

**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 2022÷2024

Adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 3 del 24.01.2022



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	3
2.1 Identità aziendale. Mandato Istituzionale e Mission	3
2.2 Chi siamo	4
2.3 Assetto Istituzionale e Organizzativo.....	4
2.4 Cosa Facciamo	16
2.5 Come Operiamo	17
2.6 La politica della qualità.....	18
3. IZSLER IN CIFRE	19
3.1 Sede Legale, Elementi Identificativi e Patrimonio.....	19
3.2 Centri di Referenza, Centri di Riferimento, Centri di Collaborazione	21
3.3 Attività analitica, pubblicazioni e progetti di ricerca	22
3.4 Risorse Finanziarie	22
3.5 Risorse umane	25
3.6 Personale addetto alla ricerca cd “Piramide della Ricerca” (PR).....	26
3.7 Politiche di genere	27
4.IL PERCORSO DAGLI IMPEGNI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI GENERALI	28
4.1 Il percorso in sintesi.....	28
4.2 Il sistema di budget	31
4.3 Processo di budgeting	32
4.4 Attività del COGEP	34
4.5 Strumenti di supporto	34
5. CRUSCOTTO DI ENTE: Aree Strategiche/ obiettivi generali/obiettivi operativi/indicatori	35
5.1 Il cruscotto di Ente 2022÷2024.....	35
5.2 Riepilogo obiettivi ed indicatori	51
6. IL CASCADING: DAGLI OBIETTIVI GENERALI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	51
6.1 Il Piano obiettivi annuali	51
7. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	52
7.1 Misurazione e Valutazione della Performance ORGANIZZATIVA.....	52
7.2 Misurazione e Valutazione della Performance INDIVIDUALE.....	52
8. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO	53
9.COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE FRA GLI AMBITI RELATIVI ALLA PERFORMANCE E ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	53
10 PROSSIME EVOLUZIONI PIANO DELLE PERFORMANCE: PIAO	54

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 generali, declinato a livello annuale con 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 Prestazioni.

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, II.ZZ.SS., 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 II.ZZ.SS. 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

Dott. Maurilio Giorgi - Membro

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.

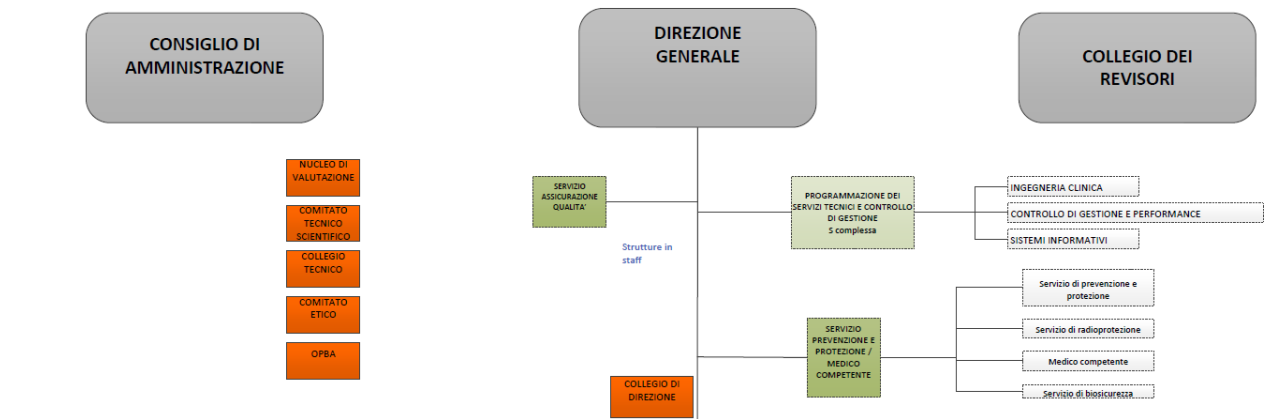
Il Direttore Amministrativo: Dott. Giovanni Ziviani

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 n.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.

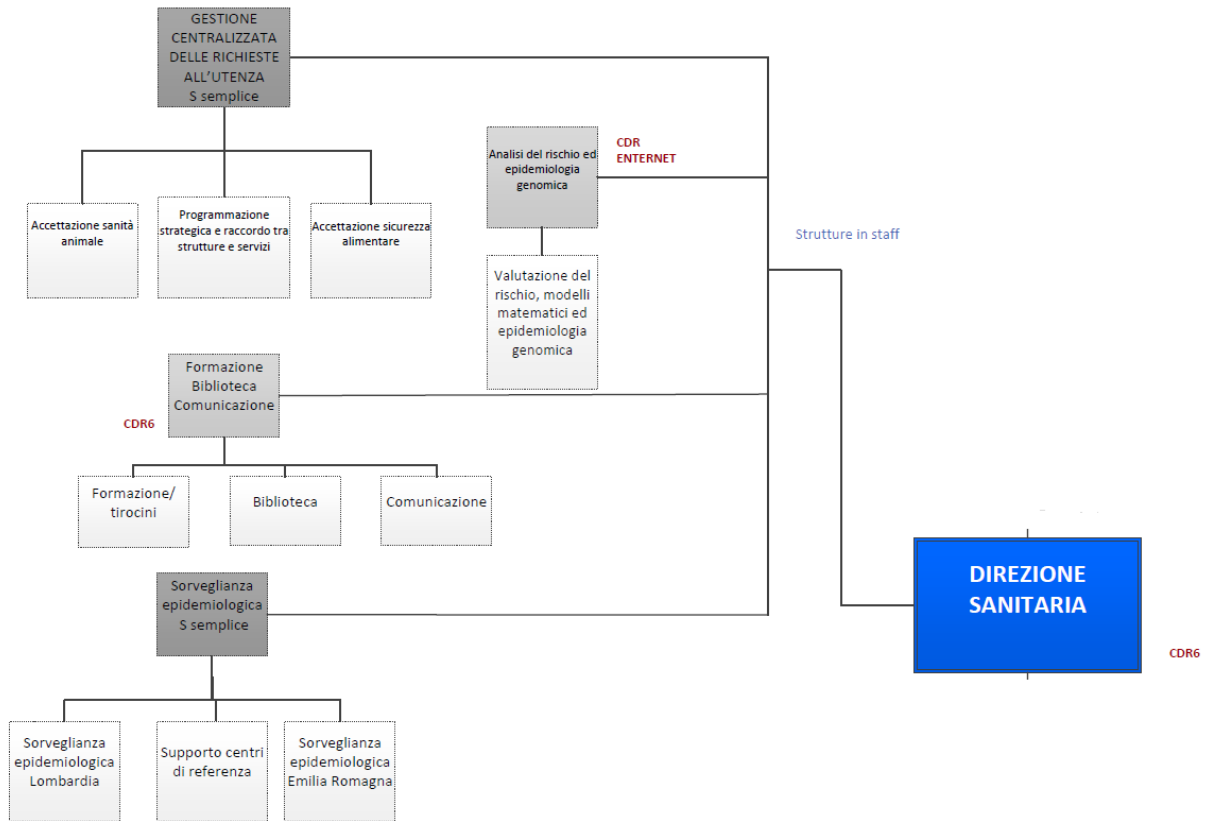
L'organizzazione è descritta nel dettaglio nelle figure seguenti.

