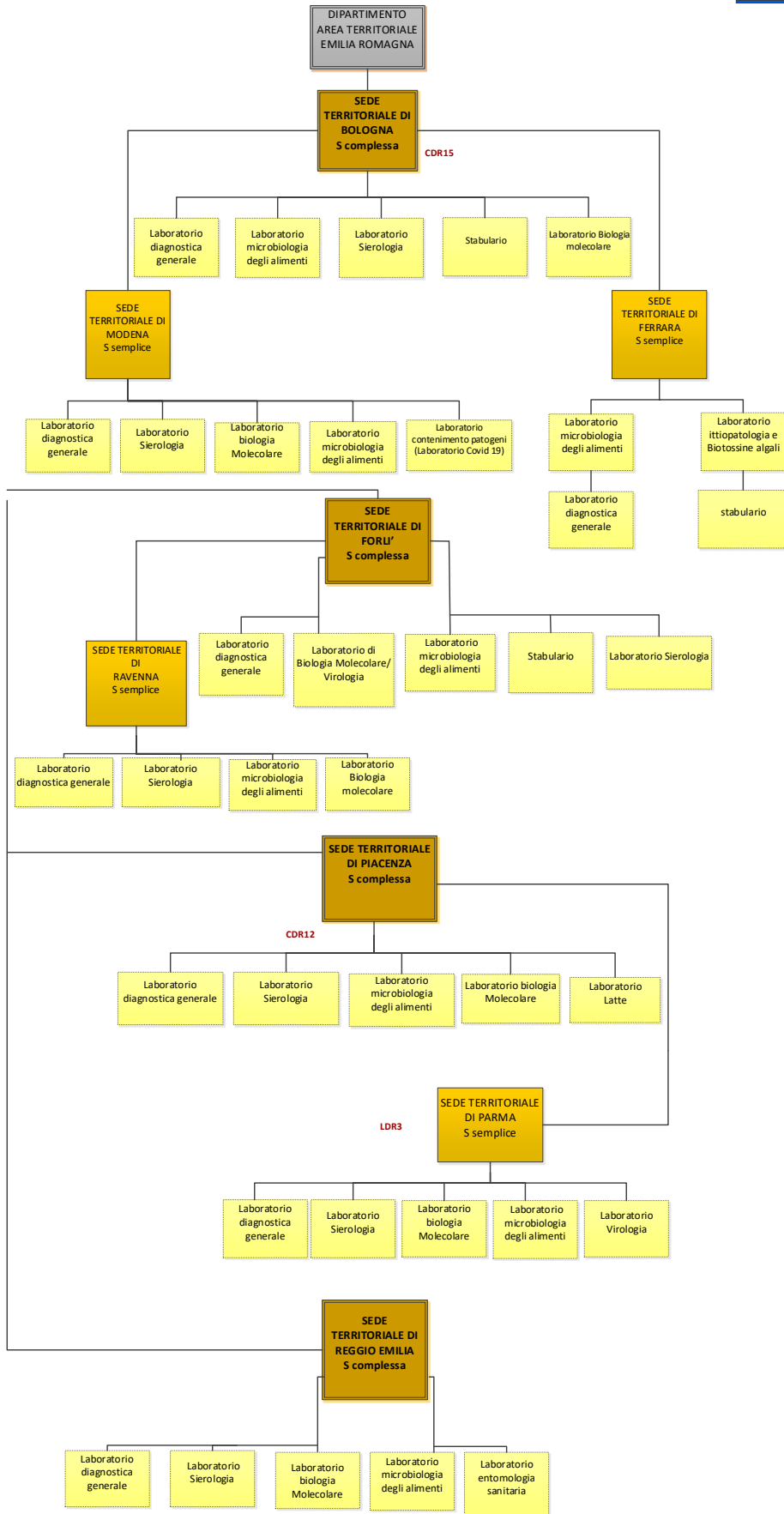
LDR6: Centro di collaborazione OIE per la biobanca veterinaria – Dr.ssa Boniotti

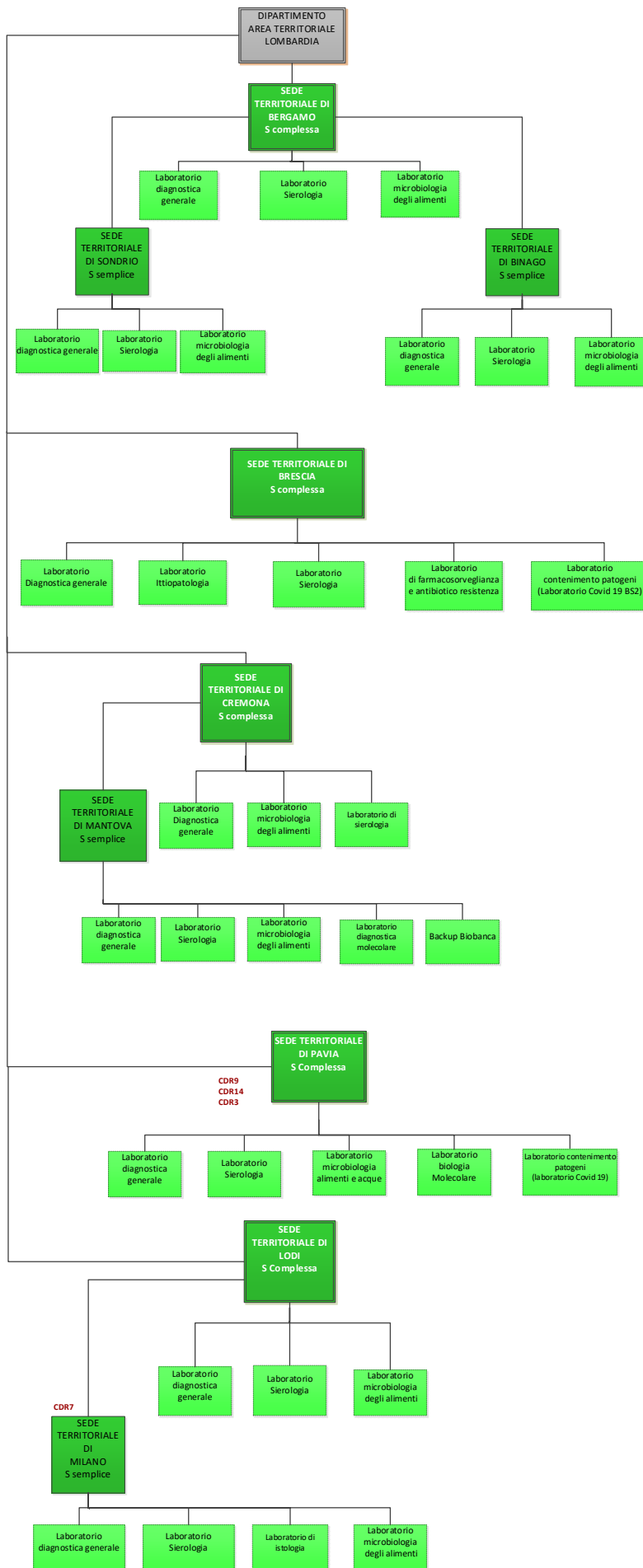
LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO

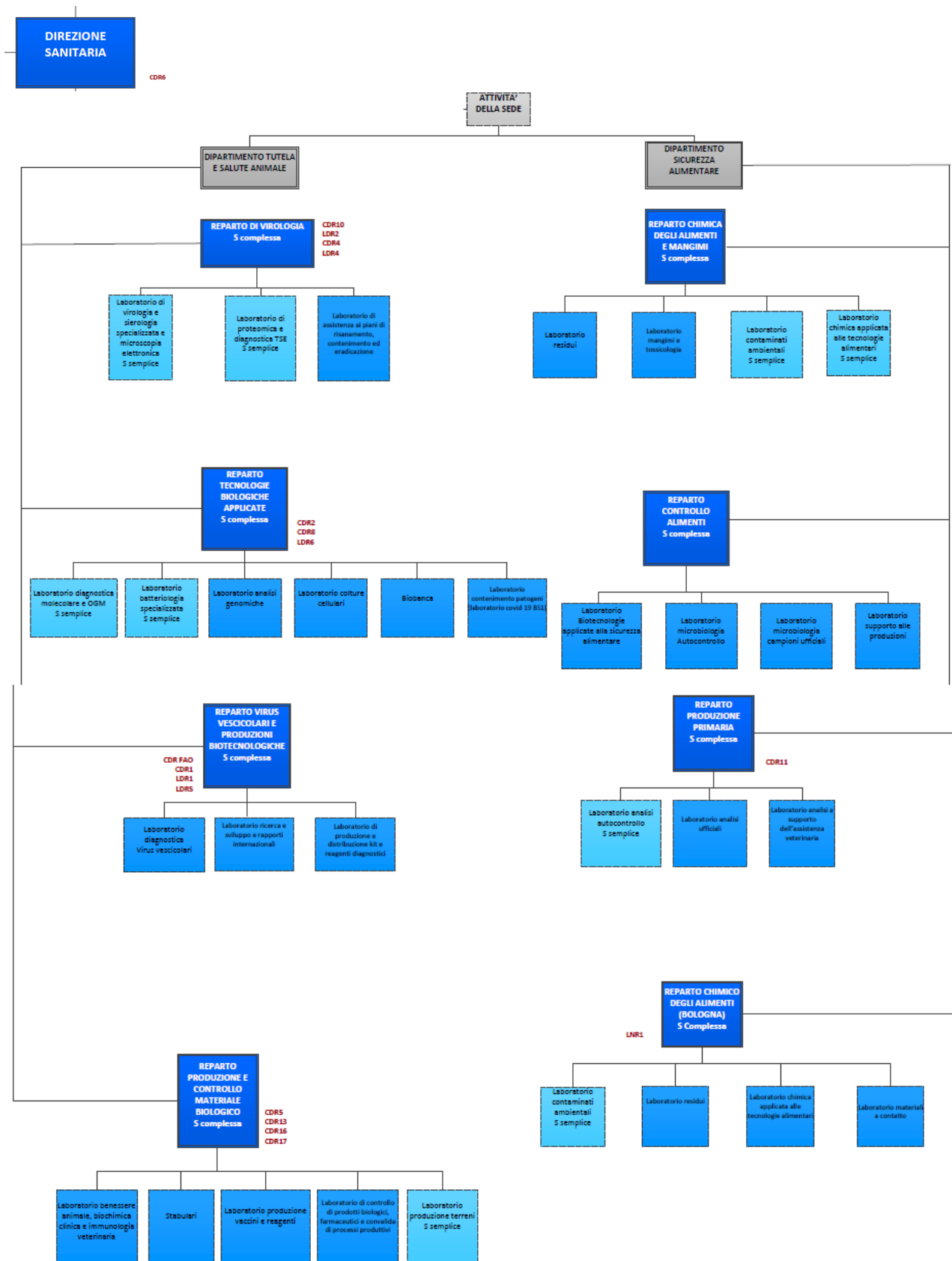
LDR1: Laboratorio Nazionale di Riferimento per le tossine vegetali negli alimenti (art. 100 reg. UE 625/2017) – Dr. Fedrizzi

Legenda:









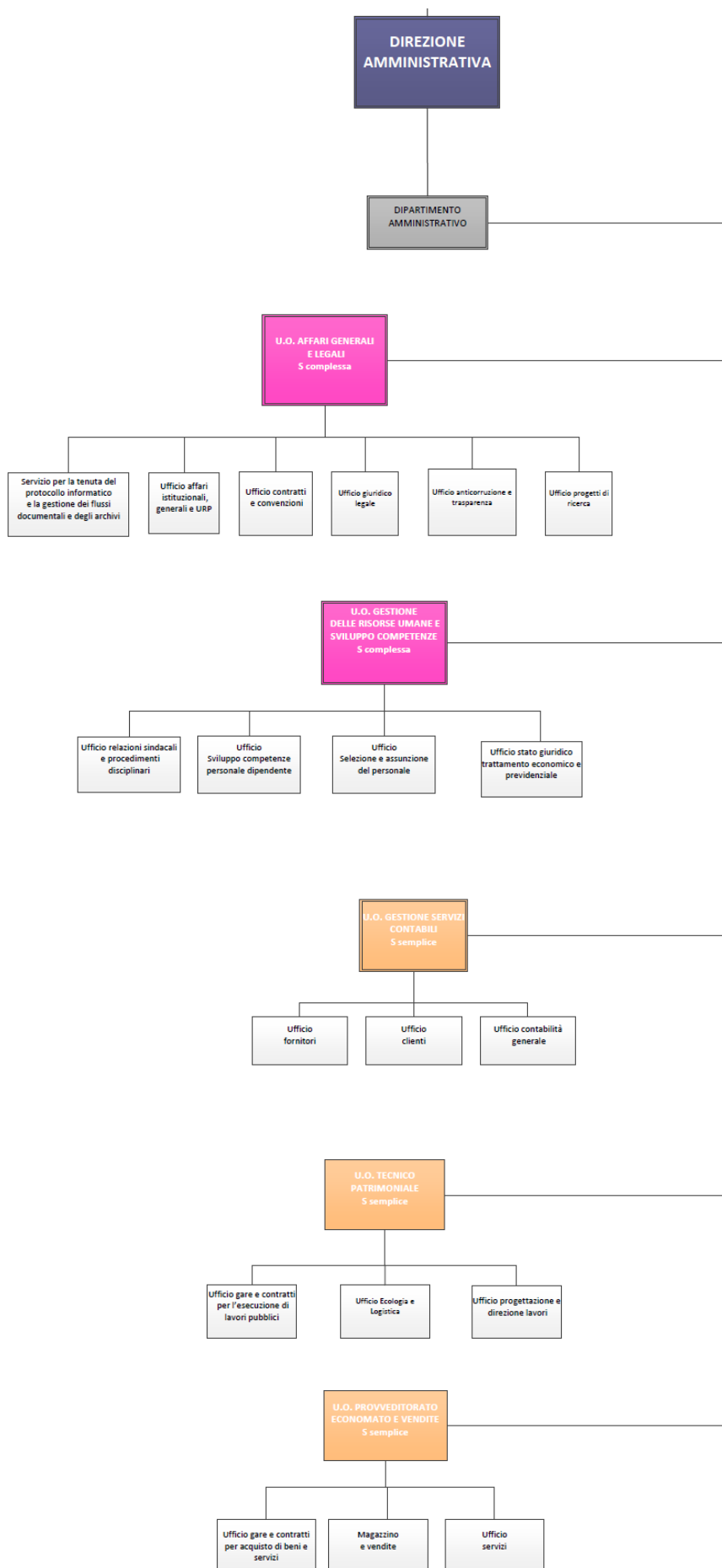


Figura : Direzione Generale

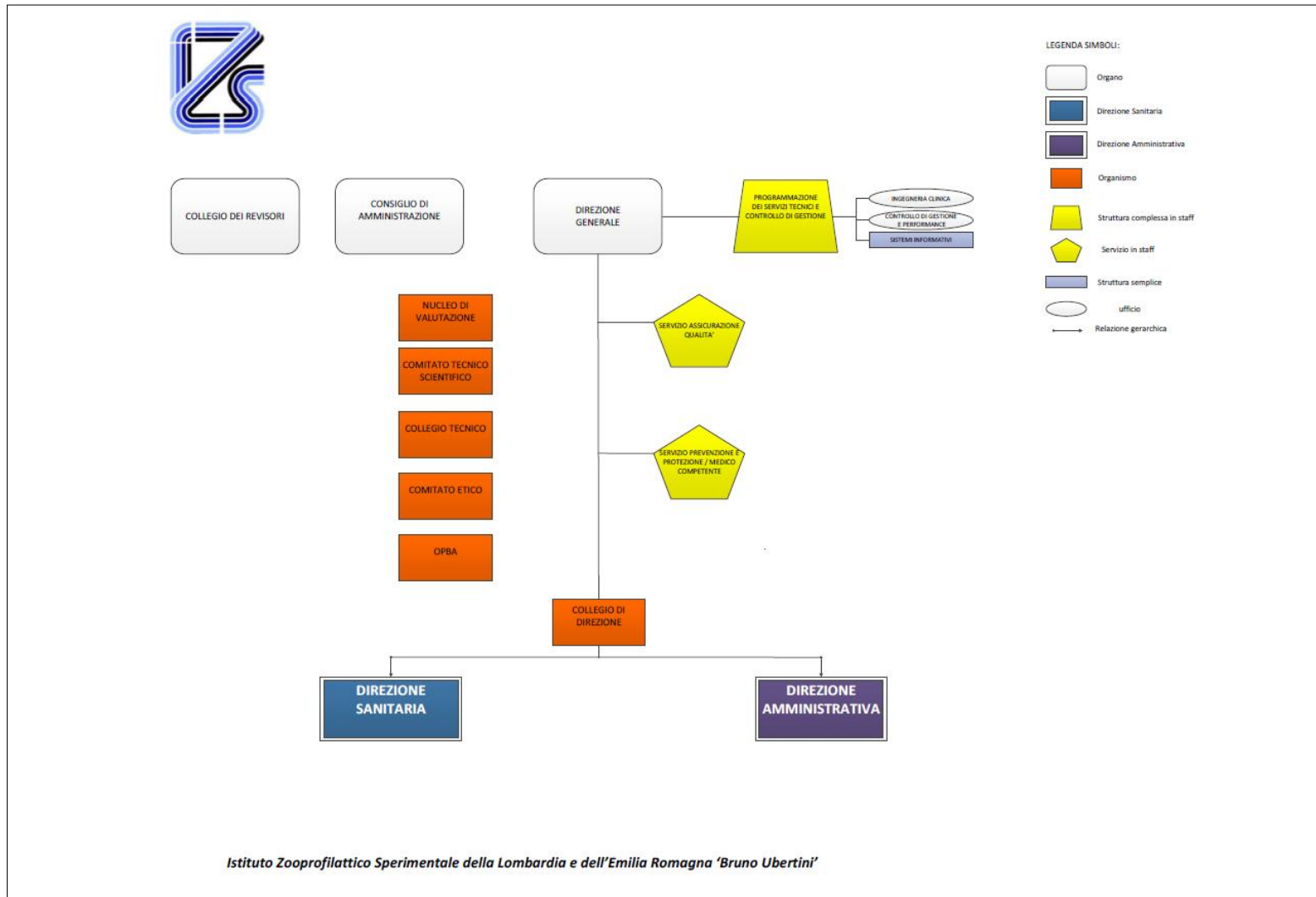


Figura : Direzione Sanitaria

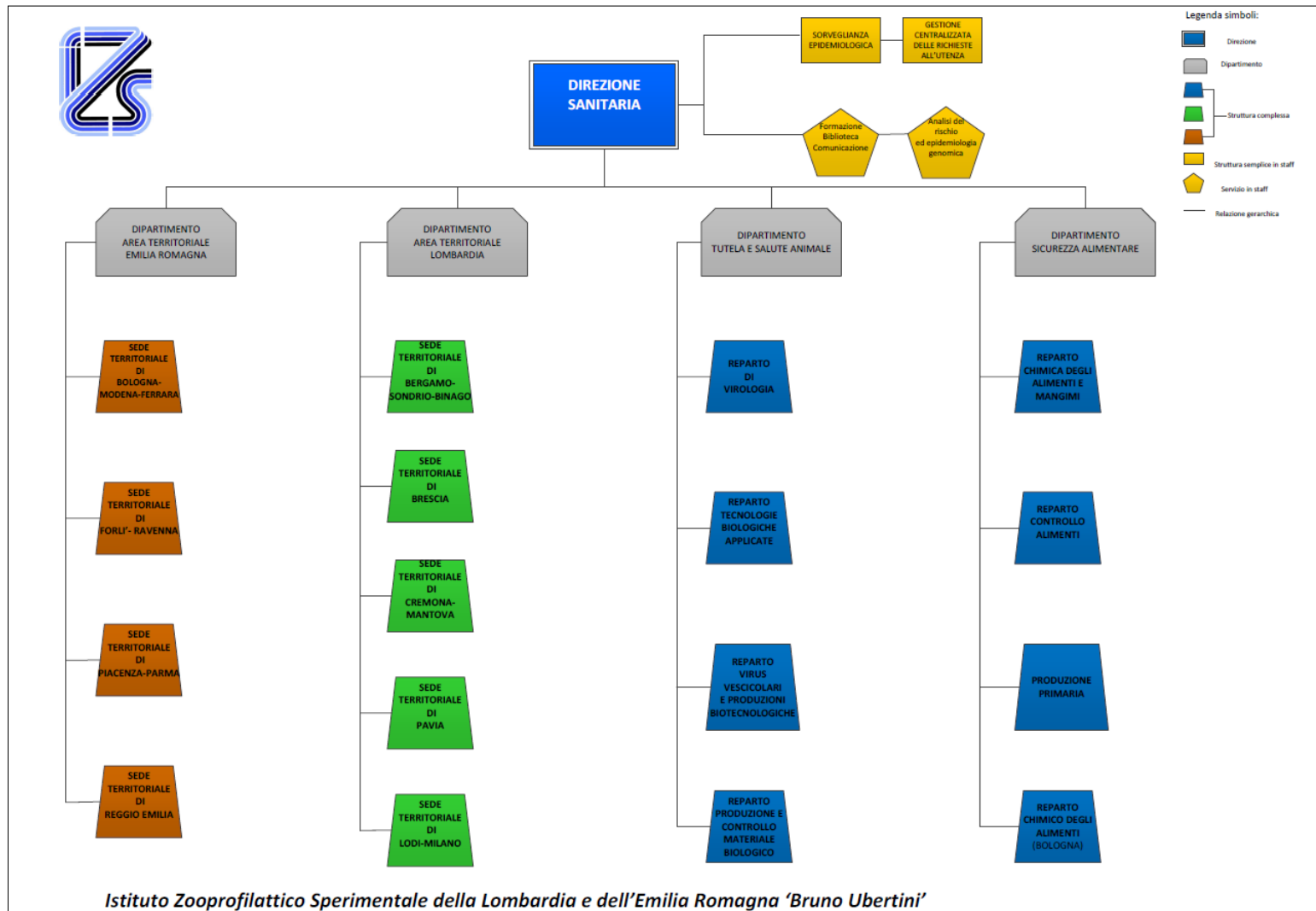
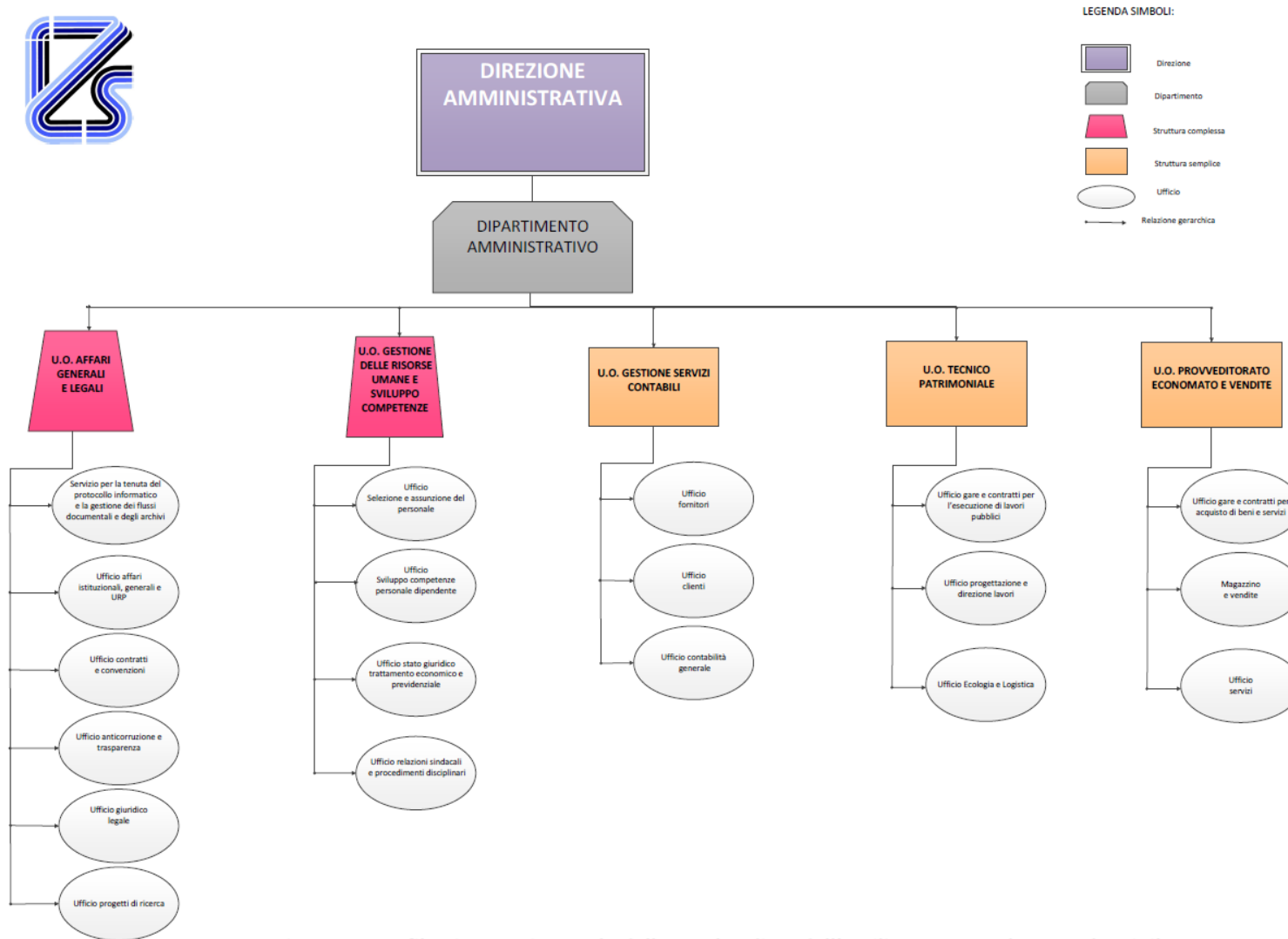


Figura : Direzione Amministrativa



Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna 'Bruno Ubertini'

Il nuovo modello organizzativo permette di porre le basi organizzative per perseguire la finalità di creare un'unica identità e integrare, capitalizzandole, le esperienze passate, mettendo a fattor comune le buone pratiche, con il desiderio di vivere una nuova realtà organizzativa.

I criteri utilizzati per la definizione dell'organizzazione sono:

- valorizzare le funzioni dell'IZSLER in tema di prevenzione, analisi della domanda, valutazione dei bisogni e governo dell'offerta;
- delineare un'organizzazione snella ma adeguata alla complessità dell'IZSLER;
- governare le tematiche e i processi con un'attenzione particolare all'articolazione territoriale;
- essere garante per la salute dei cittadini, integrandosi con gli enti sanitari e nazionali e tutti gli attori del territorio, in sinergia con le istituzioni locali.

Le denominazioni delle strutture e l'appartenenza sono indicati nelle seguenti tabelle:

Tab. DIPARTIMENTI

Denominazione
Dipartimento Area Territoriale Lombardia
Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna
Dipartimento Tutela e Salute Animale
Dipartimento Sicurezza Alimentare
Dipartimento Amministrativo

Tab. STRUTTURE COMPLESSE

Denominazione	Dipartimento/Staff
U.O. Programmazione dei Servizi Tecnici e Controllo di Gestione	Direzione Generale
Reparto Virologia	Tutela e salute animale
Reparto Virus Vescicolari e Produzioni Biotecnologiche	Tutela e salute animale
Reparto Tecnologie Biologiche Applicate	Tutela e salute animale
Reparto Produzione e Controllo Materiale Biologico	Tutela e salute animale
Reparto Produzione Primaria	Sicurezza alimentare
Reparto Controllo Alimenti	Sicurezza alimentare
Reparto Chimica degli Alimenti e Mangimi	Sicurezza alimentare
Reparto Chimico degli Alimenti – Bologna	Sicurezza alimentare
Sede Territoriale Brescia	Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Lodi Milano	Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Pavia	Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Bergamo Binago Sondrio	Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Cremona Mantova	Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Piacenza Parma	Area territoriale Emilia Romagna
Sede Territoriale Reggio Emilia	Area territoriale Emilia Romagna
Sede Territoriale Bologna Modena Ferrara	Area territoriale Emilia Romagna
Sede Territoriale Forlì Ravenna	Area territoriale Emilia Romagna

U.O. Affari Generali e Legali	Amministrativo
U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze	Amministrativo

Tab. STRUTTURE SEMPLICI

Denominazione	Dipartimento/Staff
U.O. Provveditorato Económico E Vendite	Amministrativo
Sistemi Informativi	Direzione Generale (Staff)
Gestione Centralizzata delle Richieste Dell'utenza	Direzione Sanitaria (Staff)
Sorveglianza Epidemiologica	Direzione Sanitaria (Staff)
Laboratorio di Virologia e Sierologia Specializzata e Microscopia Elettronica	Reparto Virologia – Tutela e salute animale
Laboratorio Di Proteomica E Diagnostica TSE	Reparto Virologia – Tutela e salute animale
Laboratorio Diagnostica Molecolare e OGM	Reparto Tecnologie Biologiche Applicate – Tutela e salute animale
Laboratorio Batteriologia Specializzata	Reparto Tecnologie Biologiche Applicate - Tutela e salute animale
Produzione Terreni	Reparto Produzione E Controllo - Tutela e salute animale
Laboratorio Analisi Autocontrollo	Reparto Produzione Primaria – Sicurezza alimentare
Laboratorio Contaminanti Ambientali	Reparto Chimica degli Alimenti e Mangimi – Sicurezza alimentare
Laboratorio Chimica Applicata alle Tecnologie Alimentari	Reparto Chimica degli Alimenti e Mangimi – Sicurezza alimentare
Laboratorio Contaminanti Ambientali	Reparto Chimico Degli Alimenti Bologna – Sicurezza alimentare
Sede Territoriale Milano	SC Lodi Milano - Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Binago	SC Bergamo – Binago - Sondrio- Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Sondrio	SC Bergamo – Binago – Sondrio - Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Mantova	SC Cremona – Mantova - Area territoriale Lombardia
Sede Territoriale Parma	SC Piacenza Parma - Area territoriale Emilia Romagna
Sede Territoriale Modena	SC Bologna Modena Ferrara - Area territoriale Emilia Romagna
Sede Territoriale Ferrara	SC Bologna Modena Ferrara - Area territoriale Emilia Romagna
Sede Territoriale Ravenna	SC Forlì Ravenna - Area territoriale Emilia Romagna
U.O. Gestione Servizi Contabili	Amministrativo
U.O. Tecnico Patrimoniale	Amministrativo

2.4 Cosa Facciamo

L'IZSLER svolge compiti inerenti l'area della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e del benessere animale, nonché attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria.

L'IZSLER opera come strumento tecnico scientifico dello Stato, della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo, in tal modo, al Ministero della salute, alle Regioni stesse e alle aziende sanitarie le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. In particolare, all'IZSLER sono affidate le seguenti funzioni istituzionali:

- erogazione del servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- supporto tecnico-scientifico e operativo all'azione di farmaco-vigilanza veterinaria;
- sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, igiene delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti, anche mediante l'attivazione di centri epidemiologici;
- attuazione di iniziative statali o regionali, anche in collaborazione con le università, per la formazione, l'aggiornamento e la specializzazione di veterinari e di altri operatori della sicurezza alimentare; cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario anche esteri, previa intese con il Ministero della Salute;
- esecuzione degli accertamenti analitici necessari alle azioni di polizia veterinaria e all'attuazione dei piani di profilassi, risanamento ed eradicazione;
- esecuzione degli esami necessari all'attività di controllo sugli alimenti di origine animale, nonché degli esami necessari all'attività di controllo sull'alimentazione animale;
- ricerca sperimentale sulla eziologia, patogenesi e profilassi delle malattie infettive diffuse degli animali;
- ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- supporto tecnico-scientifico e operativo per le azioni di difesa sanitaria e di miglioramento delle produzioni animali;
- ricerca di base e finalizzata per lo sviluppo delle conoscenze in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, secondo programmi e anche mediante convenzioni con università e istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, delle Regioni ed altri enti pubblici;
- studio e sperimentazione di tecnologie e metodiche necessarie al controllo sulla salubrità degli alimenti e dell'alimentazione animale;
- formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi e salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di Paesi esteri;
- elaborazione e applicazione di metodi alternativi all'impiego di modelli animali nella sperimentazione scientifica;
- consulenza e assistenza agli allevatori per la bonifica zoosanitaria, per lo sviluppo e il miglioramento igienico delle produzioni animali;
- produzione, commercializzazione e distribuzione di medicinali e prodotti necessari per la lotta alle malattie degli animali e per l'espletamento delle funzioni di sanità pubblica veterinaria.

L'Istituto in aggiunta ai succitati compiti istituzionali può, nel rispetto della normativa vigente, stipulare convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni ad enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private, purché:

- sia assicurata la prevalenza dell'attività ordinaria e non venga ad essa arrecato pregiudizio;
- siano adottate le misure necessarie per evitare conflitto di interessi;
- sia applicato l'apposito tariffario per le prestazioni erogate a titolo oneroso approvato dalle Regioni, ferma restando la gratuità delle prestazioni rese alle Aziende Sanitarie;
- sia assicurata una gestione contabile separata.

Rilevanti sono le attività tecnico-scientifiche e di supporto svolte in ambito internazionale a favore dell'Unione Europea (UE), dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) che riconoscono ad IZSLER la presenza di laboratori di riferimento e centri di collaborazione.

Il responsabile di ogni Laboratorio è un esperto riconosciuto a livello internazionale, in grado di fornire assistenza tecnico-scientifica e consulenza specialistica sulla sorveglianza e la profilassi della malattia di interesse del Laboratorio.

L'Istituto è altresì sede di Centri di Riferimento Nazionali (CdRN), strumenti operativi di elevata e provata competenza, individuati dal Ministero della Salute.

Infine, l'IZSLER è anche sede di Centri di Riferimento Regionali per le due regioni di riferimento.