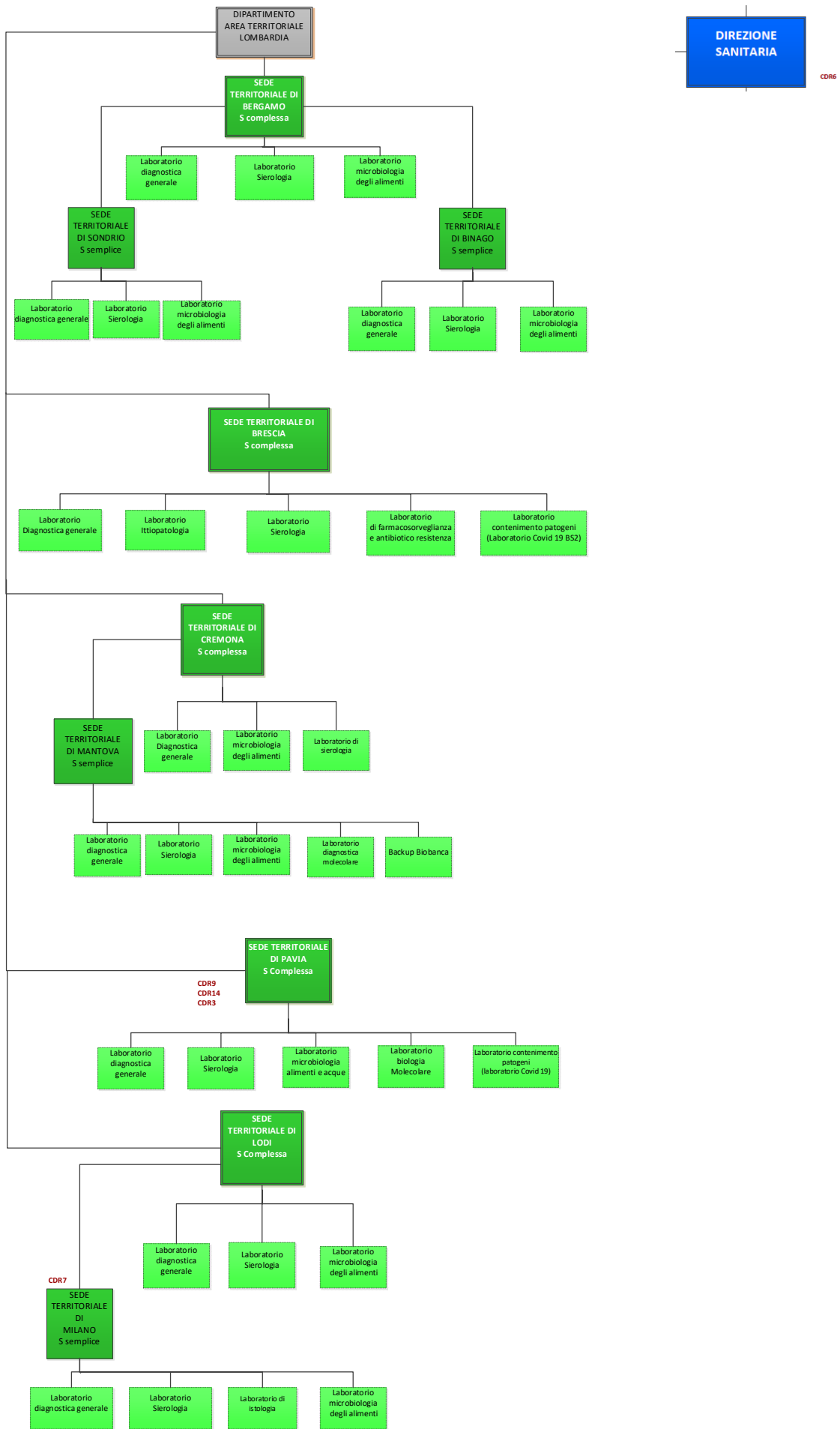
NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