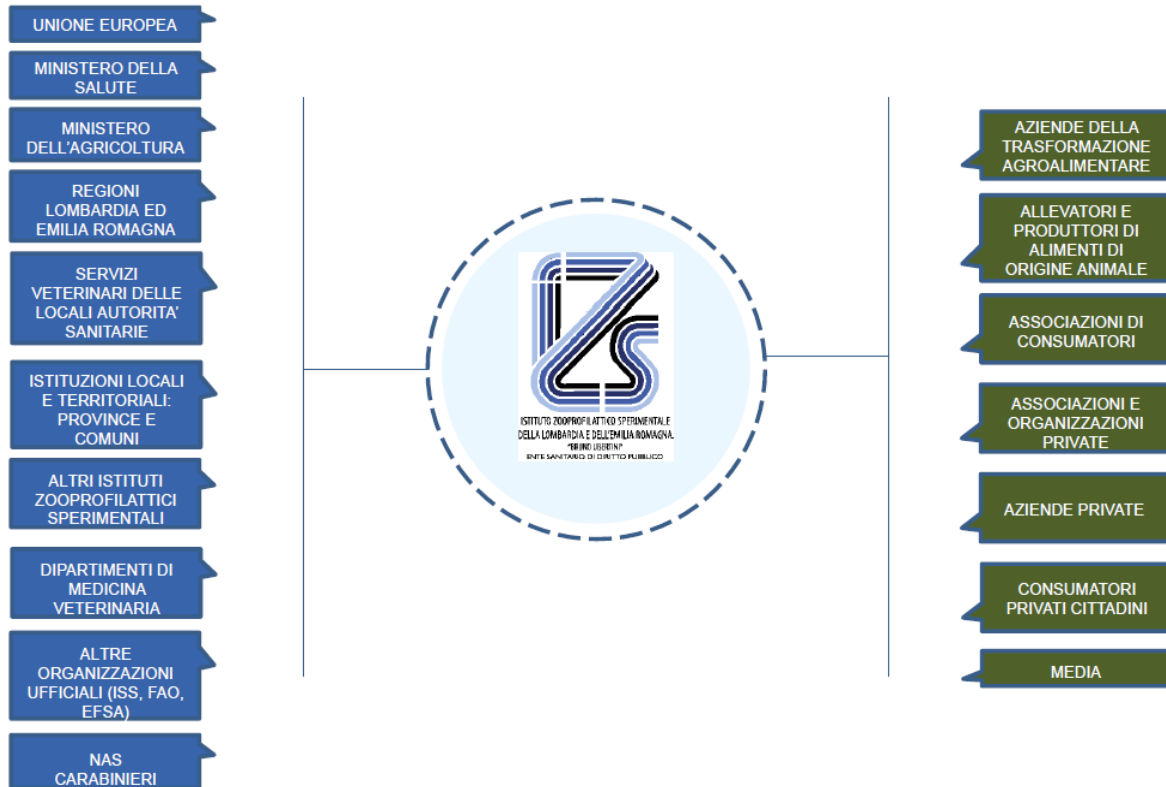
2.5 Come Operiamo

IZSLER ha rapporti stretti con portatori di interessi pubblici e privati (Fig: Stakeholders)

- l'Unione Europea, i Ministeri e le Regioni che emanano linee programmatiche e di indirizzo che l'Istituto è tenuto a seguire;
- le Amministrazioni pubbliche, gli altri IZZSS, i Servizi veterinari delle ATS e AUSL per l'espletamento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria;
- i soggetti privati, quali organizzazioni ed associazioni, fruitori dei servizi resi dall'Istituto;
- i cittadini e i consumatori portatori dell'interesse collettivo della tutela della salubrità degli alimenti, della sanità e dell'igiene animale e delle produzioni zootecniche, nonché dell'igiene ambientale.

Al fine di valorizzare la propria attività di ricerca ed il conseguente supporto che la ricerca dà all'eccellenza della diagnostica e della produzione, l'IZSLER lavora in sinergia e secondo una logica di rete con altre istituzioni favorendo la cooperazione con Enti di Ricerca ed Università, nazionali e stranieri mediante la stipula di accordi di collaborazione scientifica, di Material Transfer Agreement (MTA) e di Accordi di Segretezza. Perseguendo tali strategie l'Ente ha formalizzato collaborazioni con prestigiosi interlocutori nel campo della veterinaria, della chimica e della biologia regolamentando le rispettive attività e tutelando adeguatamente il proprio patrimonio di know-how.

Figura Stakeholders



2.6 La politica della qualità

L'Istituto, da sempre impegnato nell'ottenimento di una qualità sostanziale delle proprie attività, ha prontamente raccolto, e per certi versi anticipato, le disposizioni riguardanti:

- la Buona Prassi di Laboratorio (D.Lgs.n.120 del 27.01.1992);
- l'attività di controllo ufficiale dei prodotti alimentari (Direttiva 93/99/CEE recepita con D. Lgs. 26.05.1997, n.156);
- l'attività di autocontrollo degli Istituti Zooprofilattici (Lettera Circolare Ministero della Sanità, D.G.S.V. - Divisione II - Prot.n. 600.2/24438/4660 del 28.07.1995).

Fedele al principio che la Qualità non è autoreferenziale ma è tale solo se verificata da terzi, l'Istituto ha quindi deciso di perseguire l'obiettivo dell'eccellenza: l'accreditamento secondo le norme internazionali per la competenza dei laboratori di prova. L'accreditamento, come espresso nel relativo certificato che viene rilasciato da ACCREDIA unico organismo nazionale designato dallo Stato (Decreto del Ministero dello sviluppo Economico del 22 dicembre 2009) a svolgere attività di accreditamento (e di vigilanza economica) riconosce la competenza tecnica del Laboratorio relativamente alle prove accreditate secondo il proprio Sistema Qualità e la conformità di tale sistema di gestione alle prescrizioni della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e taratura" ed alle prescrizioni ACCREDIA. L'Organismo di Accreditamento, essendo parte terza indipendente e rappresentativo di tutte le parti interessate, garantisce gli utenti, attraverso verifiche periodiche, sulla competenza ed imparzialità dei Laboratori nella effettuazione delle prove Accreditate.

In tale contesto la politica della qualità dell'ente si è adeguata per ampliare nel tempo e migliorare con l'evoluzione delle tecniche, il servizio offerto in termini di numero e tipologia di prove accreditate. Nel continuo sviluppo del proprio sistema di gestione della qualità, al servizio della collettività, l'Istituto rappresenta il laboratorio italiano con il più elevato numero di prove sotto accreditamento intese come totale delle prove accreditate nelle diverse sedi territoriali e nella sede centrale di Brescia. L'Ente è riconosciuto come unico Laboratorio "multisito" accreditato "ACCREDIA" ed è identificato dal numero di accreditamento "0148", attraverso il quale si accede agli elenchi prove delle diverse sedi che sono pubblicati sul sito dello stesso Ente di Accreditamento. (nel certificato di accreditamento ci sono le sedi ma non le prove)


Le prove accreditate dai Reparti della sede centrale e dalle Sedi Territoriali dell'Istituto al 09.12.2020 sono n.1418.

Sempre in base al perseguimento della qualità sostanziale e della non autoreferenzialità, l'Istituto, al fine di fornire ulteriori servizi qualificati, ha inoltre acquisito la certificazione ISO 9001 nel Settore della Formazione, nell'ambito dello sviluppo e produzione di substrati cellulari, conservazione e cessione di risorse biologiche (Biobanca) e nell'ambito della produzione di vaccini stabulogeni.

3. IZSLER IN CIFRE

3.1 Sede Legale, Elementi Identificativi e Patrimonio

La sede legale dell'Istituto è a Brescia. Sul territorio delle Regioni di competenza operano, con prevalente distribuzione provinciale, le articolazioni periferiche dell'Istituto, denominate "Sedi Territoriali".

		<h2>LOMBARDIA</h2>	
<h3>UNITÀ TERRITORIALI</h3>			
<u>Bergamo</u>		<u>Milano</u>	
<u>Brescia</u>		<u>Pavia</u>	
<u>Cremona</u>		<u>Sondrio</u>	
<u>Lodi</u>		<u>Varese - Binago</u>	
<u>Mantova</u>			

		<h2>EMILIA ROMAGNA</h2>	
<h3>UNITÀ TERRITORIALI</h3>			
<u>Bologna</u>		<u>Parma - Cornocchio</u>	
<u>Ferrara - Cassana</u>		<u>Piacenza - Gariga</u>	
<u>Modena</u>		<u>Forlì</u>	
<u>Reggio Emilia</u>		<u>Ravenna - Lugo</u>	

3.2 Centri di Referenza, Centri di Riferimento, Centri di Collaborazione

L'Istituto è anche sede di Centri di Referenza Nazionali (CdRN), strumenti operativi di elevata e provata competenza, individuati dal Ministero della Salute.

L'attività dei Centri di Referenza Nazionali contempla un pacchetto diversificato di attività, descritte nei documenti di assegnazione del centro, e riassunte nei seguenti incarichi:

- 1) Svolgimento di attività diagnostica di eccellenza,
- 2) Formazione e addestramento del personale scientifico, anche di altri enti
- 3) Produzione di materiali di riferimento per i laboratori nazionali
- 4) Coordinamento delle attività di ricerca nel settore specifico
- 5) Sviluppo di metodi e produzione di linee guida
- 6) Risk assesment e supporto alla stesura di policy
- 7) Networking con gli altri IIZZSS

Infine, l'IZSLER è inoltre sede di Centri di Riferimento Regionali per le due regioni di riferimento. I centri di referenza di IZSLER sono riepilogati nella Tabella: Centri di Referenza, di Riferimento, di Collaborazione.

Tabella: Centri di Referenza, di Riferimento, di Collaborazione

Centri di Referenza o di Collaborazione Internazionali
1. Centro di Referenza FAO: Afta Epizootica e Malattia Vescicolare del suino (lettera di incarico 19.11.1015)
2. Laboratorio di Referenza OIE: Malattia Vescicolare del Suino (59 General Session 1991)
3. Laboratorio di Referenza OIE: Malattia Emorragica del Coniglio (59 General Session 1991)
4. Laboratorio di Referenza OIE: Influenza Suina (80° General Session Paris 20-25 May 2012 resolution n. 20)
5. Laboratorio di Referenza OIE: Myxomatosi del Coniglio (80° General Session Paris 20-25 May 2012 resolution n. 20)
6. Laboratorio di Referenza OIE: Foot and mouth disease (81° General Session Paris 26-31 May 2013 resolution n. 32)
7. Collaborating Centre for Cell Cultures (81° General Session Paris 26-31 May 2013 resolution n. 32), rinominato Veterinary Biological Biobank (March 2014)
8. Centro di referenza europeo per le piccole specie alleviate a scopo zootecnico (EUROCAW-SMALL ANIMAL)
Centri di Referenza Nazionali
1. Centro di Referenza Nazionale per lo studio e la diagnosi dell'afta epizootica e delle malattie vescicolari (DM 2.11.1991)
2. Centro di Referenza Nazionale per la Leptospirosi (DM 4.10.1999)
3. Centro di Referenza Nazionale per la Clamidiosi (DM 4.10.1999)
4. Centro di Referenza Nazionale per la malattia di Aujeszky – Pseudorabbia (DM 8.5.2002)
5. Centro di Referenza Nazionale per il Benessere Animale (DM 13.02.2003)
6. Centro di Referenza Nazionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria (DM 27.08.2004)
7. Centro di Referenza Nazionale per i Metodi Alternativi, Benessere e Cura degli Animali da Laboratorio (DM 20.04.2011)
8. Centro di referenza nazionale per la tubercolosi da M. bovis (DM 4.10.1999)
9. Centri di referenza nazionale per la tularemia (DM 4.10.1999)
10. Centro di referenza nazionale per le Malattie Virali dei Lagomorfi (DM 8.5.2002)
11. Centro di referenza nazionale per la qualità del latte bovino (DM 8.5.2002)
12. Centro di referenza nazionale per la paratubercolosi (DM 13.02.2003)
13. Centro di referenza nazionale per i rischi emergenti in sicurezza alimentare (DM 18.1.2013)
Laboratori Nazionali di Riferimento
1. Laboratorio Nazionale di Riferimento per le tossine vegetali negli alimenti. (art. 100 reg. UE 625/2017)
Centri di Riferimento regionali

1. Laboratorio di riferimento regionale per la determinazione rapida degli agenti batterici ad alta diffusione a potenziale impiego bioterroristico (Decreto DG Sanità 1044 del 12.02.13); REGIONE LOMBARDIA
2. Centro di Referenza Regionale per la promozione e il coordinamento di metodi alternativi (Legge Regionale 02.03.15 n.4); REGIONE LOMBARDIA
3. Laboratorio di riferimento regionale per la conferma diagnostica di Botulino; REGIONE EMILIA-ROMAGNA
4. Centro di Referenza Regionale Enteric per i patogeni enterici (nota DG sanità protocollo 2012/151207); REGIONE EMILIA-ROMAGNA

3.3 Attività analitica, pubblicazioni e progetti di ricerca

In riferimento all'attività analitica, alle pubblicazioni e ai progetti di ricerca, alla data del 31.12.2019, i Dipartimenti hanno elaborato i seguenti dati come riportato nella sotto indicata tabella.

DIPARTIMENTI	N° ESAMI*	N° PUBBLICAZIONI**	N° PROGETTI RICERCA***
SICUREZZA ALIMENTARE	1.833.681	24	36
AREA TERR. LOMBARDIA	1.613.476	13	39
AREA TERR. EMILIA ROMAGNA	1.049.974	31	60
TUTELA E SALUTE ANIMALE	700.960	34	85

*Dati elaborati dal Controllo di Gestione - **Dati elaborati da Incites - ***Dati elaborati dal data base progetti di ricerca

3.4 Risorse Finanziarie

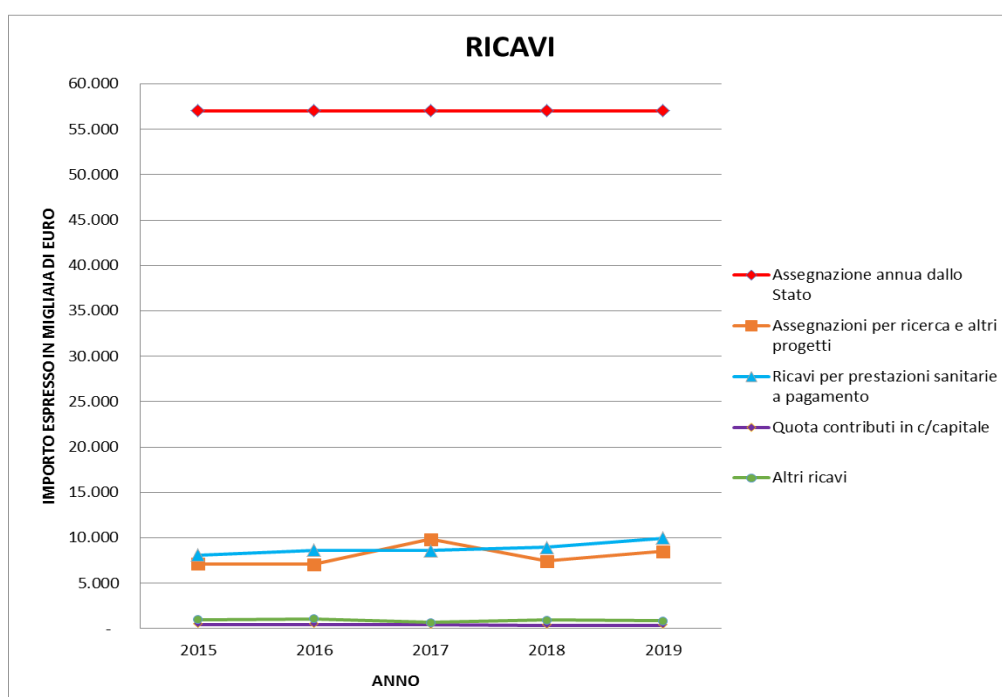
L'IZSLER gode di situazione reddituale e patrimoniale virtuosa, che si è progressivamente accentuata negli anni. I bilanci di esercizio hanno sempre chiuso con un risultato di gestione positivo che ha progressivamente rafforzato la solidità finanziaria e patrimoniale dell'Ente. Un punto di forza è sicuramente la valorizzazione dell'attività a pagamento, che consente di ottimizzare e razionalizzare le risorse umane e materiali utilizzate nei diversi processi sanitari e amministrativi.

I ricavi

Il valore della produzione dell'IZSLER può essere sintetizzato nelle seguenti macro voci:

- assegnazione annua dallo Stato
- contributi per la ricerca e altre attività aggiuntive
- ricavi per prestazioni a pagamento
- altri ricavi

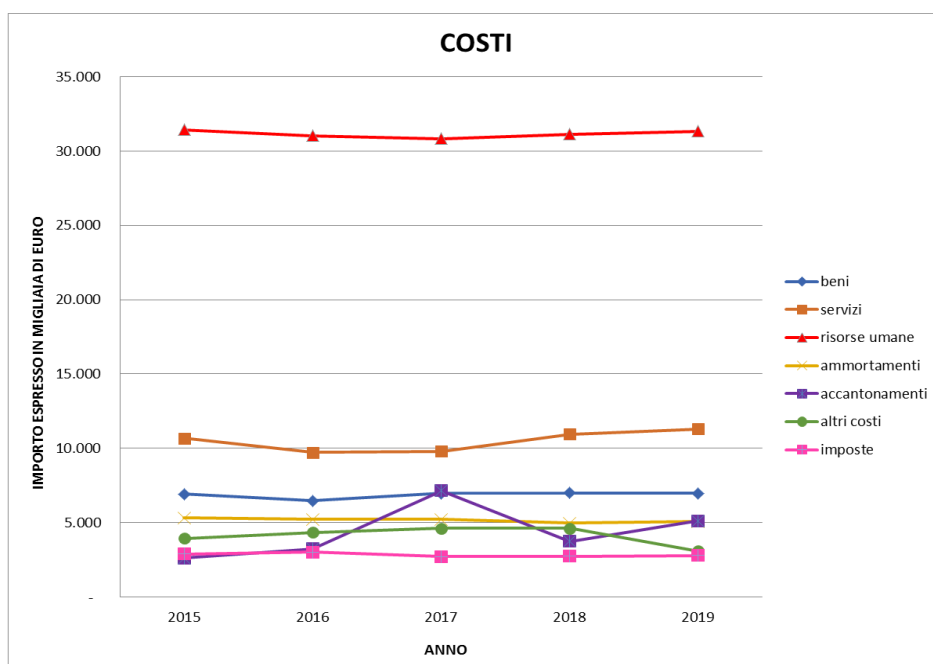
Nella tabella seguente è riportato il trend delle macro-voci di ricavo negli ultimi anni.



I ricavi complessivi del periodo considerato hanno avuto un valore superiore a 70.000.000 euro. L'attività a pagamento si è assestata su un valore di circa 8.500.000 euro, mentre il risultato di gestione si è assestato su valori di circa 10.000.000 euro.

I costi della gestione

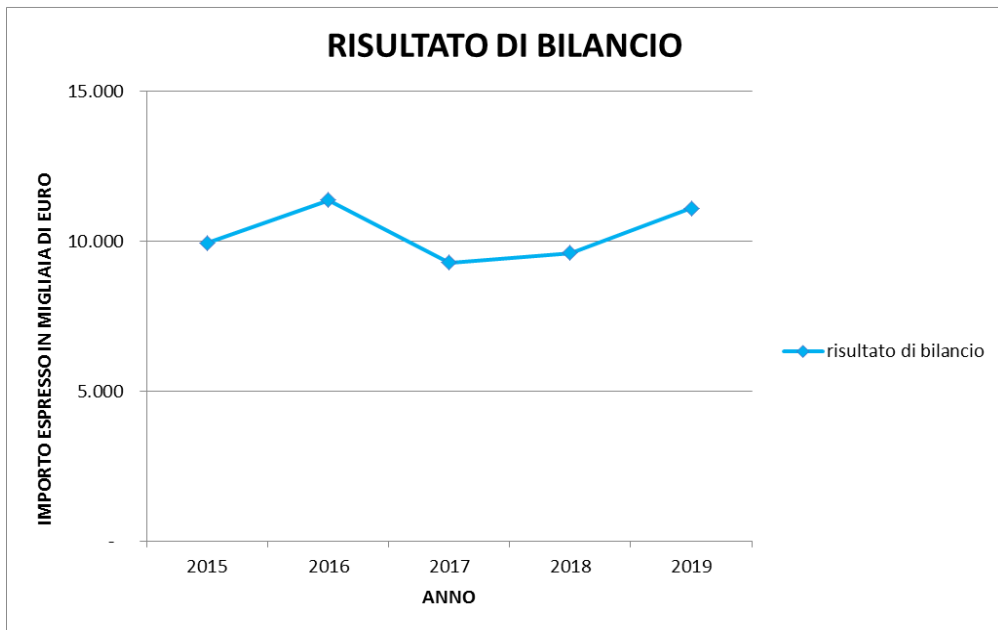
I costi sostenuti per il funzionamento e l'erogazione delle prestazioni sono riassunti nel seguente prospetto:



Il bilancio di previsione per l'esercizio 2021

Rispetto ai dati storici che riportano sempre risultati di gestione positivi, le indicazioni regionali prevedono che il bilancio di previsione venga presentato in pareggio.

La voce accantonamenti per rischi viene utilizzata ed incrementata per consentire di presentare un documento con tale risultato finale.



Conto Economico Bilancio Preventivo (D.Lgs. 23/6/2011 - n.118) anno 2021

Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna

I.Z.S. DELLA LOMBARDIA ED EMILIA ROMAGNA

ANNO

2021

Dati in €/1.000

Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio consuntivo 2019	Bilancio preconsuntivo 2020	Bilancio Preventivo 2021
A	A) Valore della produzione			
A1	A1) Contributi in conto esercizio	62.434	60.207	59.297
A2	A2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	0
A3	A3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di es.precedenti	3.120	2.927	4.628
A4	A4) Ricavi per prestazioni sanitarie	9.991	7.928	8.563
A5	A5) Concorsi, recuperi e rimborsi	261	252	246
A6	A6) Quota contributi in conto capitale imputata nell'esercizio	383	385	382
A7	A7) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
A8	A8) Altri ricavi e proventi	597	345	348
A_T	TOTALE A)	76.787	72.044	73.464
B	B) Costi della produzione			
B1	B1) Acquisti di beni	6.962	9.095	9.179
B2	B2) Acquisti di servizi	2.433	2.367	2.376
B3	B3) Acquisti di servizi non sanitari	8.870	8.885	9.007
B4	B4) Manutenzione e riparazione	2.855	2.961	3.017
B5	B5) Godimento di beni di terzi	147	192	198
B6	B6) Costi del personale	31.346	32.875	34.129
B7	B7) Oneri diversi di gestione	1.297	1.534	1.448
B8	B8) Ammortamenti	5.074	5.170	5.350
B9	B9) Svalutazione dei crediti	7	150	150
B10	B10) Variazione delle rimanenze	100	45	53
B11	B11) Accantonamenti	5.120	2.981	5.280
B_T	TOTALE B)	64.212	66.255	70.186
B_Z	Differenza tra valore e costi della produzione	12.574	5.789	3.278
C	C) Proventi e oneri finanziari			
C_T	TOTALE C)	(0)	(0)	(0)
D	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
D_T	TOTALE D)	0	0	0
E	E) Proventi e oneri straordinari			
E_T	TOTALE E)	1.316	(354)	(380)
E_Z	Risultato prima delle imposte	13.890	5.435	2.898
Y	Y) Imposte sul reddito dell'esercizio			
Y_T	TOTALE Y)	2.785	2.785	2.898
Z_99	Utile (perdita) dell'esercizio	11.105	2.650	0

3.5 Risorse umane

L'IZSLER è una realtà ad elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

Il numero dei dipendenti al 31.12.2020 è pari a 653 unità, di cui si riporta la componente a tempo indeterminato e determinato, suddivisa a sua volta nei vari ruoli, come meglio dettagliato nella tabella sotto riportata.

PERSONALE SUDDIVISO PER RUOLO	A TEMPO DETERMINATO	A TEMPO INDETERMINATO	TOTALE
Comparto ruolo sanitario	2	126	128
Comparto ruolo tecnico	34	265	299
Comparto ruolo amministrativo	10	81	91
Comparto piramide ricerca	14	0	14
Dirigenza veterinaria	6	74	80
Dirigenza sanitaria	3	30	33
Dirigenza professionale	0	1	1
Dirigenza tecnica	0	2	2
Dirigenza SPTA	1	4	5
Totale complessivo	70	583	653

3.6 Politiche di genere

In Istituto lavorano n.458 donne e n. 245 uomini, così suddivisi:

	UOMINI	DONNE
Borsisti	15	35
Comparto	172	360
Dirigenza	58	63
Totale	245	458

Il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le Discriminazioni

L'Organismo nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 408 del 12.7.2011 esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica e persegue i seguenti obiettivi:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere;
- garantire l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica o di discriminazione;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità.

L'Organismo è stato rinnovato con Decreto del Direttore Generale n. 272 del 13/12/2017.

4.IL PERCORSO DAGLI IMPEGNI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI STRATEGICI

4.1 Il percorso in sintesi

Gli impegni strategici su cui sarà impegnato l'Istituto nel prossimo triennio 2021-2023, discendono da norme di carattere regionale e nazionale, dagli indirizzi strategici individuati dal Consiglio di Amministrazione nella deliberazione n. 16 del 15/12/2020 e dal Piano di Pluriennale delle attività delle attività adottato con deliberazione n. 9 del 22.07.2020.

Gli impegni strategici declinati dalla programmazione del Piano di Sviluppo Quadriennale e dagli indirizzi strategici del Consiglio di Amministrazione, vengono tradotti in obiettivi Strategici e nelle rispettive azioni/indicatori e ricomprendono quindi:

- **obiettivi istituzionali** della Sanità Pubblica Veterinaria, la cui obbligatorietà deriva dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale;
- **obiettivi vincolanti** declinati dalla programmazione del Piano di Sviluppo Quadriennale e sulla base degli indirizzi strategici del Consiglio di Amministrazione.

La declinazione degli stessi viene dettagliate successivamente.

Gli obiettivi Strategici sono collegati alle varie dimensioni della Performance, rappresentate da n. 8 Macro Aree, le quali vengono presidiate dalla Direzione Strategica, attraverso cui è possibile valutare in modo integrato i risultati aziendali.

Gli obiettivi strategici vengono declinati annualmente dalla Direzione Generale come obiettivi annuali operativi e assegnati a tutte le strutture.

La Direzione Dipartimentale nell'assegnare alle strutture gli obiettivi operativi codificati dalla Direzione Generale dovrà considerare i seguenti aspetti fondamentali quali:

- a) Attività di ricerca e progetti sperimentali
- b) Formazione e aggiornamento del personale
- c) Coordinamento con altre Autorità Competenti
- d) Partnership
- e) Sistema di Audit
- f) Sinergie con altri enti

Quest'approccio garantisce una programmazione locale basata non solo sull'ottemperanza alle norme, ma anche sul rispetto delle peculiarità dei singoli Dipartimenti, del contesto produttivo e della disponibilità di risorse.

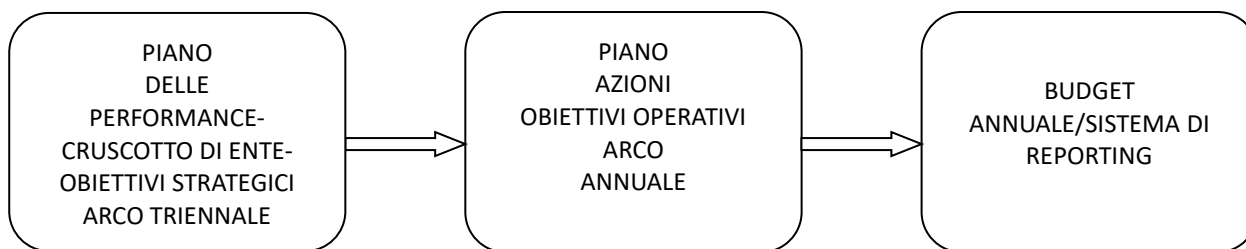
I Dipartimenti sono chiamati ad assegnare gli obiettivi per le proprie strutture, dopo aver definito le risorse per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali. Ciò consente un'organizzazione dei servizi più appropriata.

Di seguito la successione logica delle fasi:

1) Il Piano delle Performance con sviluppo su arco triennale degli obiettivi strategici, rappresentati nel Cruscotto di Ente; (Tabella 1).

2) Il Piano delle azioni con i relativi obiettivi operativi e indicatori individuati per l'anno in corso, rappresenta lo strumento di programmazione annuale, come dettagliato al Punto 6.1;

3) Il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, gli obiettivi annuali, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Strutture/Unità Operative e sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Strutture/Unità Operative (vedi punto 4.5)



4.2 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici sono divisi in:

1) Obiettivi istituzionali

Gli obiettivi istituzionali, la cui obbligatorietà discende da norme di carattere nazionale e regionale, riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza, più comunemente noti con l'acronimo LEA, rappresentano "le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini", gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale".

L'attività svolta dalla Sanità Pubblica Veterinaria è sostanzialmente ricompresa in 2 aree di intervento previste nel livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica":

- Salute animale e igiene urbana veterinaria
- Sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori.

2) Obiettivi vincolanti

Gli obiettivi vincolanti sono individuati in:

- a) Obiettivi del Piano Pluriennale delle attività.

Il piano individua gli obiettivi classificandoli in:

- Obiettivi di Governance
- Obiettivi di Sicurezza Alimentare
- Obiettivi di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
- Ricerca

Il piano individua gli obiettivi in funzione:

- della rilevanza sanitaria del problema
- dell'impatto socio-economico
- dell'impatto sulla salute e sugli interessi dei cittadini e consumatori
- dell'impatto sulle reti commerciali.

- b) Obiettivi di indirizzo definiti dal Consiglio di Amministrazione con la deliberazione n. 16 del 15/12/2020, come qui di seguito dettagliato:

- 1) promuovere il processo di budget annuale per la contrattazione, misurazione e verifica degli obiettivi annuali di performance assegnati alle strutture;
- 2) realizzare le azioni necessarie al fine di ottimizzare le attività di supporto ai laboratori in materia di acquisizione di beni e servizi anche con l'attivazione del servizio di ingegneria clinica;
- 3) potenziare l'informatizzazione hardware e software per migliorare il supporto alle attività amministrative, di analisi, di ricerca e della formazione;

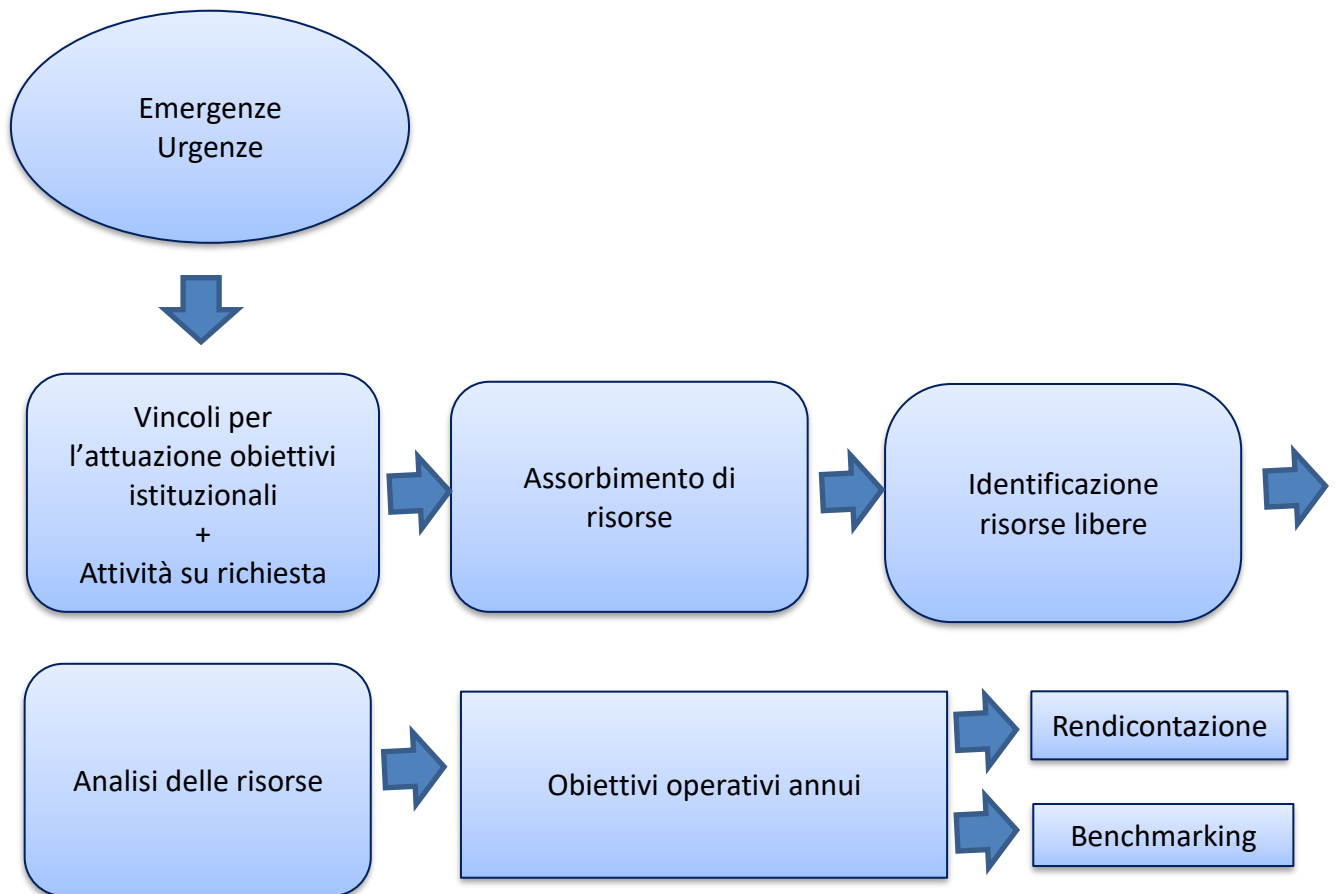
- 4) potenziare il processo di dematerializzazione per uno snellimento delle attività amministrative;
- 5) gestire in modo appropriato ed innovativo il ricambio generazionale con l'individuazione nel piano dei fabbisogni di nuove professionalità adeguate a garantire lo sviluppo di competenze necessarie alle attività istituzionali;
- 6) promuovere un "Programma innovativo della ricerca in IZSLER" volto a valorizzare anche le attività scientifiche e le competenze dei centri di referenza, individuando settori di sviluppo e delle linee di ricerca. Tale programma deve prevedere una forte integrazione fra componente sanitaria ed amministrativa;
- 7) promuovere appropriate collaborazioni con le università delle due regioni finalizzate allo sviluppo di progetti comuni tesi a valorizzare le competenze del personale di IZSLER e delle università
- 8) potenziare le attività e sviluppare le competenze dei seguenti servizi:
 - sorveglianza epidemiologica
 - analisi del rischio
 - epidemiologia genomica
 - valutazione dell'impatto delle tecnologie alimentari sui rischi per i consumatori
 - cooperazione internazionale
 - parassitologia
 - entomologia sanitaria
- 9) sviluppare percorsi di formazione avanzati ed innovativi per le Aziende sanitarie su tematiche rilevanti, quali:
 - malattie infettive e attività di valutazione di scenari in caso di emergenze da malattie infettive. Valutazione della soppressione di animali in caso di malattie e delle modalità di supporto ai territori e alle Regioni;
 - tecnologia alimentare, analisi del rischio;
 - campionamenti ufficiali tecniche e metodi;
 - problematiche export e tecniche di controllo nell'ambito della definizione dei principi di equivalenza dei sistemi sanitari;
 - One health.
- 10) Promuovere il miglioramento tecnologico e l'automazione nei settori analitici di competenza.

4.3 Pianificazione degli obiettivi

Con l'approvazione del Piano della performance triennale 2021-2023 da parte del Consiglio di Amministrazione vengono definiti gli obiettivi triennali istituzionali e vincolanti.

In attuazione del piano stesso, la Direzione Generale, annualmente declina il Piano delle Azioni con gli obiettivi operativi annuali che vengono codificati nelle schede di budget per la Direzione Sanitaria, Amministrativa, per i dipartimenti e tutte le strutture.