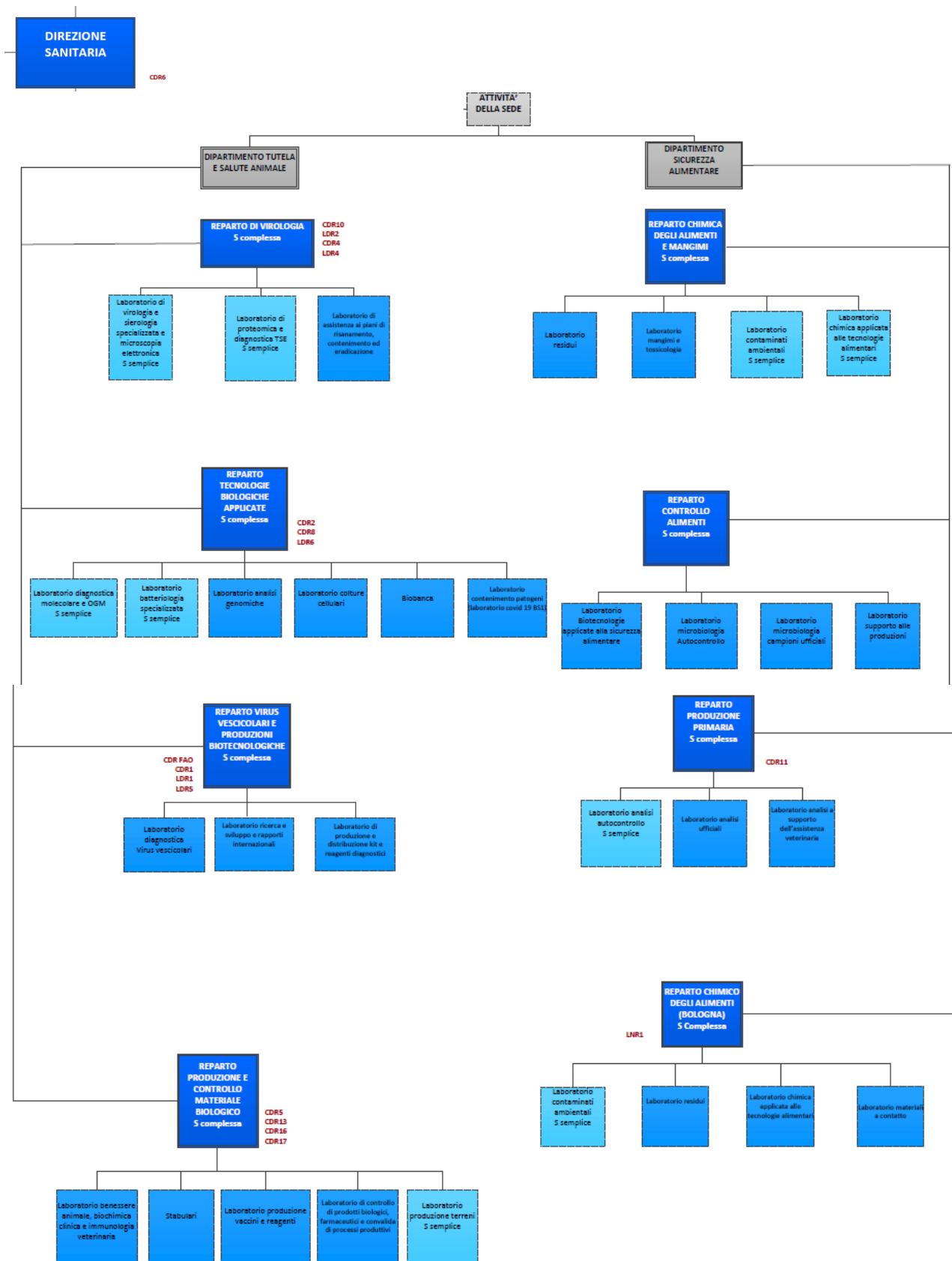


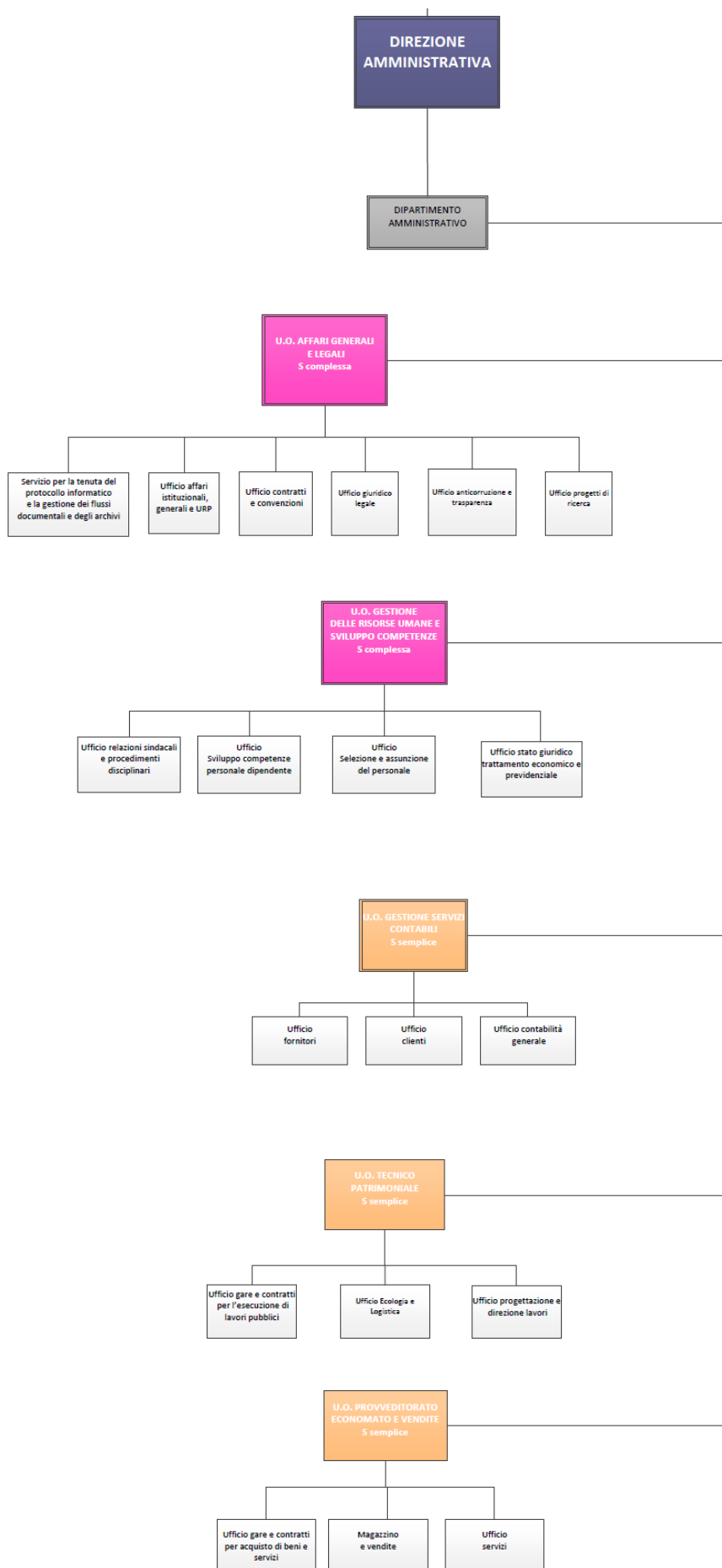
Legenda:

-  ORGANI
-  ORGANISMI
-  IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE
-  IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA
-  AREA TERRITORIALE EMILIA-ROMAGNA
-  AREA TERRITORIALE LOMBARDIA
-  AREA ATTIVITA' DELLA SEDE
-  AREA AMMINISTRATIVA









Il modello dipartimentale 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.

I criteri utilizzati per la definizione dell'organizzazione sono stati:

- 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 (Staff)
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 Economato 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 zoonosanitaria, 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.

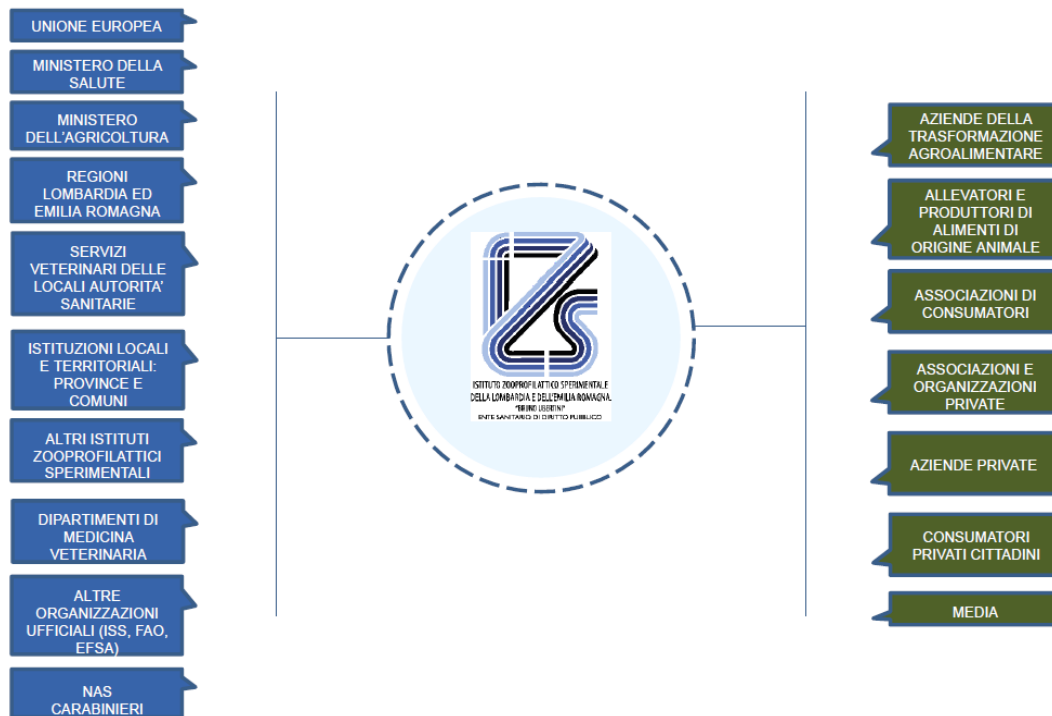
L'Istituto è altresì sede di Centri di Riferenza Nazionali (CdRN), strumenti operativi di elevata e provata competenza, individuati dal Ministero della Salute.

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.



Stakeholder IZSLER

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 22.12.2009) 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 Accredimento, 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 13.12.2021 sono n. 1.431.

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".

 <p style="text-align: center;">LOMBARDIA</p>			
UNITÀ TERRITORIALI			
<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>			



EMILIA ROMAGNA

UNITÀ TERRITORIALI

<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 Riferenza, Centri di Riferimento, Centri di Collaborazione

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

L'attività dei Centri di Riferenza 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 Riferenza, di Riferimento, di Collaborazione.