In sede di programmazione, la Direzione Dipartimentale effettua in prima istanza l'analisi delle risorse richieste per adempiere agli obiettivi istituzionali, la restante partizione delle risorse viene articolata per l'attuazione degli obiettivi vincolanti.



Per ciascun Dipartimento la programmazione verrà declinata secondo obiettivi come da schema sopra descritto e si effettuerà una valutazione della performance raggiunta tramite indicatori che permetteranno di individuare potenziali punti critici, aree di miglioramento e di allocare al meglio le risorse.

4.4 Indicatori di attività e Performances dei Dipartimenti

L'attività analitica è la maggiore attività di IZSLER che determina l'86% circa dei ricavi con oltre 5.000.000 di prove eseguite, a cui si aggiunge l'attività di produzione e vendita prodotti e di produzione interna. In questa prima fase di avvio del processo di controllo di gestione sono stati individuati i seguenti indicatori a supporto dell'attività programmatoria della Direzione Dipartimentale:

- N. esami da attività analitica
- Full Time Equivalenti dirigenza (FTED)
- Full Time Equivalenti comparto (FTEC)
- Full Time Equivalenti Totale (FTET= FTED+FTEC)
- Ricavi da attività analitica (RA)
- Ricavi da vendita prodotti (RVP)
- Ricavi da prodotti interni (RPI)
- Ricavo Totale (RT = RA+RVP+RPI)
- Ricavo per FTE (RT/FTET)

Il FTE è una misura sintetica delle risorse effettivamente disponibili per l'esecuzione di attività o progetti. Permette di effettuare confronti tra strutture indipendentemente dal numero effettivo di persone presenti.

Di seguito i valori degli indicatori di attività e performances relativi al 2019 per i Dipartimenti tecnici:

Dipartimento	N.esami	FTED	FTEC	FTET	RA	RVP	RPI	RT	RT/FTET
Dipartimento Sicurezza Alimentare	1833681	19.5	87.2	106.7	6,409,298.00 €	3,228.00 €	2,466.00 €	6,414,992.00 €	60,122.00 €
Area Territoriale Lombardia	1613476	26.4	83.6	110.2	4,643,702.00 €	2,925.00 €	52,755.00 €	4,699,382.00 €	42,722.00 €
Area Territoriale Emilia Romagna	1049974	26.0	76.4	102.4	4,845,732.00 €	1,163.00 €	17,767.00 €	4,864,662.00 €	47,506.00 €
Dipartimento Tutela e Salute Animale	700960	23.9	97.6	121.5	2,027,631.00 €	1,663,475.00 €	1,109,738.00 €	4,800,844.00 €	38,513.00 €
Totali	5198091	95.8	344.8	440.6	17,926,363.00 €	1,670,791.00 €	1,182,726.00 €	20,779,880.00 €	47,163.00 €

A questi indicatori, dettagliati per Dipartimento, Reparti e Laboratori, saranno affiancati Indicatori di attività e performances, in fase di sviluppo, relativi alle attività di ricerca svolta in IZSLER e alle attività amministrative.

4.5 Il sistema di budget

L'Istituto intende ottimizzare e rendere operativo un sistema di budget come strumento di programmazione delle attività dell'Istituto e come un sistema gestionale idoneo a programmare e a controllare l'attività della stessa, al fine di dotarlo di una gestione più efficiente ed efficace. Il budget è il mezzo grazie al quale l'Istituto effettua la previsione dell'andamento, operativo/economico/finanziario. La finalità per cui il budget ha senso di esistere va ritrovata nello stabilire gli obiettivi che si intendono conseguire entro un certo arco di tempo, indicando la predisposizione delle risorse da impiegare e le azioni da intraprendere per il conseguimento di quegli obiettivi. Il budget va pertanto a costituire il presupposto di un programma di obiettivi – attività – costi che l'Istituto realisticamente ritiene di poter raggiungere in un arco temporale prestabilito.

Il budget è il risultato finale di una serie di contrattazioni interne (con i Dipartimenti individuati come centri di responsabilità) sino all'accordo definitivo. Questo momento di incontro finale delle volontà e delle esigenze degli attori del processo (responsabili dei centri di responsabilità nella contrattazione) costituisce il budget aziendale.

Finalità

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, si attua il piano performance triennale declinato nel Piano delle Azioni con gli obiettivi operativi, in programmi annuali e in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Il budget sarà il documento di base di riferimento per la predisposizione del bilancio economico preventivo aziendale. Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione anche ai fini del sistema premiante (retribuzione di risultato) e delle posizioni dirigenziali.

Livelli di Budget

Il budget è articolato nei seguenti livelli di responsabilità:

- Livello aziendale: è il livello più alto della programmazione aziendale. Esso si sostanzia nel “budget generale d’azienda” che è dato dalla somma dei budget relativi alle singole articolazioni dipartimentali aziendali;
- Livello dipartimentale: è il livello organizzativo nel quale si gestiscono in modo unitario e strutturato le risorse attribuite alle singole unità operative di laboratorio, di ricerca ed amministrative, anche al fine di garantirne l’integrazione. Il budget dipartimentale è dato dalla somma dei budget delle singole strutture complesse e semplici dipartimentali che lo compongono, unitamente alle risorse proprie della gestione dipartimentale. Il Dipartimento in questa accezione è definito anche Centro di Responsabilità (CdR) di primo livello;
- Livello di struttura complessa e semplice in staff alle Direzioni: costituisce il livello di responsabilità al quale sono attribuiti obiettivi e risorse da parte delle Direzioni Aziendali.
- Funzioni in staff alle Direzioni: unità funzionali interdipartimentali in staff alla Direzione sanitaria o Generale coordinate e dirette da ruoli di alta professionalità che svolgono attività di alta specializzazione (AREG) o sono fornitori di servizi trasversali essenziali (Formazione, Sicurezza, Qualità) e che non si configurano come “Strutture” di tipo gestionale (complesse o semplici) alle quali sono attribuite comunque obiettivi e risorse dedicate.

Contenuti

Il budget di CdR è di carattere operativo. Oggetto della discussione sono gli obiettivi da conseguire (organizzativi, di attività, di qualità e di ricerca) e le risorse da attivare per conseguirli.

La caratterizzazione degli obiettivi dovrà essere la seguente:

- a) Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle strategie dell’amministrazione;
- b) Specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- d) Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- e) Confrontabili con le tendenze della produttività dell’amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- f) Correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

La base di partenza per la discussione sono i risultati conseguiti e le risorse utilizzate nel corso dell’anno precedente, al netto di eventuali investimenti, operazioni straordinarie o progetti innovativi che necessitino di approvazione e finanziamento specifici.

Valutazione della Performance

La definizione e l’assegnazione degli obiettivi ai Direttori di Dipartimento e ai responsabili di Struttura/di Unità Operativa con responsabilità di budget, come anche le attività di monitoraggio e valutazione del livello di conseguimento costituiscono gli elementi su cui è articolato il “ciclo di gestione della performance” ai sensi dell’art. 4 comma 2 del d.Lgs 27 ottobre 2009 numero 150, e determinano, di conseguenza, gli effetti definiti dalla norma citata.

4.6 Processo di budgeting

Soggetti e Ruoli

Direttore Generale: definisce e codifica il budget annuale e i relativi obiettivi operativi, coerentemente con le scelte strategiche formulate per lo sviluppo dell’Istituto e approva il budget concordato con il Direttore Sanitario e Amministrativo.

La Direzione Strategica è l'organismo tecnico/consultivo, che sovrintende all'intero processo di budget. E' composta dal Direttore Generale, supportato dal Direttore Sanitario ed Amministrativo. Ha il compito di predisporre le schede di budget, valutare le schede di proposta di budget coadiuvate dal Controllo di Gestione, valutare i risultati finali della fase di negoziazione del budget e verificare, almeno trimestralmente, l'andamento dell'attività e dei costi effettivamente rendicontati al termine di ciascun periodo di riferimento.

Centri di Responsabilità di primo livello (Dipartimenti): negoziano il budget di Dipartimento con la Direzione strategica ed approvano il budget delle unità operative che compongono il Dipartimento stesso.

Centri di Responsabilità di secondo livello (Strutture complesse e semplici in staff alle Direzioni): negoziano il proprio budget, in termini di obiettivi e risorse, con i centri di responsabilità di primo livello (dipartimentali).

Fasi del processo di Budgeting

Per processo di budgeting si intende l'insieme delle regole aziendali che definiscono in modo esplicito e trasparente le attività che devono essere effettuate per giungere alla formalizzazione degli obiettivi operativi in capo ai singoli Centri di Responsabilità.

Le fasi di sviluppo del processo di budgeting sono:

fase 1: il Direttore Generale individua gli obiettivi operativi per la Direzione Sanitaria ed Amministrativa. La Direzione Strategica indica gli obiettivi, le linee guida, i criteri ed i vincoli per la formulazione del budget. L'esplicitazione di tali elementi costituisce il momento di avvio del processo di budget;

fase 2: la direzione strategica incontra i Direttori di Dipartimento (CdR di primo livello) al fine di predisporre la proposta di budget dipartimentale;

fase 3: il Direttore di Dipartimento, eventualmente con il supporto tecnico della Struttura Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione, incontra i responsabili di unità operativa per discutere la proposta di budget per singola unità operativa;

fase 4: i responsabili di unità operativa discutono la proposta degli obiettivi di budget, e delle risorse coinvolgendo tutti gli altri dirigenti della propria unità operativa;

fase 5: eventuali proposte di variazione delle schede di budget avanzate dai vari responsabili di Struttura Complessa devono essere approvate e controfirmate dal Dipartimento di Dipartimento, che sarà chiamato in ultima istanza a rappresentarle, in sede di negoziazione, con la direzione strategica.

fase 6: le unità operative approvano il proprio budget firmando la propria scheda di budget;

fase 7: la direzione strategica, completato il ciclo delle discussioni, valida e approva il budget annuale e lo ufficializza;

4.7 Strumenti di supporto

Sistema di Qualità

L'IZLSER garantisce l'affidabilità del risultato analitico e la qualità del servizio al Cliente monitorandone sistematicamente la soddisfazione e attua un miglioramento continuo dell'offerta con l'ampliamento delle prove eseguite e lo sviluppo di nuove tecniche di alta specializzazione operando secondo i requisiti internazionali per l'accreditamento definiti dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025 ("Requisiti generali di competenza dei Laboratori di prova e taratura").

L'accreditamento ISO/IEC 17025 costituisce anche la base del mutuo riconoscimento dei risultati di prova ottenuti da diversi Laboratori che operano nell'ambito dei controlli ufficiali e degli altri controlli per la sicurezza dell'intera filiera agro-alimentare definiti dal Reg. 625/2017 e dalla normativa nazionale settoriale che ne discende.

I requisiti della UNI CEI EN ISO/IEC 17025 ineriscono la struttura organizzativa, le dotazioni ambientali e strumentali, i reagenti e i materiali per le prove, le competenze tecniche e le conseguenti autorizzazioni del personale che esegue le prove e valida il risultato, le caratteristiche e le prestazioni dei metodi applicati e il relativo monitoraggio nel tempo, la comunicazione e la relazione con il Cliente finalizzata alla chiara definizione, alla trasparenza e al miglioramento del servizio offerto.

Alla verifica della conformità ai requisiti della suddetta norma è preposto un soggetto terzo indipendente, dotato di mutuo riconoscimento internazionale (Reg. CE 768/2008) rappresentato da ACCREDIA che dal dicembre 2009 è Organismo unico a livello nazionale per l'accreditamento dei laboratori di prova e taratura.

Le modalità secondo le quali l'IZLSER ha declinato i requisiti dei diversi standard sopra definiti nella propria organizzazione ed opera per rispondere agli stessi nel concreto, sono descritte in un insieme di documenti di riferimento ("Documenti di sistema") specifici per i diversi standard, che sono organizzati in una struttura gerarchica (es. Manuale della Qualità, Procedure Organizzative, Procedure Generali, Metodi di Prova, Istruzioni Operative). I contenuti di questi documenti sono elaborati verificati ed approvati attraverso un iter predefinito e anch'esso codificato a sistema in funzione delle competenze dei ruoli e delle responsabilità coinvolti.

La verifica di applicazione dei suddetti requisiti è attuata internamente, in forma continuativa e sistematica dai ruoli interni qualificati allo scopo (Assicuratori di Qualità e RAQ) e in maniera puntuale e a campione attraverso gli Audit interni secondo il programma annuale approvato dalla DG; è supervisionata e validata nel corso degli Audit esterni condotti da parte degli Enti/Autorità designati per il controllo (Audit Accredia) e dei Clienti del servizio/prodotto offerto (Audit di seconda parte).

Internal auditing

La funzione di internal auditing, funzione indipendente, è una attività finalizzata alla valutazione dell'efficacia dei controlli interni, anche mediante la verifica dei processi, delle procedure e delle operazioni, nonché alla verifica dei sistemi di gestione e di controllo aziendali con la finalità di identificare, mitigare e/o correggere gli eventuali rischi (strategici, di processo e di informativa) presenti nell'organizzazione.

Un sistema di controlli così strutturato e permanente è fondamentale anche ai fini della prevenzione della corruzione.

Il processo di internal auditing si compone di una sequenza coordinata di attività finalizzate ad assistere la Direzione nel conseguimento degli obiettivi programmati. Gli interventi di audit si articolano nelle seguenti fasi:

- programmazione operativa: definizione degli obiettivi di audit e dell'ambito di copertura dello stesso, approvazione del calendario degli interventi;
- lavoro sul campo: riunione di apertura, acquisizione delle evidenze necessarie per pervenire a conclusioni fondate relativamente all'efficacia dei controlli di processo (interviste, questionari a risposta aperta/chiusa etc);
- reporting e comunicazione dei risultati: stesura rapporto audit finale condiviso, rilascio verbale definitivo, riunione di chiusura;
- eventuale follow-up: processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive eventualmente indicate ad esito della verifica.

Nell'ottica di realizzare i principi di buona amministrazione, il team di auditors sarà necessariamente composto da un gruppo integrato di soggetti interni ed esterni all'Istituto. A seconda degli ambiti di attinenza del controllo il team di auditors sarà integrato delle professionalità e delle competenze ritenute più opportune.

In ambito di disposizioni cogenti, il principale riferimento per i Laboratori che eseguono controlli ufficiali ed altre attività ufficiali è il Regolamento CE n. 2017/625 del 15 marzo 2017 che definisce tali Laboratori in base ad una designazione dell'Autorità Competente attribuendo alla stessa il compito di istituire un sistema di Audit su tali organismi.

Interpretando lo spirito del Reg. 625/2017 in termini di assicurazione del controllo ufficiale anche attraverso il controllo previsto sull'operato dei Laboratori mediante gli Audit condotti dall'Autorità competente, e anche nel rispetto di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, la Direzione istituisce uno strumento di audit gestionale, che può prevedere anche auditors esterni, integrativo agli audit sistematici per il Sistema di gestione della Qualità secondo i requisiti della norma di riferimento (UNI EN CEI/ISO IEC 17025:2018).

Il Servizio Assicurazione Qualità assieme al Controllo di Gestione e all' U.O. Affari Generali e Legali supporta la Direzione nell'esecuzione degli audit sopra che rientrano anche nelle misure di controllo individuate dal PTPCT dell'IZSLER.

È nella facoltà del Dipartimento richiedere ulteriori audit, specialmente in funzione di nuove metodiche e/o a riscontro di problematiche

5. CRUSCOTTO DI ENTE: macro aree/ obiettivi strategici/azioni/indicatori

5.1 Il cruscotto di Ente 2021-2023

Il cruscotto di Ente contiene le macro aree, gli obiettivi strategici, le relative azioni e gli indicatori, sviluppati in un arco di tempo triennale e rappresenta la *performance organizzativa*, viene meglio dettagliato nelle sue declinazioni e nelle sue varie dimensioni di performance nella tabella 1.

La nuova impostazione per l'elaborazione del "Cruscotto di Ente" presenta delle novità rispetto agli anni precedenti, che permettono di rivedere la metodologia fino ad ora utilizzata, ridisegnando le dimensioni della performance, in un'ottica più orientata alle azioni da seguire e quindi maggiormente collegata con gli indirizzi strategici definiti dalla programmazione. Con l'attivazione dei Dipartimenti si è dato avvio ad un'appropriata programmazione delle attività con un puntuale monitoraggio delle stesse.

Le azioni declinate per ogni obiettivo sono state definite in base alle seguenti caratteristiche peculiari:

- approccio dipartimentale;
- ricerca dell'efficienza operativa;
- possibilità, per l'Organizzazione, di concentrare i propri sforzi sulle priorità strategiche, standardizzando e semplificando le attività

La nuova impostazione metodologica utilizzata, che abbandona la Balance Scorecard, risulta avere un approccio applicativo che permetta di collegare maggiormente la performance organizzativa con gli obiettivi delle strutture/reparti, in una logica che sviluppa azioni e indicatori ben delineati e ben collegati, costantemente presidiati dalla direzione strategica e dipartimentale al fine di:

- una ricerca di maggiore efficienza dei processi interni, soprattutto se trasversali a più aree e nell'utilizzo delle risorse produttive, a favore della stabilità dell'equilibrio economico;
- una rifocalizzazione della propria offerta di servizi, rendendoli ancora più aderenti alle necessità del territorio;
- un'efficacia nell'acquisizione e utilizzo di risorse per la ricerca e innovazione.

Rispetto all'anno precedente si sottolinea il mancato ricorso all'utilizzo dello strumento del project, le cui attività ancora da concludere saranno codificate all'interno degli obiettivi strategici.

Gli indirizzi di programmazione descritti nel presente documento orienteranno i contenuti del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) di prossima adozione, in coerenza con la strategia dell'ente e con le indicazioni nazionali e regionali

Si elencano qui di seguito le **n. 8 Macro aree** con i relativi risultati attesi, obiettivi e azioni:

1) Macro Area: Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato.