Tabella: Centri di Riferenza, di Riferimento, di Collaborazione

Centri di Riferenza o di Collaborazione Internazionali
1. Centro di Riferenza FAO: Afta Epizootica e Malattia Vescicolare del suino (lettera di incarico 19.11.1015)
2. Laboratorio di Riferenza OIE: Malattia Vescicolare del Suino (59 General Session 1991)
3. Laboratorio di Riferenza OIE: Malattia Emorragica del Coniglio (59 General Session 1991)
4. Laboratorio di Riferenza OIE: Influenza Suina (80° General Session Paris 20-25 May 2012 resolution n. 20)
5. Laboratorio di Riferenza OIE: Myxomatosi del Coniglio (80° General Session Paris 20-25 May 2012 resolution n. 20)
6. Laboratorio di Riferenza 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 Riferenza Nazionali
1. Centro di Riferenza Nazionale per lo studio e la diagnosi dell'afta epizootica e delle malattie vescicolari (DM 2.11.1991)
2. Centro di Riferenza Nazionale per la Leptosirosi (DM 4.10.1999)
3. Centro di Riferenza Nazionale per la Clamidiosi (DM 4.10.1999)
4. Centro di Riferenza Nazionale per la malattia di Aujeszky – Pseudorabbia (DM 8.5.2002)
5. Centro di Riferenza Nazionale per il Benessere Animale (DM 13.02.2003)
6. Centro di Riferenza Nazionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria (DM 27.08.2004)
7. Centro di Riferenza 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 Enternet 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 31.12.2020, si riportano i dati nella sotto indicata tabella:

DIPARTIMENTI/ STRUTTURE IN STAFF	N° ESAMI	N° PUBBLICAZIONI	N° PROGETTI RICERCA IN CORSO
SICUREZZA ALIMENTARE	1.645.425	25	31
AREA TERR. LOMBARDIA	1.559.447	37	34
AREA TERR. EMILIA ROMAGNA	1.024.630	28	52
TUTELA E SALUTE ANIMALE	995.014	50	86
STRUTTURE IN STAFF D.S.	5.461	11	28

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.

I ricavi

Il valore della produzione 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. Con riferimento all'esercizio 2020 si segnala che il valore della produzione risulta superiore a € 80.000.000 con un incremento rispetto all'esercizio precedente del 4,62% dovuto all'erogazione di prestazioni connesse all'emergenza COVID-19 per l'analisi di tamponi molecolari.

I costi della gestione

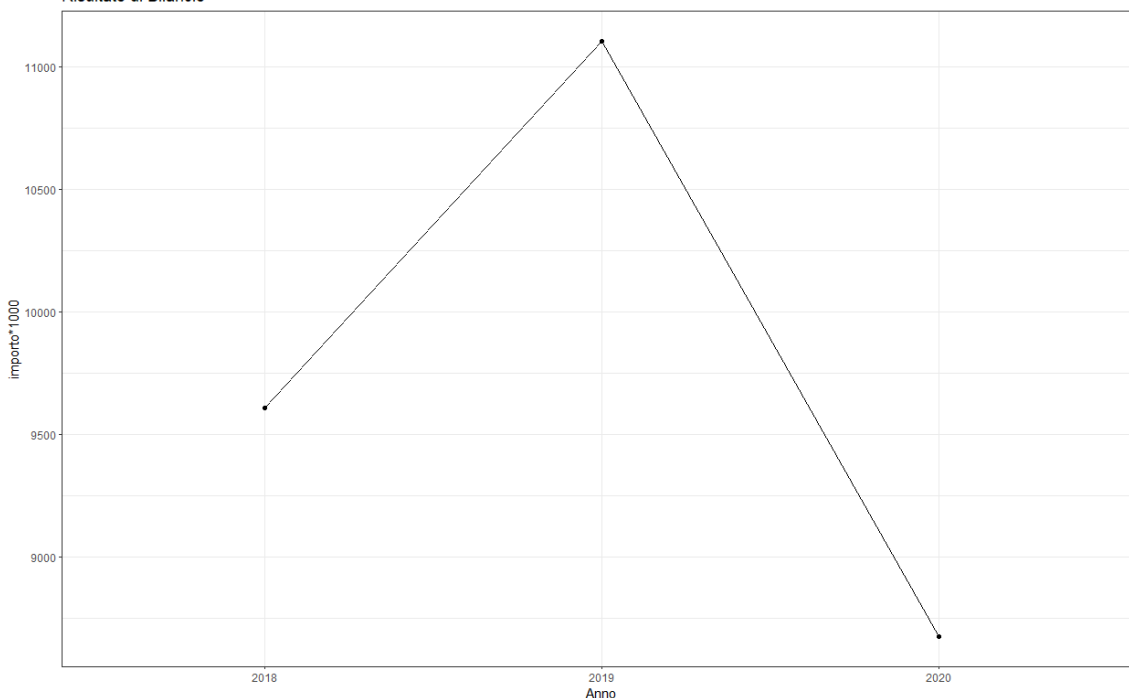
I costi sostenuti per il funzionamento e l'erogazione delle prestazioni sono riassunti nel grafico sotto riportato.

Si segnala che i costi della produzione dell'esercizio 2020 ammontano ad oltre € 68.000.000, hanno subito un incremento del 6,18% rispetto all'esercizio precedente, dovuto a fattori legati all'emergenza COVID-19 (acquisto di reagenti necessari alle analisi di tamponi molecolari, di DPI per tutto il personale e per l'assunzione di personale di laboratorio a tempo determinato).

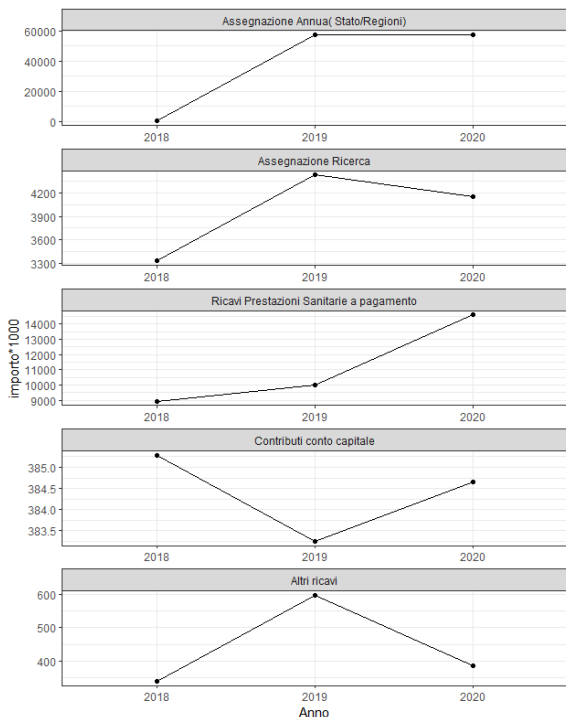
Nonostante il periodo critico legato alla pandemia, l'Istituto ha comunque raggiunto un risultato d'esercizio superiore a € 8.000.000.

Si riportano nella pagina successiva dei grafici rappresentativi della situazione finanziaria.

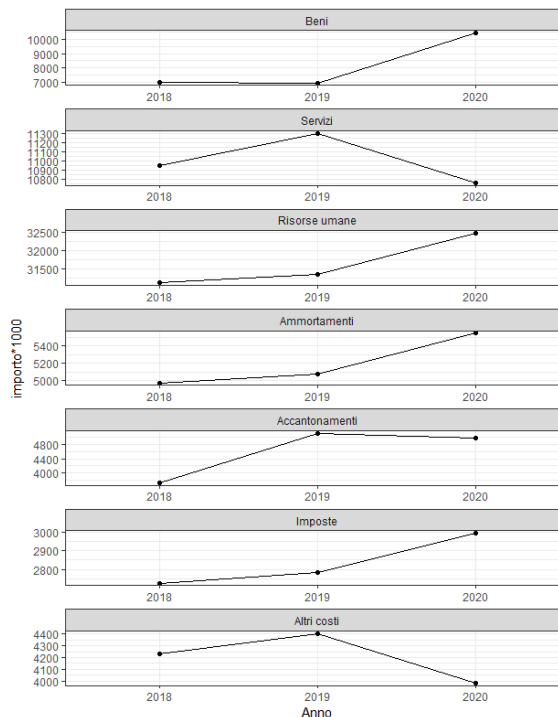
Risultato di Bilancio



Ricavi



Costi



Il bilancio di previsione per l'esercizio 2022

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 pertanto utilizzata per consentire di presentare un documento con tale risultato finale.

Conto Economico Bilancio Preventivo (D.Lgs. 23/6/2011 - n.118) anno 2022				
Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna				
I.Z.S. DELLA LOMBARDIA ED EMILIA ROMAGNA		ANNO	2022	
Dati in €/1.000				
Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio consuntivo 2020	Bilancio preconsuntivo 2021	Bilancio Preventivo 2022
A	A) Valore della produzione			
A1	A1) Contributi in conto esercizio	62.373	61.849	61.326
A2	A2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	0
A3	A3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.382	3.544	8.225
A4	A4) Ricavi per prestazioni sanitarie	14.582	14.702	14.408
A5	A5) Concorsi, recuperi e rimborsi	226	221	217
A6	A6) Quota contributi in conto capitale imputata nell'esercizio	385	384	381
A7	A7) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
A8	A8) Altri ricavi e proventi	387	400	380
A_T	TOTALE A)	80.335	81.101	84.938
B	B) Costi della produzione			
B1	B1) Acquisti di beni	10.429	10.570	10.509
B2	B2) Acquisti di servizi	2.240	2.082	1.862
B3	B3) Acquisti di servizi non sanitari	8.522	9.218	10.050
B4	B4) Manutenzione e riparazione	2.911	3.263	3.357
B5	B5) Godimento di beni di terzi	184	190	198
B6	B6) Costi del personale	32.485	33.379	39.374
B7	B7) Oneri diversi di gestione	1.276	1.598	1.501
B8	B8) Ammortamenti	5.548	5.640	6.007
B9	B9) Svalutazione dei crediti	44	50	50
B10	B10) Variazione delle rimanenze	(433)	(150)	170
B11	B11) Accantonamenti	4.976	8.217	7.785
B_T	TOTALE B)	68.182	74.055	80.862
B_Z	Differenza tra valore e costi della produzione	12.153	7.046	4.076
C	C) Proventi e oneri finanziari			
C_T	TOTALE C)	(1)	(1)	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)	(484)	(442)	(535)
E_Z	Risultato prima delle imposte	11.668	6.603	3.541
Y	Y) Imposte sul reddito dell'esercizio			
Y_T	TOTALE Y)	2.993	3.098	3.541
Z_99	Utile (perdita) dell'esercizio	8.675	3.505	(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 3.12.2021 è pari a 672 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	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO	TOTALE
Comparto ruolo sanitario	0	125	125
Comparto ruolo tecnico	35	291	326
Comparto ruolo amministrativo	3	88	91
Piramide ricerca	7	0	7
Dirigenza veterinaria	3	76	79
Dirigenza sanitaria	5	29	34
Dirigenza professionale	0	1	1
Dirigenza tecnica	0	2	2
Dirigenza amministrativa	1	6	7

Totale complessivo	54	618	672
---------------------------	-----------	------------	------------

3.6 Personale addetto alla ricerca cd “Piramide della Ricerca” (PR)

Il Ministero della Salute nel 2016 ha iniziato a disegnare una nuova forma contrattuale per il personale della ricerca sanitaria che lavora presso gli IRCCS e IZS pubblici italiani, che ha voluto chiamare “Piramide della Ricerca”. Alla fine del 2017 (legge di bilancio n 205) sono stati definiti i riferimenti normativi/legali per realizzare questa forma contrattuale a cui è seguita l’emanazione di una sezione speciale del CCNL del comparto sanitario.

Il nuovo contratto collettivo nazionale dei ricercatori, è stato firmato in data 11.07.2019 e disciplina il ruolo del ricercatore e del personale di supporto alla ricerca. Con l’applicazione del CCNL, questi professionisti sono stati assunti con un contratto a tempo determinato per cinque anni, prorogabili per altri cinque, al termine dei quali è previsto l’ingresso nei ruoli del Sistema Sanitario Nazionale. Tale riforma ha rappresentato un primo passo nella direzione di una graduale stabilizzazione del personale di ricerca che storicamente lavorava all’interno degli IZS con contratti precari, rinnovati spesso di anno in anno. Questo risultato importante ha permesso di pensare alla ricerca in maniera più stabile, attribuendo risorse e definendo obiettivi più chiari e più sfidanti.

Il Decreto Ministeriale 164/2019 definisce le procedure e i parametri di valutazione dei ricercatori e dei collaboratori professionali della Ricerca Sanitaria, costituisce il documento di riferimento per la valutazione bibliometrica del personale assunto con un contratto del Comparto Sanità sezionale della ricerca, con il profilo di ricercatore. I parametri di valutazione individuale più importanti sono la valutazione annuale, la valutazione finale a conclusione dei primi cinque anni di servizio, la valutazione del ricercatore sanitario per l’immissione in ruolo e quella del ricercatore residente all’estero.

Altri riferimenti normativi per il personale della ricerca sono contenuti nel DM 128/2020 (individuazione dei criteri per l’attribuzione delle fasce economiche al personale assunto nel regime transitorio della riforma del personale di ricerca) e nel DPCM del 21.04.2021 (definizione dei requisiti, dei titoli e delle procedure concorsuali per le assunzioni di personale per lo svolgimento delle attività di ricerca e di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici e gli IIZZSS).

In data 03.12.2020 il Ministero della Salute ha attribuito ad IZSLER la quota di finanziamento annuo per la piramide della ricerca. Tale quota ammonta a € 1.775.000.

La Direzione Amministrativa ha provveduto ad inserire tale somma nel Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale dell’IZSLER per l’anno 2021. Come si evince nella tabella sottostante, tale cifra consentirà l’assunzione di 41 unità di personale dedicato alla ricerca entro il 31.12.2021.