Risultati attesi: *Erogazione di un servizio analitico e di consulenza tecnica a sostegno del Sistema sanitario nazionale e delle Regioni. Sostegno al Sistema Sanitario nazionale e regionali nella gestione delle emergenze sanitarie. Sviluppo di nuove metodologie di analisi e di intervento e l'ottimizzazione di nuovi servizi per la veterinaria pubblica.*

La necessità di rapportarsi efficacemente ed efficientemente con i vari interlocutori istituzionali, sia in situazioni ordinarie che straordinarie, ha spinto l'Istituto negli ultimi anni ad adottare un approccio definito *New public governance*, che parte proprio dall'analisi dell'ambiente esterno per definire politiche e strategie interne, che ha come obiettivo la produzione di valore pubblico, in tutte le aree d'intervento della Veterinaria Pubblica, realizzando appunto la visione olistica fondamentale del "One Health". Tutto ciò si rende particolarmente necessario ed urgente alla luce del coinvolgimento dell'IZSLER nell'attività diagnostica correlata all'emergenza Covid-19, che vedrà l'Istituto ancora in prima linea per tutto l'anno 2021.

Gli **obiettivi** collegati alla Macro Area in oggetto sono:

- 1.1) Puntuale attuazione del Piano Pluriennale dell'Istituto e delle Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria;
- 1.2) Aggiornamento delle modalità di analisi, con particolare attenzione alla innovazione tecnologica e specializzazione dei reparti. Attivazione e attuazione di progetti innovativi concordati con le Regioni e il Ministero della Salute in ambito di sanità pubblica;
- 1.3). Attuazione della sorveglianza epidemiologica attraverso l'Osservatorio integrato a supporto delle politiche di Sanità Pubblica Veterinaria delle Regioni. Gestione delle emergenze sanitarie con pronta attuazione di azioni mirate e tempestive.

A) OBIETTIVO n.1.1 "Puntuale attuazione del Piano Pluriennale dell'Istituto e delle Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria". Azioni individuate:

- 1.1.1) Attività di laboratorio e controllo connesse all'applicazione dei Regolamenti (UE) 2017/625 e Regolamento (UE) 2016/429 relativi ai piani regionali della Sanità, Benessere Animale e Sicurezza Alimentare e delle attività legate all'export.
- 1.1.2) Sviluppo di strumenti informativi di monitoraggio dell'andamento dei piani di controllo nazionali e territoriali.
- 1.1.3) Attuazione e sperimentazione di tecniche di monitoraggio e controllo di malattie da vettori e zoonosi in un'ottica One Health
- 1.1.4) Potenziamento attività diagnostiche, anche alternative all'impiego di animali di laboratorio e di ricerca ed innovazione tecnologica, a supporto dell'applicazione dei piani di controllo nazionali e regionali o per la valorizzazione dei prodotti delle filiere agro-alimentari.
- 1.1.5) Attività specifiche dei centri di referenza. Elaborazione di nuovi piani per il controllo delle malattie di competenza del centro.

B) OBIETTIVO n. 1.2 "Aggiornamento delle modalità di analisi, con particolare attenzione alla innovazione tecnologica e specializzazione dei reparti. Attivazione e attuazione di progetti innovativi concordati con le Regioni e il Ministero della Salute in ambito di sanità pubblica". Azioni individuate:

- 1.2.1) Organizzazione e gestione di nuovi laboratori per la diagnostica Covid19. Predisposizione degli ambienti, del personale, delle metodiche, delle modalità di gestione dei campioni;
- 1.2.2) Stesura di piani per la risposta alle emergenze in materia di sanità animale, sicurezza alimentare, emergenze non epidemiche, supporto alla salute umana in un'ottica One health;
- 1.2.3) Automazione e innovazione tecnologica delle attività di analisi

C) OBIETTIVO n. 1.3 "Attuazione della sorveglianza epidemiologica attraverso l'Osservatorio integrato a supporto delle politiche di Sanità Pubblica Veterinaria delle Regioni. Gestione delle emergenze sanitarie con pronta attuazione di azioni mirate e tempestive". Azioni individuate:

1.3.1) Attuazione delle azioni programmate dalle regioni e sperimentazione dei metodi di sorveglianza in un'ottica One Health

2) Macro Area: Potenziamento delle attività relative alla ricerca nazionale e internazionale.

Risultati attesi: *Rafforzamento della competitività nell'ambito della ricerca nazionale ed internazionale.*

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.

Sulla base dello stato dell'arte diventa prioritario per l'IZSLER: 1) intervenire per ri-definire e regolamentare in maniera puntuale ruoli, funzioni e responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nell'attività di ricerca; 2) individuare e diffondere le opportunità di finanziamento nazionali ed europee (Horizon Europe e altri programmi); 3) predisporre un'apposita sezione del sito istituzionale interamente dedicata al Programma Europeo della Ricerca; 4) stabilire procedure per la ricerca autofinanziata, stabilendo criteri di accesso ai fondi, comparabili ad altre modalità di finanziamento; 5) favorire la cooperazione e integrazione tra strutture interne ed Enti esterni su specifici argomenti di Ricerca.

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.

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

- 2.1) Sviluppo di collaborazioni e di progetti innovativi con altri Enti e Pubbliche Amministrazioni, finalizzate alla razionalizzazione, alla semplificazione delle procedure
- 2.2) Rafforzamento delle risorse e delle competenze a supporto della ricerca e promozione e valorizzazione dei risultati della ricerca.

A) OBIETTIVO n. 2.1 "Sviluppo di collaborazioni e di progetti innovativi con altri Enti e Pubbliche Amministrazioni, finalizzate alla razionalizzazione, alla semplificazione delle procedure, alla ricerca".
Azioni individuate:

2.1.1) Sviluppo di progetti di ricerca coordinati con le Regioni e le ATS per il territorio su tematiche riguardanti la sanità animale, il benessere e la sicurezza alimentare ed eventuali progetti riguardanti le malattie umane in un'ottica One Health;

2.1.2) Attuazione della collaborazione interistituzionale con Avvocatura Generale dello Stato.

2.1.3) Il consolidamento e lo sviluppo delle attività della Biobanca indispensabili per la gestione e il perseguimento degli obiettivi del progetto OIE di biobanca virtuale.

2.1.4) Collaborazione interistituzionale con CUC- Centro unico di committenza della provincia di Brescia finalizzato all'espletamento delle procedure di gara e di selezione del contribuente.

2.1.5) Collaborazione interistituzionale con ASST Valcamonica nell'ambito della selezione delle risorse umane finalizzato all'espletamento delle procedure di reclutamento del personale con formazione sul campo.

B) OBIETTIVO n. 2.2 "Rafforzamento delle risorse e delle competenze a supporto della ricerca e promozione e valorizzazione dei risultati della ricerca". Azioni individuate:

2.2.1) Presentazione e/o collaborazione in progetti di ricerca con fondi competitivi e di nuova progettualità.

2.2.2) Elaborazione di un Programma Innovativo della ricerca.

2.2.3) Programmazione e organizzazione delle attività di ricerca

3) Macro Area: Ridefinizione dell'organizzazione e delle attività in un'ottica di efficienza e appropriatezza

Risultati attesi: *Sviluppo di un piano di razionalizzazione delle attività dei Dipartimenti, delle strutture e dei servizi che consentano di garantire lo sviluppo di settori strategici nuovi, rafforzare le strutture esistenti in un'ottica di miglioramento continuo.*

L'indicatore in oggetto si propone, attraverso la ridefinizione dell'organizzazione e delle attività, di garantire i migliori risultati tecnico-scientifici e di realizzare economie di gestione.

Il dipartimento realizza una gestione unitaria e coordinata delle attività al fine di garantire, nella logica della trasversalità delle funzioni svolte, adeguato supporto alla realizzazione degli scopi istituzionali dell'IZSLER.

Ogni Dipartimento è costituito da strutture che perseguono comuni finalità, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità gestionale e professionale, allo scopo di dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti istituzionali.

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

3.1) Ridefinizione dell'organizzazione aziendale con la razionalizzazione delle Strutture e dei Dipartimenti. Predisposizione di un Piano Triennale dei Fabbisogni e del Personale con razionalizzazione delle procedure concorsuali.

A) OBIETTIVO n. 3.1 "Ridefinizione dell'organizzazione aziendale con la razionalizzazione delle Strutture e dei Dipartimenti". Azioni individuate:

3.1.1) Ridefinizione dei processi di lavoro in un'ottica di efficientamento e razionalizzazione.

4) Macro Area: Mantenimento di elevati livelli di standard qualitativi nelle prestazioni erogate.

Risultati attesi: *Impegno costante dell'Istituto nell'applicazione del Sistema Qualità nelle attività di prove, nelle produzioni, nei servizi, al fine di mantenere alti standard di qualità degli stessi, per garantire la soddisfazione dell'utenza.*

IZSLER si impegna nella applicazione della buona pratica professionale per la qualità delle prove e dei servizi offerti agli utenti, nello sviluppo di un sistema di gestione adatto al campo di attività che IZSLER svolge e a migliorare in modo continuativo l'efficacia dello stesso.

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

4.1) Puntuale attuazione politica della Qualità

A) OBIETTIVO n. 4.1 “Puntuale attuazione politica della Qualità”. Azioni individuate:

4.1.1) Applicazione della UNI CEI EN 17025 per i laboratori di prova e UNI CEI EN ISO 9001 per le attività di produzione e di servizi e mantenimento dell’accreditamento dei laboratori e della certificazione delle strutture che l’hanno acquisita;

4.1.2) Integrazione del SQ alla gestione dipartimentale avviata con la nuova direzione;

4.1.3) Formazione interne sulle procedure di gestione dei reclami e dei contratti

4.1.4) Riorganizzazione della documentazione per il passaggio delle attività svolte in GMP ad attività svolte in GMP Like in accoro con il servizio assicurazione qualità

5) Macro Area: Miglioramento, sviluppo e innovazione della rete infrastrutturale.

Risultati attesi: *Ammodernamento delle infrastrutture dell'Istituto, con particolare attenzione alla innovazione tecnologica, al fine di migliorare il servizio nei confronti dei clienti e delle Istituzioni.*

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

5.1) Sviluppo e utilizzo dei sistemi informativi a supporto delle attività istituzionali, regionali e del Ministero della Salute.

A) OBIETTIVO n. 5.1 “Sviluppo e utilizzo dei sistemi informativi a supporto delle attività istituzionali, regionali e del Ministero della Salute”. Azioni individuate:

5.1.1) Predisposizione di un Piano Triennale di informatizzazione, di digitalizzazione dei servizi dell’Istituto finalizzato ad una corretta gestione delle procedure.

5.1.2) Ottimizzazione di parte dei processi amministrativi tramite la razionalizzazione, aggiornamento e dematerializzazione dei documenti e dei processi.

6) Macro Area: Garantire la sostenibilità economica e finanziaria con sviluppo del patrimonio dell'Istituto e delle risorse umane.

Risultati attesi: *Attivazione di un'efficace ed efficiente politica di gestione delle risorse materiali e strumentali.*

L’obiettivo in oggetto, prende in considerazione l’obiettivo dal n.5 al n.6, prevedendo azioni che attraversano trasversalmente tutti gli obiettivi, nella consapevolezza che i risultati si possono raggiungere solo garantendo la sostenibilità economica e finanziaria in un’ottica di efficacia ed efficienza. In tal senso questi obiettivi hanno lo scopo di fornire gli indirizzi corretti per supportare l’istituto verso uno sviluppo ottimale in grado di rispondere meglio e con maggiore innovazione alle richieste del mercato. Esso prevede la Predisposizione di un Piano Triennale di Informatizzazione di Digitalizzazione dei servizi dell’Istituto finalizzato ad una corretta gestione delle procedure di IZSLER. Negli ultimi anni l’Istituto si sta impegnando molto sul potenziamento delle infrastrutture e delle tecnologie che supportano le attività erogate, sia per quanto riguarda le sedi, sia per quanto riguarda i laboratori, infatti sono programmate la realizzazione di nuovi laboratori e progetti per la riqualificazione di reparti e sedi territoriali. Contemporaneamente l’Istituto si è attivato per una

migliore gestione del reclutamento del personale attraverso l'attuazione di una pluralità di azioni mirate a recuperare il gap assunzionale, a dare attuazione al PTFP, attraverso una semplificazione e snellimento dei procedimenti amministrativi.

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

- 6.1) Attuazione del Piano quadriennale degli investimenti con particolare attenzione all'innovazione e allo sviluppo del patrimonio dell'Istituto;
- 6.2) Definizione ed attuazione di un Piano Triennale dei Fabbisogni e del Personale con razionalizzazione delle procedure concorsuali, con particolare riguardo all'individuazione di nuove professionalità adeguate a garantire lo sviluppo di competenze necessarie alle attività istituzionali.

A) OBIETTIVO n. 6.1 "Attuazione del Piano quadriennale degli investimenti con particolare attenzione all'innovazione e allo sviluppo del patrimonio dell'Istituto". Azioni individuate:

6.1.1) Programmazione e attivazione di interventi innovativi di sviluppo degli investimenti e del patrimonio

6.1.2) Elaborazione di un progetto di fattibilità tecnica per i nuovi laboratori di produzione dei vaccini secondo le modalità previste dalla nuova normativa europea sul farmaco.

6.1.3) Progettazione per la realizzazione della separazione impiantistica ed edile dei laboratori con livello di biosicurezza.

B) OBIETTIVO n. 6.2 "Definizione ed attuazione di un Piano Triennale dei Fabbisogni e del Personale con razionalizzazione delle procedure concorsuali con particolare riguardo all'individuazione di nuove professionalità adeguate a garantire lo sviluppo di competenze necessarie alle attività istituzionali". Azioni individuate:

6.2.1) Definizione ed attuazione di un Piano dei fabbisogni del personale, con particolare riguardo all'individuazione di nuove professionalità atte a garantire lo sviluppo di competenze necessarie alle attività istituzionali, recupero dell'attuale gap tra le procedure di selezione del personale già programmate e l'effettivo reclutamento delle professionalità necessarie e applicazione istituti previsti dal nuovo CCNL.

6.2.2) Semplificazione e lo snellimento dei procedimenti amministrativi per il reclutamento del personale

6.2.3) Revisione del processo di conferimento degli incarichi dirigenziali

7) Macro Area: Formazione continua, comunicazione e valorizzazione delle risorse umane

Risultati attesi: *Soddisfacimento del fabbisogno formativo del personale interno e dei servizi sanitari regionali. Rafforzamento della comunicazione interna ed esterna. Implementazione della formazione a distanza.*

La Formazione si configura come una delle mission più importanti e comporta la formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi e salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di paesi esteri. Per il prossimo quadriennio si affronterà l'accompagnamento del sistema

sanitario e della sanità pubblica veterinaria in particolare nell' applicazione del Regolamento UE 2017/625 in vigore 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. Di pari passo saranno affrontate le sfide dell'aggiornamento metodologico nella formazione stessa implementando la formazione a distanza, sia negli eventi con partecipazione piena dei discenti (FAD sincrona), sia programmando eventi da diffondere su piattaforma internet *live streaming*. La formazione rivolta al personale vedrà ulteriormente sviluppati i corsi con la finalità di diffondere le buone pratiche di lavoro e di pubblica amministrazione per stabilire prassi sempre più virtuose e condivise per i processi aziendali. Verrà avviata la costruzione dei profili di competenze utilizzando il Dossier formativo di gruppo organizzato per struttura, come strumento per mettere in luce i bisogni formativi; trasformare la formazione continua da semplice accumulo di conoscenze, a strada obbligata per documentati processi di miglioramento professionale e organizzativo. L'obiettivo della comunicazione esterna sarà il posizionamento dell'ente nel contesto del territorio di riferimento, a livello nazionale e internazionale per quanto gli compete. La comunicazione interna avrà come obiettivo il miglioramento della circolazione delle informazioni interne, la valorizzazione dei dipendenti e delle competenze acquisite dai singoli e dalle strutture.

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

7.1) Valorizzazione del sistema della Formazione

A) OBIETTIVO n. 7.1 "Valorizzazione del sistema della Formazione". Azioni individuate:

7.1.1) Formazione del personale interno e dei veterinari pubblici sui regolamenti europei 625/2017 e 429/2016.

7.1.2) Definire un Programma organizzato di informazione interna ed esterna delle attività dell'IZSLER

7.1.3) Promozione della qualità e la trasparenza attraverso la pubblicazione dei risultati della ricerca sul sito IZSLER

7.1.4) Sviluppo della formazione interattiva a distanza (FAD) attraverso le modalità di formazione on line diretta (webinar, video conferenze, gruppi di lavoro) o differita (FAD asincrona)

8) Macro Area: Diffusione della cultura della legalità, sviluppo di un sistema di prevenzione, rafforzamento del livello di trasparenza.

Risultati attesi: *Formazione e sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica e della legalità. Applicazione di un sistema di prevenzione basato su un sistema di verifiche interne e di audit. Raggiungimento di un elevato livello di trasparenza quale strumento utile alla prevenzione della corruzione ma anche come strumento per rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini e i portatori di interessi.*

Il PTPCT 2021-2023, in continuità con i precedenti piani, descrive il collegamento tra la prevenzione della corruzione e il Piano delle Performance. Gli obiettivi generali delle politiche di prevenzione della corruzione e trasparenza, saranno riportati nel Piano Performance raggruppati in un unico indicatore.