Risorse annue disponibili Finanziamento per piramide della ricerca						€ 1.775.000
Profilo	2021		2022		2023	
	N.	Costo	N.	Costo	N.	Costo
Comparto - ricerca	41	1.770.206	41	1.770.206	41	1.770.206

Sulla base di un’analisi dei fabbisogni dei diversi profili di ricercatori e di uno studio relativo alla produttività e impatto citazionale dei diversi dipartimenti, descritti nel Piano Triennale della Ricerca, il personale della ricerca sarà distribuito secondo la seguente tabella:

Dipartimento	Numero Ricercatori/Collaboratori
Tutela e salute animale	12

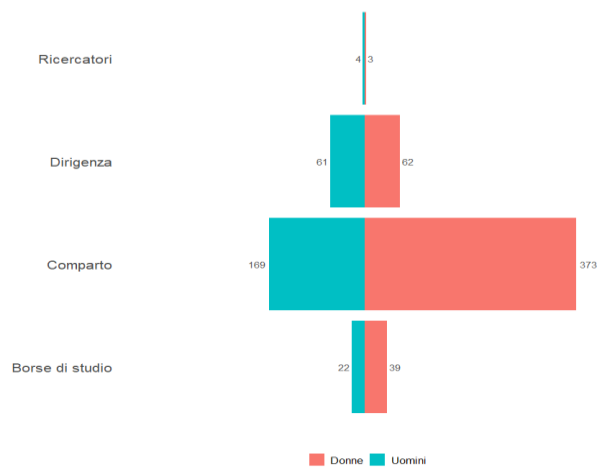
Sicurezza Alimentare	6
Area Terr. Emilia Romagna	9
Area Terr. Lombardia	6
Strutture in staff DS	4
Strutture in Staff DG	2
Amministrativo	2
TOTALE	41

A seguito di nota del Ministero della Sanità è stato possibile incrementare il finanziamento per la piramide della ricerca, attingendo fino al 30% dei fondi destinati ai progetti di ricerca corrente, permettendo quindi d'incrementare il numero di ricercatori da 41 a 58 unità. La distribuzione delle nuove unità avverrà in seguito a valutazioni della Direzione Strategica.

3.7 Politiche di genere

In Istituto lavorano n.477 donne e n. 256 uomini, così suddivisi:

	UOMINI	DONNE
Borsisti	22	39
Personale Piramide Ricerca	4	3
Comparto	169	373
Dirigenza	61	62
Totale	256	477



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. 245 del 17.06.2021.

4.IL PERCORSO DAGLI IMPEGNI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI GENERALI

4.1 Il percorso in sintesi

Gli impegni strategici su cui sarà impegnato l'Istituto nel prossimo triennio 2022÷2024, discendono da norme di carattere regionale e nazionale e dagli obiettivi individuati dal Consiglio di Amministrazione nella deliberazione n. 16 del 15.12.2020 e dal Piano di Pluriennale delle attività adottato con deliberazione n. 9 del 22.07.2020.

Gli stessi vengono tradotti in obiettivi generali (OG), obiettivi operativi con i relativi indicatori e target. Tali obiettivi possono avere una natura istituzionale se discendono da norme comunitarie, nazionale e regionali, oppure possono essere gestionali in relazione alla attuazione del Piano Pluriennale delle attività e agli indirizzi definiti dal Consiglio di Amministrazione.

Gli obiettivi istituzionali, 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.

Gli obiettivi gestionali sono legati a:

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 riferimento, 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.

Gli obiettivi generali, sviluppati su un arco di tempo triennale e approvati nel Piano Performance, vengono declinati annualmente nel Piano delle Azioni, come obiettivi operativi, che vengono

codificati e inseriti nelle schede di budget per la Direzione Sanitaria, Amministrativa, per i dipartimenti e tutte le strutture, attraverso il processo di budgeting.

E' importante sottolineare che in sede di programmazione, i Direttori di Dipartimento effettuano in prima istanza l'analisi delle risorse richieste per adempiere agli obiettivi di carattere istituzionale, la restante partizione delle risorse viene articolata per l'attuazione degli obiettivi gestionali, effettuando una valutazione della performance raggiunta tramite indicatori che permetteranno di individuare potenziali punti critici, aree di miglioramento e di allocare al meglio le risorse.

I Direttori di Dipartimento, nell'assegnare alle strutture gli obiettivi operativi codificati dalla Direzione Generale, considerano i seguenti aspetti fondamentali:

- 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

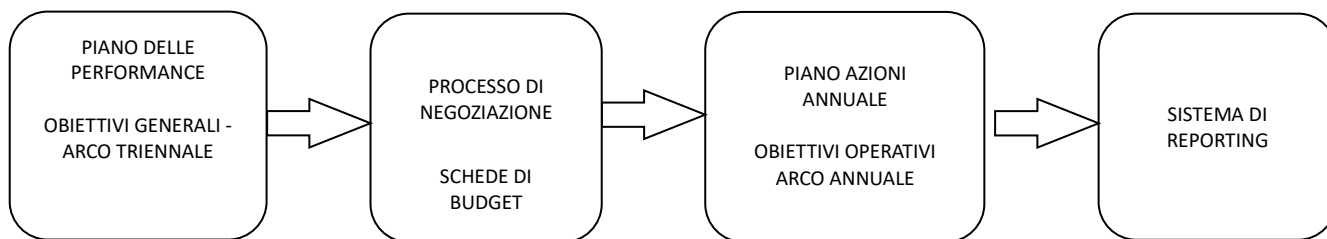
Quest'approccio garantisce una programmazione locale basata non solo sull'ottemperanza alle norme, ma anche sul rispetto delle peculiarità dei singoli Dipartimenti, del contesto produttivo e della disponibilità di risorse. Ciò consente un'organizzazione dei servizi più appropriata.

Il processo di budgeting si realizza attraverso l'utilizzo del 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, che verrà dettagliata meglio al punto specifico.

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.

Di seguito la successione logica e temporale delle fasi:

1. Il Piano delle Performance contiene le indicazioni degli obiettivi generali, sviluppati su un arco triennale, espressi in obiettivi operativi, con relativi indicatori e target; tale Piano viene approvato dal Consiglio di Amministrazione entro il 31.01 di ogni anno (Dashboard - Cruscotto di Ente)
2. Processo di budgeting: negoziazione degli obiettivi e approvazione delle schede di budget
3. Il Piano delle Azioni declina gli obiettivi generali in obiettivi annuali assegnandoli alle strutture, collegati ai relativi indicatori e target; tale Piano viene approvato dalla Direzione Generale e rappresenta lo strumento di programmazione annuale
4. Il Sistema di Reporting permette il monitoraggio e la verifica dei costi e delle attività delle Strutture/Unità Operative ad opera dell'UO Programmazione servizi tecnici e controllo gestione (COGEP)



Quando	Cosa	Chi
31.12.2021	Presentazione Piano delle Performance 2022-2024	NVP
31.01.2022	Adozione Piano delle Performance 2022-2024	CdA previo parere NVP
28.02.2022	Processo di budgeting e adozione del Piano delle Azioni anno 2022	Direzione strategica D Dipartimento DS Complesse DG
31.03.2022	Assegnazione obiettivi a tutto il personale Adozione SVMP anno 2022	COGEP DG previo parere NVP
31.07.2022	Monitoraggio stato avanzamento obiettivi	Controllo di Gestione D Dipartimento DS Complesse
31.08.2022	Compilazione schede di valutazione intermedia	Controllo di Gestione D Dipartimento DS Complesse
15.02.2023	Chiusura anno, rendicontazione finale, monitoraggio finale, compilazione schede di valutazione finale	Controllo di Gestione Dipartimenti DS Complesse
31.03.2023	Adozione Relazione sulle Performance anno 2022	CdA previa validazione del NVP
30.06.2023	Erogazione retribuzione risultato/produttività	IZSLER

4.2 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 le attività, 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 "CdR" nella contrattazione) costituisce il budget aziendale.

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 Centro di Responsabilità (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.

4.3 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, attraverso il Controllo di Gestione, di predisporre le schede di budget, valutare le schede di proposta di budget, valutare i risultati finali della fase di negoziazione del budget e verificare, almeno semestralmente, 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 da assegnare alla 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 Direttore 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, attraverso il Controllo di Gestione e Performance (COGEP), presidia e completa il ciclo delle negoziazioni, valida e approva il budget annuale e lo ufficializza

4.4 Attività del COGEP

Il COGEP è l'unità operativa deputata a sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo della Performance. Questo Ufficio è stato potenziato nel corso dell'anno 2021 con l'ingresso di nuovo personale. In particolare i suoi compiti inerenti al Ciclo di gestione delle performance sono:

- supportare la Direzione Strategica nella pianificazione, redazione dei documenti aziendali e attuazione dell'intero Ciclo di Gestione delle Performance nel rispetto del D Lgs 150/2009;
- predisporre le schede di budget per le Strutture;
- sovrintendere alla negoziazione e approvazione degli obiettivi di budget;
- valutare eventuali richieste di modifica degli obiettivi specifici e/o dei risultati attesi;
- effettuare il monitoraggio dei risultati a cadenza semestrale, per valutare eventuali scostamenti al fine di apportare le giuste correzioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi;
- produrre il sistema di reporting e l'analisi dai dati attraverso l'utilizzo di indicatori chiave;
- costruire il sistema interno di misurazione e valutazione per l'utilizzo del sistema premiante;
- supportare il N.V.P nello svolgimento delle attività di competenza;
- supportare il sistema di Internal Auditing.

4.5 Strumenti di supporto

Gli strumenti di supporto che l'Istituto utilizza ai fini del corretto presidio delle attività sono il *Sistema Qualità*, inteso come individuazione di un processo di miglioramento continuo della performance dell'ente, che tenga conto degli standard nazionali di qualità e l'*Internal Auditing* volto alla valutazione dell'efficacia dei controlli interni.

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 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. Parimenti tale accreditamento viene indicato come strumento cardine dal Manual of Diagnostic Tests and Vaccines for Terrestrial Animals (2021) della Organizzazione Mondiale per la Salute animale (OIE) per garantire la qualità dei risultati nei controlli di laboratorio finalizzati a garantire a livello globale scambi sicuri nei confronti delle malattie infettive animali.

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.

Internal Auditing

La funzione di Internal Auditing, funzione indipendente, è una attività finalizzata alla 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 (generali, 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.

Il Servizio Assicurazione Qualità assieme al COGEP e all'U.O. Affari Generali e Legali supporta la Direzione nell'esecuzione degli audit sopra descritti 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: Aree Strategiche/ obiettivi generali/obiettivi operativi/indicatori

5.1 Il cruscotto di Ente 2022÷2024

Il cruscotto di ente contiene le Aree Strategiche, gli obiettivi generali, i relativi obiettivi operativi con indicatori e target e rappresenta la *performance organizzativa*.

Gli obiettivi Generali si declinano in. 5 Aree Strategiche - riducendo il numero di aree rispetto al precedente Piano (8 aree) - le quali vengono presidiate dalla Direzione Strategica (DG, DS e DA), attraverso cui è possibile valutare in modo integrato i risultati aziendali, meglio dettagliate successivamente.

Ogni obiettivo è definito sulla base delle 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

L'impostazione metodologica utilizzata risulta avere un approccio applicativo che permette di collegare maggiormente la performance organizzativa con gli obiettivi delle strutture/reparti, al fine di garantire:

- 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.

Gli indirizzi di programmazione descritti nel presente documento orienteranno i contenuti del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP 2022-2024) approvato con DGR n.XI/5754 del 21/12/2021, in coerenza con la strategia dell'ente e con le indicazioni nazionali e regionali.

Le Aree strategiche sono:

Area Strategica 1	Attività istituzionale	
Area Strategica 2	Potenziamento della ricerca	
Area Strategica 3	Sistema Gestionale	
Area Strategica 4	Formazione e Comunicazione	
Area Strategica 5	Etica e Legalità	

All'interno di ogni Area Strategica viene meglio declinata la Linea strategica, i risultati attesi, gli obiettivi generali, gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori/target:

Area strategica n. 1 "Attività istituzionale" - Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato;

Area strategica n. 2 "Potenziamento della ricerca" - Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale;

Area strategica n. 3 "Sistema Gestionale" - Garantire l'efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un'ottica multidimensionale;

Area strategica n. 4 “Formazione e comunicazione” - Promuovere la formazione continua, sviluppare la comunicazione e valorizzazione delle risorse umane;

Area strategica n. 5 “Etica e legalità” - Promuovere la cultura della legalità, sviluppare il sistema di prevenzione della corruzione e consolidare il sistema di automazione e semplificazione della trasparenza.



Area strategica 1 - ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

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, anche nella gestione delle emergenze sanitarie. Sviluppo di nuove metodologie di analisi e di intervento e l'ottimizzazione di nuovi servizi per la veterinaria pubblica. Le azioni intraprese mirano al miglioramento del rapporto dell'Istituto con i propri stakeholder istituzionali attraverso la soddisfazione delle esigenze*

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 2022.

Obiettivi generali del mandato istituzionale:

1. 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 e entomologia sanitaria
2. Implementazione e sviluppo di metodiche necessarie al controllo degli alimenti e dell'alimentazione animale
3. Sviluppo di progetti innovativi concordati con la Regione Lombardia, la Regione Emilia-Romagna e il Ministero della Salute in ambito di sanità e benessere animale e di sicurezza alimentare
4. Sviluppo della funzione di sorveglianza epidemiologica a supporto delle politiche sanitarie regionali in tema di sanità pubblica veterinaria
5. Sviluppo ed aggiornamento delle modalità di analisi, con particolare attenzione alla innovazione tecnologica e specializzazione dei reparti. Implementazione e razionalizzazione dell'attività di ricerca con particolare attenzione alle problematiche emergenti
6. Gestione delle emergenze sanitarie con pronta attuazione di azioni mirate e tempestive
7. Puntuale attuazione del Piano Pluriennale dell'Istituto e delle Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria

AS1-OG 1	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 e entomologia sanitaria				
AS1-IG 1	Corretta erogazione di attività analitica e servizi nei tempi e nei modi: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.1.1	Attivazione sequenziamento NGS per CRN-TB e COVID.	% operatività raggiunta del servizio di sequenziamento	≥70%	≥90%	100%
OO 1.1.2	Aggiornamento banca dati profili batterici con Maldi-tof	n. profili inseriti/n.profilo da inserire	≥50%	≥75%	≥95%
OO 1.1.3	Implementazione del sistema <i>Classyfarm</i> con le check-list di autocontrollo ovini, caprini e conigli	n. check list implementate/n. check list da implementare	100%	Attività conclusa	Attività conclusa
OO 1.1.4	Sviluppo analisi in-silico su dati WGS	Numero protocolli analisi in silico sviluppati	≥1	≥1	≥1
OO 1.1.5	Accentramento del servizio di Sierologia da Piano in sanità animale nelle sedi territoriali di Brescia e Cremona	% analisi sierologiche da Piano a BS e CR a fine anno	≥50%	≥90%	100%
OO 1.1.6	Completamento della separazione Zona Infetta ed utilizzo continuativo dei locali per attività diagnostica	Grado di completamento della separazione	100%	Attività conclusa	Attività conclusa
OO 1.1.7	Semplificazione processi di laboratorio e riduzione costi esecuzione WGS	% riduzione del numero di MMPP di laboratorio di sequenziamento genomico in carico ad AREG	≥ 20%	Attività conclusa	Attività conclusa
OO 1.1.8	Utilizzo ed elaborazione del dato WGS per la sorveglianza sanitaria in epidemiologia genomica	% utilizzo dati WGS su database sorveglianza genomica	≥90%	100%	Attività conclusa
AS1-OG 2	Implementazione e sviluppo di metodiche necessarie al controllo degli alimenti e dell'alimentazione animale				
AS1-IG 2	Implementazione e sviluppo di metodiche: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.2.1	Sviluppo di nuovi metodi di prova, revisioni sostanziali, documenti tecnici	n. nuovi documenti o con revisioni sostanziali	≥10	≥10	≥10
OO 1.2.2	Attivazione sistema robotizzato per il prelievo e la diluizione dei campioni -	% di operatività del sistema robotizzato	≥75%	100%	Attività conclusa
AS1-OG 3	Sviluppo di progetti innovativi concordati con la Regione Lombardia, la Regione Emilia-Romagna e il Ministero della Salute in ambito di sanità e benessere animale e di sicurezza alimentare				
AS1-IG 3	Sviluppo progetti innovativi: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.3.1	Messa a regime del modulo prenotazione campioni	Applicazione operativa del software "prenotazione campioni" su due laboratori al 30.06.	≥50%	100%	Attività conclusa