Tra gli obiettivi prioritari e confermati per l'anno 2021 si ricorda: la diffusione della cultura dell'etica e della legalità rivolta a tutto il personale, lo sviluppo di un sistema di gestione del rischio aziendale

integrato, completamento della mappatura dei processi e delle aree a rischio corruzione per definire misure di controllo sempre più mirate, finalizzate a neutralizzare il rischio di eventi corruttivi. Per quanto concerne la “Trasparenza”, proseguirà l’impegno di costante attuazione degli adempimenti e degli obblighi di pubblicazione, cercando al contempo di individuare ed attuare interventi di semplificazione dei carichi burocratici e di miglioramento della qualità dei dati oggetto di pubblicazione, nel rispetto del contemperamento delle esigenze di trasparenza e di tutela della privacy.

Gli obiettivi collegati alla macro area in oggetto sono:

8.1) Attuazione adempimenti legati al PTPCT 2021-2023. Ottimizzazione del processo di pubblicazione dati e informazioni in Amministrazione Trasparente;

A) OBIETTIVO n. 8.1 “Attuazione adempimenti legati al PTPCT 2021-2023. Ottimizzazione del processo di pubblicazione dati e informazioni in Amministrazione Trasparente”. Azioni individuate:

8.1.1) Raggiungimento di un elevato livello di trasparenza e di un adeguato sistema di anticorruzione;

8.1.2) Adeguamento del codice di comportamento d'Istituto;

8.1.3) Regolamento d’Istituto per la disciplina e l’autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali;

8.1.4) Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività dei reparti e dei laboratori, con attivazione del sistema di verifiche interne e interdipartimentali. Attuazione della separazione delle attività di autocontrollo e attività ufficiale;

8.1.5) Attivazione di un sistema di verifiche interne e di audit, anche in materia di prevenzione della corruzione.

8.1.6) Definizione e realizzazione di un sistema di controlli interni integrato che si avvarrà di strumenti di verifica a carattere periodico volti in maniera specifica a valutare la regolare e puntuale attuazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo previste dal PTPCT.

TABELLA 1 - CRUSCOTTO DI ENTE IZSLER - PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Macro Aree	Obiettivi strategici	Azioni	INDICATORI	Target-	Target-	Target-
				Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
1. Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato.	1.1)Puntuale attuazione del Piano Pluriennale dell'Istituto e delle Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria	1.1.1)Attività di laboratorio e controllo connesse all'applicazione dei Regolamenti (UE) 2017/625 e Regolamento (UE) 2016/429 relativi ai piani regionali della Sanità, Benessere Animale e Sicurezza Alimentare e delle attività legate all'export	Attuazione del 100% delle attività programmate dalle autorità sanitarie, regionali e nazionali	100%	100%	100%
			Rispetto delle tempistiche dei tempi di firma per tutti le analisi rientranti nelle finalità definite dalla Direzione (monitorato tramite applicativo informatico)	95%	95%	95%
			Rispetto delle tempistiche dei tempi di risposta per tutti le analisi rientranti nelle finalità definite dalla Direzione (monitorato tramite applicativo informatico)	90%	90%	90
			Supporto alle Regioni/ATS/AUSL per la definizione dei Piani di Sanità Pubblica Veterinaria: numero richieste evase/n. richieste pervenute	100%	100%	100%

			Attuazione di studi sperimentali finalizzati alla validazione di processi produttivi di prodotti a base di carne da destinare all'export	≥10	≥9	≥10
		1.1.2)Sviluppo di strumenti informativi di monitoraggio dell'andamento dei piani di controllo nazionali e territoriali.	Puntuale attuazione del sistema gestionale di Classyfarm: N°richieste evase/ N° richieste sanitarie inserite nel sistema Classyfarm	90%	95%	95%
			Sviluppo modulo prenotazione-preaccettazione campioni per tutto IZSLER per uniformare i processi e applicazione di sistemi di razionalizzazione delle attività	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		1.1.3)Attuazione e sperimentazione di tecniche di monitoraggio e controllo di malattie da vettori e zoonosi in un'ottica One Health	Attuazione del Piano regionale Leishmania mediante organizzazione prelievi, esecuzione analisi connesse. Implementazione dell'uso della diagnosi di TBE nell'ambito del piano Regionale di monitoraggio selvatici.	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023

			Predisposizione di istruzioni operative.	30.06.2021		
			Attuazione del piano West Nile. Step previsti: - acquisizione servizi e personale - esecuzione sopralluoghi e attività analitiche e loro rendicontazione	30.04.2021	30.04.2022	30.04.2023
				31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
			Codifica delle analisi bioinformatiche necessarie alla sorveglianza genomica delle MTA	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		1.1.4)Potenziamento attività diagnostiche, anche alternative all'impiego di animali di laboratorio e di ricerca ed innovazione tecnologica, a supporto dell'applicazione dei piani	Redazione e sperimentazione di un nuovo metodo alternativo all'uso di animali (topo) nella valutazione di sostanze tossiche ambientali	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

		di controllo nazionali e regionali o per la valorizzazione dei prodotti delle filiere agro-alimentari	Attivazione di un laboratorio di istopatologia per patologie di animali da reddito. Step previsti: - stesura schede tecniche apparecchiature - acquisizione apparecchiature - formazione personale - avvio attività	31.03.2021 30.09.2021 30.10.2021 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Definizione di un Piano di sviluppo per nuovi MMPP a valenza intradipartimentale e interdipartimentale. Step previsti: -definizione di un piano con almeno 5 metodi di prova -Attuazione del piano di sviluppo	31.03.2021 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

			Genotipizzazione WGS delle <i>Listeria monocytogenes</i> isolate nel piano alimenti Emilia Romagna 2021	80%	90%	95%
		1.1.5) Attività specifiche dei centri di referenza. Elaborazione di nuovi piani per il controllo delle malattie di competenza del centro.	Predisposizione check list per l'autocontrollo del benessere del coniglio	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Predisposizione check list e manuale applicativo per il controllo del benessere delle galline ovaiole da parte dei veterinari ufficiali di sanità pubblica	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

	<p>1.2)Aggiornament o delle modalità di analisi, con particolare attenzione alla innovazione tecnologica e specializzazione dei reparti. Attivazione e attuazione di progetti innovativi concordati con le Regioni e il Ministero della Salute in ambito di sanità pubblica</p>	<p>1.2.1)Organizzazione e gestione di nuovi laboratori per la diagnostica Covid19. Predisposizione degli ambienti, del personale, delle metodiche, delle modalità di gestione dei campioni;</p>	<p>Corretta gestione del personale, dei beni e servizi, attrezzature dei laboratori Covid19 per il soddisfacimento delle richieste nei tempi previsti:</p> <p>1) esiti refertati entro 48 ore (il calcolo del tempo viene fatto tra il momento in cui il campione viene "registrato nel sistema" e la firma del relativo n° di referto)</p> <p>2) copertura dell'attività normalmente svolta dai laboratori convertiti a COVID19 (100% della attività istituzionale)</p> <p>3) Supporto di attrezzature e di risorse umane ai laboratori Covid in caso di necessità. Numero di richieste soddisfatte/N. richieste di supporto da parte del Direttore di Dipartimento</p>	<p>90%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>95%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>98%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>
--	---	---	--	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

		1.2.2) Stesura di piani per la risposta alle emergenze in materia di sanità animale, sicurezza alimentare, emergenze non epidemiche, supporto alla salute umana in un'ottica One health;	Giorni/anno di utilizzo dei laboratori BLS3 per attività diagnostica per malattie che richiedono BLS3 (WND, PSA) ed esecuzione di progetti COVID in ambiente BLS3 con utilizzo di metodiche di isolamento e neutralizzazione in vitro	≥40	≥45	≥50
		1.2.3) Automazione e innovazione tecnologica delle attività di analisi	Realizzazione di un sistema di monitoraggio attività e tempi, feedback ai reparti e supporto per il miglioramento dell'efficienza dell'attività di accettazione centralizzata Attuazione di un sistema di consegna campioni fuori orario di servizio che garantisca la tracciabilità dei campioni da parte dell'accettazione centralizzata	30.06.2021 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

			Definizione di specifiche tecniche e istruzione della richiesta di acquisto dell'apparecchiatura necessaria alla automazione dei processi di WGS	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Introduzione delle MIC con predisposizione del Piano operativo MIC. Step previsti: -stesura Progetto	31.03.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			-acquisizione apparecchiature	30.06.2021		
			-formazione del personale	31.07.2021		
			-avvio delle attività laboratorio	30.09.2021		
			Attuazione di un sistema automatizzato per la sierologia in sanità animale	31.12.2021		

	1.3)Attuazione della sorveglianza epidemiologica attraverso l'Osservatorio integrato a supporto delle politiche di Sanità Pubblica Veterinaria delle Regioni. Gestione delle emergenze sanitarie con pronta attuazione di azioni mirate e tempestive	1.3.1)Attuazione delle azioni programmate dalle regioni e sperimentazione di metodi di sorveglianza in un'ottica One Health.	Realizzazione del 100% dei programmi regionali.	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
			Realizzazione di studi di valutazioni del rischio in collaborazione fra SE e AREG	≥1	≥2	≥2
2.Potenziamento delle attività relative alla ricerca nazionale e internazionale	2.1)Sviluppo di collaborazioni e di progetti innovativi con altri Enti e Pubbliche Amministrazioni, finalizzate alla razionalizzazione, alla semplificazione delle procedure, alla ricerca.	2.1.1) Sviluppo di progetti di ricerca coordinati con le Regioni e le ATS per il territorio su tematiche riguardanti la sanità animale, il benessere e la sicurezza alimentare ed eventuali progetti riguardanti le malattie umane in un'ottica One Health;	N. partecipazioni a progetti di ricerca o innovazione condivisi con altri enti scientifici e/o sanitari (Regioni, ASL/Università ecc..)	≥2	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

		2.1.2) Attuazione della collaborazione interistituzionale con Avvocatura Generale dello Stato.	N° procedimenti gestiti/n° di procedimenti affidati	100%	100%	100%
		2.1.3) Il consolidamento e lo sviluppo delle attività della Biobanca indispensabili per la gestione e il perseguimento degli obiettivi del progetto OIE di biobanca virtuale.	N° backup materiali (virus, funghi, protothecae) trasferiti presso la sezione di Mantova/N° materiali (virus, funghi, protothecae) presenti in biobanca con backup	90%	95%	100%
			Revisione delle schede materiali con integrazione delle informazioni mancanti - N° schede revisionate	≥200	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		2.1.4) Collaborazione interistituzionale con CUC- Centro unico di committenza della provincia di Brescia finalizzato all'espletamento delle procedure di gara e di selezione del contribuente.	N° procedure di gara tramite CUC per l'acquisizione di beni, servizi e di lavori con aggiornamento semestrale	≥7	≥3	≥3
		2.1.5) Collaborazione interistituzionale con ASST Valcamonica nell'ambito della selezione delle risorse umane finalizzato all'espletamento delle	Formazione e riqualificazione del personale: n° partecipazioni ad incontri formativi sul campo in relazione a	≥7	≥2	≥2

		procedure di reclutamento del personale con formazione sul campo	specifici procedimenti in materia di risorse umane			
2.2)Rafforzamento delle risorse e delle competenze a supporto della ricerca e promozione e valorizzazione dei risultati della ricerca.	2.2.1)Presentazione e/o collaborazione in progetti di ricerca con fondi competitivi e di nuova progettualità	N° nuove partecipazioni alla presentazione di progetti competitivi internazionali	≥1	>2	>2	
	2.2.2) Elaborazione di un Programma Innovativo della ricerca.	Redazione del programma triennale della ricerca, del regolamento, del monitoraggio e del budget della ricerca	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022	
	2.2.3 Programmazione e organizzazione delle attività di ricerca	Pubblicazione di articoli scientifici su riviste impattate nell'anno in corso/ target 2020	≥10%	≥15%	≥20%	
		Predisposizione di progetti dipartimentali della ricerca corrente	≥2	≥2	≥2	

			N° partecipazioni rendicontate a meeting OIE, FAO, EFSA, Commissione Europea, OMS, di tipo tecnico/organizzativo (working group, ec...), pareri e supporto tecnico	≥ 1	≥ 2	≥ 3
3. Ridefinizione dell'organizzazione e delle attività in un'ottica di efficienza e appropriatezza	3.1) Ridefinizione dell'organizzazione aziendale con la razionalizzazione delle Strutture e dei Dipartimenti.	3.1.1) Ridefinizione dei processi di lavoro in un'ottica di efficientamento e razionalizzazione	Riduzione del numero di segnalazioni di aspetti non conformi nella fornitura di prodotti del laboratorio preparazione terreni, pervenute dall'utenza interna. N° segnalazioni anno in corso/N° segnalazioni anno 2020	$\leq 90\%$	$\leq 70\%$	$\leq 60\%$
4. Mantenimento di elevati livelli di standard qualitativi nelle prestazioni erogate	4.1) Puntuale attuazione politica della Qualità	4.1.1) Applicazione della UNI CEI EN 17025 per i laboratori di prova e UNI CEI EN ISO 9001 per le attività di produzione e di servizi e mantenimento dell'accreditamento dei laboratori e della certificazione delle strutture che l'hanno acquisita	Certificazione ISO 9001 dell'attività di produzioni di kit ELISA. Stesura di capitolato per assegnazione di consulenza esterna con coinvolgimento degli Uffici Amministrativi per l'espletamento della gara. Stesura di Procedure Operative Standard per	31.12.2021 ≥ 3	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

			processo di stabilizzazione e per l'allestimento/produzione e di kit ELISA.			
			Revisione di metodi di prova virologici	≥2	>3	>4
			Studio individuazione e test, anche in collaborazione con altri IZS interessati, per l'acquisizione di applicativo informatico commerciale conforme alla ISO/IEC 17025 per la gestione dei processi e dei documenti del SGQ	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Partecipazione alla gestione dei requisiti per le produzioni certificate ISO 9001 (Culture cellulari&Biobanca e Vaccini stabulogeni) attraverso l'inclusione delle attività sopra nel programma annuale di audit interni, la valutazione e approvazione da parte del RAQ della congruità delle risposte ai rilievi che ne derivano, la	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

			collaborazione alla revisione dei documenti (Manuale e POS) ove necessaria e la partecipazione agli Audit esterni condotti annualmente dall' Ente certificatore.			
			Formazione e addestramento dei taratori e degli AQS per l'utilizzo del nuovo sistema di monitoraggio delle camere climatiche LABGUARD attraverso evento ECM in più sessioni	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		4.1.2) Integrazione del SQ alla gestione dipartimentale avviata con la nuova direzione	Conduzione del riesame di Ente con il coinvolgimento dei nuovi Direttori di Dipartimento in applicazione alla nuova procedura di Riesame (PG 00/026 Rev. 12) e anche valutazione, con il concorso degli stessi ruoli, se richiesta ulteriore evoluzione della gestione per una più efficace integrazione con l'assetto "dipartimentale".	30.06.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

		4.1.3) Formazione interna sulle procedure di gestione dei reclami e dei contratti	N. di eventi organizzati sulle nuove procedure di gestione dei contratti	≥1	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			N. di eventi organizzati sulla nuova procedura di gestione dei reclami	≥1	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		4.1.4) Riorganizzazione della documentazione per il passaggio delle attività svolte in GMP ad attività svolte in GMP.Like in accordo con il servizio assicurazione qualità	N° di Documenti eliminati e revisionati/N° di documenti da eliminare e revisionare	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
5. Miglioramento, sviluppo e innovazione della rete infrastrutturale	5.1) Sviluppo e utilizzo dei sistemi informativi a supporto delle attività istituzionali, regionali e del Ministero della Salute.	5.1.1) Predisposizione di un Piano Triennale di Informatizzazione di Digitalizzazione dei servizi dell'Istituto finalizzato ad una corretta gestione delle procedure di IZSLER;	Sistema Biobanca virtuale OIE: analisi, definizione del capitolato, aggiudicazione e avvio.	50%	60%	80%
			Sviluppo di sistemi informativi a supporto della digitalizzazione in ambito delle produzioni e Realizzazione di un nuovo sistema software per la tracciabilità del	60%	80%	100%

			flusso produttivo di vaccini stabulogeni			
			Evoluzione sistema Data Warehouse aziendale: aggiudicazione, collaudo e avvio	60%	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Revisione del sistema documentale: analisi del fabbisogno, definizione capitolato, aggiudicazione e collaudo	20%	50%	100%
			Sistema informatico a supporto del Servizio assicurazione Qualità: definizione capitolato, aggiudicazione, collaudo e avvio	60%	80%	100%

			Attivazione nuovi server aziendali: aggiudicazione e collaudo	60%	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Attivazione centralino VOIP: aggiudicazione e collaudo	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Attivazione nuovo sistema di gestione dei laboratori IZSLER: aggiudicazione, collaudo e avvio	30%	70%	100%
			Evoluzione dei sistemi informativi degli Osservatori epidemiologici: analisi del fabbisogno, definizione del capitolato, aggiudicazione e collaudo	60%	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

			Implementazione nuovo Sistema Amministrativo Contabile ERP integrato: aggiudicazione, collaudo e avvio	60%	80%	100%
		5.1.2) Ottimizzazione di parte dei processi amministrativi tramite la razionalizzazione, aggiornamento e dematerializzazione dei documenti e dei processi	1) Aggiornamento ed integrazione dell'applicativo di gestione dei concorsi e razionalizzazione del sistema di pubblicazione all'albo online	50%	75%	100%
			2) Aggiornamento dei sistemi aziendali alla nuova organizzazione (dipartimentale e successive eventuali modifiche)	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			3) Integrazione del sistema GRU con il sistema documentale per l'acquisizione delle istanze	35%	70%	100%

			4)Definizione dei disciplinari tecnici di versamento di ordinativi di incasso e di pagamento e analisi ed implementazione del fascicolo informatico dell'ordinativo	50%	85%	100%
			5)Valorizzazione e incremento della fruibilità del patrimonio dell'archivio storico e di deposito dell'IZSLER: dematerializzazione, integrazione dei sistemi e dei dati. Ottimizzazione e razionalizzazione della gestione dei flussi documentali e delle pec.	60%	80%	100%
6.Garantire la sostenibilità economica e finanziaria con sviluppo del patrimonio dell'Istituto e delle risorse umane	6.1) Attuazione del Piano quadriennale degli investimenti con particolare attenzione all'innovazione e allo sviluppo del patrimonio dell'Istituto	6.1.1) Programmazione e attivazione di interventi innovativi di sviluppo degli investimenti e del patrimonio	Attuazione delle attività condivise e previste nel piano quadriennale degli investimenti 2021-2023: elaborazione progetti di fattibilità tecnico economica	60%	80%	100%

			Attuazione del Programma biennale degli acquisti, implementazione di database dei contratti e attivazione servizio ingegneria clinica	60%	80%	100%
			Recupero crediti e verifica incassi: definizione capitolato e riduzione tempi di incasso	100%		
		6.1.2) Elaborazione di un progetto di fattibilità tecnica per i nuovi laboratori di produzione dei vaccini secondo le modalità previste dalla nuova normativa europea sul farmaco	Predisposizione e definizione delle esigenze di base per la costruzione di un nuovo laboratorio di produzione vaccini	50%	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		6.1.3) Progettazione per la realizzazione della separazione impiantistica ed edile dei laboratori con livello di biosicurezza	Partecipazione alla fase di progettazione per la realizzazione della separazione impiantistica ed edile degli ambienti posti al piano terra del palazzo giallo da trasformare in laboratori con livello di biosicurezza BSL3 presso la sede di Brescia	50%	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

6.2) Definizione ed attuazione di un Piano Triennale dei Fabbisogni e del Personale con razionalizzazione delle procedure concorsuali, con particolare riguardo all'individuazione di nuove professionalità adeguate a garantire lo sviluppo di competenze necessarie alle attività istituzionali	6.2.1) Definizione ed attuazione di un Piano dei fabbisogni del personale, con particolare riguardo all'individuazione di nuove professionalità atte a garantire lo sviluppo di competenze necessarie alle attività istituzionali, recupero dell'attuale gap tra le procedure di selezione del personale già programmate ed autorizzate e l'effettivo reclutamento delle professionalità necessarie e applicazione istituti previsti dal nuovo CCNL	Espletamento delle procedure di reclutamento per l'assunzione di tutte le figure professionali previste nei tempi programmati e conclusione delle procedure di reclutamento dei ricercatori e collaboratori nell'ambito della Piramide della ricerca	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
	6.2.2) Semplificazione e snellimento dei procedimenti amministrativi per il reclutamento del personale	Introduzione di strumenti di semplificazione e fruibilità per l'accesso alle selezioni	100%	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
	6.2.3) Revisione del processo di conferimento degli incarichi dirigenziali;	Trasmissione proposta di revisione dei regolamenti interni per il conferimento degli incarichi dirigenziali	31.08.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

7. Formazione continua, comunicazione e valorizzazione delle risorse umane	7.1) Valorizzazione del sistema della Formazione	7.1.1) Formazione del personale interno e dei veterinari pubblici sui regolamenti europei 625/2017 e 429/2016	Organizzazione del corso sul Regolamento 625/2017	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		7.1.2) Definire un Programma organizzato di informazione interna ed esterna delle attività dell'Izslar.	Presentazione di un Programma organizzato di informazione interna ed esterna delle attività dell'Izslar	31.01.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Attivazione social network TWITTER per servizi di biblioteca e formazione (40 tweet - 1/settimana)	15 entro il 30.06.2021- 25 entro il 31.12.2021	≥40	≥40
			Attivazione social network Linkedin istituzionale (35 aggiornamenti - 1/settimana)	15 entro il 30.06.2021- 20 entro il 31.12.2021	≥35	≥35
		7.1.3) Promozione della qualità e la trasparenza attraverso la pubblicazione dei risultati della ricerca sul sito IZSLER	Pubblicazione degli abstract della ricerca per le ricerche attivate o concluse nel 2020	40 entro il 31.12.2021	≥40	≥40

		7.1.4) Sviluppo della formazione interattiva a distanza (FAD) attraverso le modalità di formazione on line diretta (webinar, video conferenze, gruppi di lavoro) o differita (FAD asincron)	1)sviluppo di almeno 3 corsi FAD o webinar, per la formazione dei veterinari del sistema sanitario nazionale e dei veterinari aziendali (applicazione delle nuove check-list Classyfarm) e per la divulgazione di metodi alternativi 2) Organizzazione di un webinar destinato ai referenti IIZZSS nel quale verranno presentati i risultati del ring test 2020 e presentazione del ring test 2021.	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
8. Diffusione della cultura della legalità, sviluppo di un sistema di prevenzione, rafforzamento dei livelli di trasparenza	8.1)Attuazione adempimenti legati al PTPCT 2021-2023.Ottimizzazione del processo di pubblicazione dati e informazioni in Amministrazione Trasparente	8.1.1) Raggiungimento di un elevato livello di trasparenza e di un adeguato sistema di anticorruzione	Realizzazione nei tempi e nel target previsto delle misure del PTPCT 2021-2023	100% AL 31.12.2021	100% al 31.12.2022	100% al 31.12.2023
			Aggiornamenti delle pubblicazioni in Amministrazione trasparente al 30.6 e al 31.12	100% (- 1° STEP 30.06.2021 - 2° STEP 31.12.2021)	100% (- 1° STEP 30.06.2022 - 2° STEP 31.12.2022)	100% (- 1° STEP 30.06.2023 - 2° STEP 31.12.2023)
		8.1.2) Adeguamento del codice di comportamento d'Istituto;	Trasmissione alla Direzione di una proposta di regolamento	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022

					entro il 31.12.2021	
		8.1.3) Regolamento d'Istituto per la disciplina e l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali	Trasmissione alla Direzione di una proposta di regolamento	31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
		8.1.4) Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività dei reparti e dei laboratori, con attivazione del sistema di verifiche interne e interdipartimentali. Attuazione della separazione delle attività di autocontrollo e attività ufficiale;	Completamento dell'attuazione della separazione delle attività di autocontrollo e attività ufficiale secondo il programma predisposto dal Dipartimento ed approvato dalla Direzione	80%	90%	100%
		8.1.5) Attivazione di un sistema di verifiche interne e di audit, anche in materia di prevenzione della corruzione.	N. verifiche eseguite/n. verifiche previste dal piano annuale di audit gestionale	100% 31.12.2021	100% 31.12.2022	100% 31.12.2023
			Realizzazione di check list di verifica e strumenti di restituzione delle evidenze ed esiti delle verifiche	100% 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2021	Sarà individuato nuovo indicatore entro il 31.12.2022
			Definizione di un programma annuale di audit gestionali da	31.03.2021	Sarà individuato nuovo	Sarà individuato nuovo indicatore

			redigere, per l'approvazione da parte della DS, in parallelo al programma di verifiche ispettive interne per i requisiti dell'accREDITamento delle prove (ISO/IEC 17025:2018) e comprensivo di piano di dettaglio del campionamento delle sedi/attività auditate		indicatore entro il 31.12.2021	entro il 31.12.2022
		8.1.6)Definizione e realizzazione di un sistema di controlli interni integrato che si avvarrà di strumenti di verifica a carattere periodico volti in maniera specifica a valutare la regolare e puntuale attuazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo previste dal PTPCT.	Verifica sistematica e periodica, congiunta alle verifiche ispettive interne per i requisiti dell'accREDITamento delle prove (ISO/IEC 17025:2018) della corretta applicazione da parte delle strutture sanitarie delle misure del PTPCT riferite a “anonimato del campione” e separazione delle fasi pre-analitica e analitica con relazione alla DS delle relative evidenze e risultanze a conclusione di ciascuna verifica.	30.06.2021 31.12.2021	30.06.2022 31.12.2022	30.06.2023 31.12.2023

6. IL CASCADING: DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

6.1 Il Piano obiettivi annuali

Come già codificato al punto 4.1, al fine di dare attuazione alle linee strategiche ed alla programmazione sopra definita, gli obiettivi strategici vengono declinati, in obiettivi operativi annuali, all'interno del Piano delle Azioni, a seguito di un processo di negoziazione e condivisione con i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse/Semplice.

Gli obiettivi assegnati alle articolazioni organizzative aziendali, con i relativi indicatori e valori attesi, sono adottate dal Direttore Generale con proprio decreto, entro il mese di Febbraio.

In questa fase, a seguito del processo di negoziazione e condivisione, vengono predisposte le schede contenenti gli obiettivi operativi e i relativi indicatori per ogni singola articolazione organizzativa aziendale, che confluiscono nel sistema informatico. I dirigenti assegnatari delle schede di budget, a loro volta condividono con tutto il loro personale gli obiettivi assegnati alla propria articolazione organizzativa, compilando le schede di assegnazione obiettivi, in un colloquio tra valutato e valutatore. Attraverso la produzione reportistica è monitorato l'andamento della gestione, confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Il modello di scheda di budget (figura: es. scheda budget) è omogeneo per tutte le strutture (sanitarie, amministrative e di staff) e si differenzia per la graduazione delle categorie di obiettivi e per gli indicatori previsti.

Gli obiettivi inseriti nella scheda di budget sono riferibili alle Linee guida di programmazione. Per ogni obiettivo è definito il risultato atteso e l'indicatore specifico (certo e misurabile). Gli obiettivi possono essere di mantenimento o di miglioramento

La scheda di Budget operativo è suddivisa in quattro ambiti:

- Obiettivi/azioni
- Costi diretti
- Risorse umane
- Piano Investimenti

Figura: esempio scheda di budget



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

SCHEDA DI BUDGET DIPARTIMENTO AREA TERRITORIALE LOMBARDIA - ANNO 2021					
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO:					
CDR:					
Struttura	Dipartimento Area Territoriale Lombardia				
MACRO AREA STRATEGICA	Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato				
Indicatore	Azioni previste	Target	Data Scadenza	Strutture coinvolte	Criticità legate al mancato raggiungimento
Struttura	Sede Territoriale Cremona-Mantova				
Indicatore	Azioni previste	Target	Data Scadenza	Strutture coinvolte	Criticità legate al mancato raggiungimento
Struttura	Sede Territoriale Lodi-Milano				
Indicatore	Azioni previste	Target	Data Scadenza	Strutture coinvolte	Criticità legate al mancato raggiungimento
Struttura	Sede Territoriale Bergamo-Binago-Sondrio				
Indicatore	Azioni previste	Target	Data Scadenza	Strutture coinvolte	Criticità legate al mancato raggiungimento
Struttura	Sede Territoriale Brescia				
Indicatore	Azioni previste	Target	Data Scadenza	Strutture coinvolte	Criticità legate al mancato raggiungimento
Struttura	Sede Territoriale Pavia				
Indicatore	Azioni previste	Target	Data Scadenza	Strutture coinvolte	Criticità legate al mancato raggiungimento
COSTI DIRETTI: La scheda riporta i consumi dei fattori produttivi direttamente governabili dal responsabile di CDR.					
RISORSE UMANE : Le rappresentazioni delle risorse umane comprende: - personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato; - personale atipico (lavoro autonomo, borse di studio e co.co.co.); Le risorse umane sono espresse in numero di teste Full Time Equivalent (FTE) per centro di responsabilità di appartenenza esistenti al 1° gennaio dell'esercizio.					
PIANO INVESTIMENTI: Valore					
ORE STRAORDINARIE					
OSSERVAZIONI:					
LUOGO, DATA					
IL DIRETTORE SANITARIO IL DIRETTORE GENERALE: IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO: IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO:					

La programmazione è basata sui seguenti dati di Input:

1. Ricavo Totale Annuale previsto (si utilizza il ricavo totale dell'anno precedente)
2. Full Time Equivalenti disponibili a inizio anno
3. % FTE disponibili da destinare agli obiettivi strategici

Da cui si ricavano i seguenti Output:

1. Ricavo per Full Time Equivalente teorico (RFTEt)
2. Ricavo per Full Time Equivalente a seguito della programmazione (RFTEp)
3. RFTEp-RFTEt (Target generato dalla programmazione)

La verifica prevede l'utilizzo dei seguenti dati Input:

1. Target da programmazione
2. RFTEt
3. Variazione % del Ricavo totale (RT) rispetto al previsto
4. Variazione % del FTE programmato

Da cui derivano i seguenti Output:

1. Ricavo Totale reale
2. FTE reale
3. Ricavo per FTE reale
4. Differenza % tra RFTE reale e RFTE teorico (da relazionale al Target)
5. Raggiungimento del Target

7. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SMVP) definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance; di seguito la descrizione di come, l'istituto, misura e valuta la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

7.1 Misurazione e Valutazione della Performance ORGANIZZATIVA

Per la misurazione della **Performance organizzativa** l'Istituto si è dotato di uno strumento definito "**Livello sintetico di performance di ente**", (L.S.E.) che rappresenta la media delle percentuali di raggiungimento di tutti gli obiettivi individuati all'interno del Cruscotto di Ente.

L'inserimento di tale indicatore è stato ritenuto necessario per coinvolgere tutti i Dipartimenti i Dirigenti di Struttura Complessa e Semplice nello sforzo di raggiungere il target previsto e, a tal fine questo indicatore rientra per i sunnominati Dirigenti tra gli obiettivi c.d. «pesati», in base alle modalità previste dalla contrattazione integrativa.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

7.2 Misurazione e Valutazione della Performance INDIVIDUALE

Oltre all'ambito della misurazione e valutazione della performance organizzativa, particolare importanza viene attribuita al collegato processo di misurazione e valutazione della performance individuale ed ai connessi aspetti inerenti le competenze dimostrate ed i comportamenti organizzativi attuati per il raggiungimento degli obiettivi individuali/di gruppo e della struttura.

Un sistema di valutazione delle prestazioni del personale, agganciato ad un sistema incentivante per i risultati raggiunti è un elemento essenziale nel ciclo di programmazione, misurazione e controllo della performance dell'azienda.

La valutazione della performance individuale costituisce elemento strategico del rapporto di lavoro ed è diretta a riconoscere e a valorizzare la qualità e l'impegno per il conseguimento di più elevati livelli di risultato dell'organizzazione, per l'incremento della soddisfazione degli utenti e per orientare i percorsi di carriera e lo sviluppo professionale. La valutazione è altresì diretta a verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati e delle capacità professionali.

E tutto ciò per tendere al miglioramento della qualità dei servizi e alla crescita delle competenze professionali dei dipendenti. Il sistema prevede contestualmente all'utilizzo dei risultati di budget, quale modalità di misurazione della performance organizzativa, la valutazione della performance individuale (dirigenza e comparto) da rilevarsi tramite scheda di valutazione, con l'obiettivo di sviluppare il ciclo della performance, di evidenziare gli apporti individuali al raggiungimento degli obiettivi complessivi e di introdurre un sistema per la crescita e lo sviluppo del personale, strumenti indispensabili in un contesto organizzativo complesso come quello in cui si trova ad operare l'IZSLER. Per approfondimenti si rimanda alla visione del SMVP pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente".

I risultati finali delle valutazioni effettuate dai competenti organismi di verifica vengono poi riportati nel fascicolo personale.

Sempre nel 2021 sarà rivista la contrattazione integrativa aziendale relativa all'assegnazione del premio di produttività per il personale del Comparto e della retribuzione di risultato per il personale Dirigente. Secondo la previsione contrattuale, gli accordi decentrati riporteranno i criteri di ripartizione delle risorse disponibili destinate alla premialità del personale.

8. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del d.lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio è realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dall'UO Gestione servizi contabili al Controllo di Gestione, al NVP e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali e il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

9.COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE FRA GLI AMBITI RELATIVI ALLA PERFORMANCE E ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'integrazione tra il Piano della Performance e il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, come sottolineato anche nel PNA 2019, è tra i principi metodologici che devono guidare la progettazione e l'attuazione del processo di gestione del rischio. Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario infatti che il PTPCT sia coordinato rispetto al contenuto degli altri strumenti di programmazione e che negli strumenti del ciclo della performance, quali obiettivi e indicatori, siano inclusi i processi e le attività di programmazione poste in essere per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT.

Come è noto il Piano della performance e il PTPCT hanno finalità diverse ed obiettivi, in parti comuni. Gli obiettivi del PTPCT sono stati recepiti dal Piano delle Performance nell'obiettivo n. 8 "Diffusione della cultura della legalità, sviluppo di un sistema di prevenzione, rafforzamento dei livelli di trasparenza".

Il Piano performance declina gli obiettivi delle strutture, frutto delle strategie delineate dall'organo di direzione, in un'ottica di integrazione e coerenza tra tutti gli strumenti di programmazione dell'Istituto, esso rappresenta il principale strumento attraverso il quale dare attuazione anche alle misure del PTPCT. Il PTPCT ha lo scopo di mappare i rischi ed individuare le misure organizzative atte a prevenire la possibilità dell'avverarsi di fenomeni corruttivi.

Pertanto nell'ambito del PTPCT 2021-2023 per l'Istituto saranno individuate misure generali, specifiche e/o obbligatorie a realizzarsi nell'anno 2021 nonché l'elenco degli obblighi di pubblicazione che, come per i precedenti piani anticorruzione adottati costituiranno necessariamente obiettivi da realizzarsi nell'ambito del Piano della Performance. Ciascuna struttura, per l'attività di competenza, garantirà il raggiungimento di tali obiettivi. Lo scopo della correlazione è da un lato realizzare la sopra descritta integrazione e dall'altro realizzare lo scopo di migliorare, in un'ottica trasversale, i processi e le attività sviluppate nell'ambito dell'Istituto.