		Programmazione a step degli altri laboratori entro il 31.12.			
AS1-OG 4	Sviluppo della funzione di sorveglianza epidemiologica a supporto delle politiche sanitarie regionali in tema di sanità pubblica veterinaria				
AS1-IG 4	Sviluppo funzione di sorveglianza epidemiologica: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.4.1	Stesura del Manuale Operativo Afta	% di Stesura del Manuale Operativo Afta	100%	Attività conclusa	Attività conclusa
AS1-OG 5	Sviluppo ed aggiornamento delle modalità di analisi, con particolare attenzione alla innovazione tecnologica e specializzazione dei reparti. Implementazione e razionalizzazione dell'attività di ricerca con particolare attenzione alle problematiche emergenti				
AS1-IG 5	Sviluppo ed aggiornamento delle modalità di analisi: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.5.1	Avvio dell'attività centralizzata di tipizzazione dei ceppi batterici tramite MALDI-TOFF	% ceppi tipizzati con analisi MALDI TOFF centralizzata	≥50%	100%	Attività conclusa
OO 1.5.2	Avvio e promozione del servizio di istologia sugli animali da reddito	avvio servizio	≥80%	100%	Attività conclusa
OO 1.5.3	Attivazione sequenziatore NGS - Illumina	% di operatività raggiunta del servizio di sequenziamento	≥80%	100%	Attività conclusa
OO 1.5.4	Sviluppo metodiche chimiche finalizzate all'abbandono della prova microbiologica degli inibenti nelle carni e nei mangimi -	n.analisi chimiche/ n. prove inibenti su carni-mangimi richieste nell'anno	≥50%	≥80%	100%
OO 1.5.5	Produzione nuovi kit stabilizzati pronto uso in catalogo	n. kit stabilizzati inseriti a catalogo	≥1	Attività conclusa	Attività conclusa
OO 1.5.6	Messa a punto del service di microscopia confocale dipartimentale	% di operatività del service	≥50%	≥80%	100%
OO 1.5.7	Completamento del processo di adeguamento produzioni a norme ISO 9001	% produzioni a norma ISO 9001	≥70%	≥90%	100%
OO 1.5.8	Progettazione Servizio Medicina di Laboratorio (SMEL).	Elaborazione progetto preliminare	1	Attività conclusa	Attività conclusa
OO 1.5.9	Riorganizzazione dell'attività di produzione terreni in seguito alla esternalizzazione degli acquisti e unione tecnico-funzionale con il laboratorio vaccini	% di processi riorganizzati	≥70%	≥90%	100%
OO 1.5.10	Riorganizzazione del laboratorio Controllo prodotti biologici per adeguamento alla normativa ISO 17025.	% processi riorganizzati	≥80%	100%	Attività conclusa
OO.1.5.11	Organizzazione della ricezione dei campioni pervenuti tramite corriere esterno.	% operatività del sistema di ricezione dei campioni	≥80%	100%	Attività conclusa
AS1-OG 6	Gestione delle emergenze sanitarie con pronta attuazione di azioni mirate e tempestive				
AS1-IG 6	Gestione tempestiva delle emergenze sanitarie : Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.6.1	Attivazione Moduli Interattivi GIS	n. moduli sviluppati	≥1	Attività conclusa	Attività conclusa

AS1-OG 7	Puntuale attuazione del Piano Pluriennale dell'Istituto e delle Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria (SPV)				
AS1-IG 7	Attuazione del Piano Pluriennale SPV: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO 1.7.1	Rispetto delle tempistiche dei tempi di firma per tutti le analisi rientranti nelle finalità definite dalla Direzione	% prove eseguite nei tempi prestabiliti (TDF)	≥95%	≥95%	≥95%
OO 1.7.2	Rispetto delle tempistiche dei tempi di risposta per tutti le analisi rientranti nelle finalità definite dalla Direzione	% prove eseguite nei tempi prestabiliti (TDR)	≥90%	≥90%	≥90%
OO 1.7.3	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione dei campioni nei laboratori Covid19 per il soddisfacimento delle richieste	% esiti refertati entro 48h	≥95%	≥95%	≥95%
OO 1.7.4	Mantenimento dell'attività di accettazione e registrazione campioni e alimentazione del sistema informativo aziendale	% conferimenti accettati e registrati	≥90%	≥95%	≥95%
OO 1.7.5	Mantenimento delle attività di rendicontazione nei confronti delle Regioni	% attività di rendicontazione	100%	100%	100%
OO 1.7.6	Adeguate utilizzo delle risorse per l'esecuzione dell'attività istituzionale	Volume attività erogata per FTE	≥90% VFTE 2021	≥90% VFTE 2022	≥90% VFTE 2023



Area strategica 2 - POTENZIAMENTO DELLA RICERCA

POTENZIARE LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA RICERCA NAZIONALE E INTERNAZIONALE

Risultati attesi: *Rafforzamento della competitività nell'ambito della ricerca nazionale ed internazionale, individuando i settori di ricerca strategici e prioritari, al fine di garantire lo sviluppo della ricerca anche attraverso l'innovazione tecnologica e il rafforzamento delle reti di cooperazione internazionale*

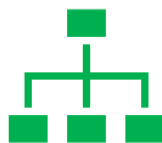
La ricerca scientifica è tra i più importanti obiettivi che l'Istituto persegue con grande impegno confermando la sua eccellenza nel panorama nazionale/internazionale. A sostegno delle esigenze territoriali delle Regioni di competenza, su richiesta del Ministero della salute e per lo sviluppo di nuovi 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. 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

Obiettivi generali del mandato istituzionale:

1. Promuovere un "Programma innovativo della ricerca in IZSLER" volto a valorizzare anche le attività scientifiche e le competenze dei centri di riferimento, individuando settori di sviluppo e delle linee di ricerca. Tale programma deve prevedere una forte integrazione fra componente sanitaria ed amministrativa

AS2-OG 1	Promuovere un "Programma innovativo della ricerca in IZSLER" volto a valorizzare anche le attività scientifiche e le competenze dei centri di riferimento, individuando settori di sviluppo e delle linee di ricerca. Tale programma deve prevedere una forte integrazione fra componente sanitaria ed amministrativa				
AS2-IG 1	Realizzazione del Programma della Ricerca: Attività realizzate/Attività da realizzare	100%	100%	100%	
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024

OO 2.1.1	Individuazione delle tecniche e degli strumenti di progettazione della ricerca.		1	Attività conclusa	Attività conclusa
OO 2.1.2	Definizione del nuovo percorso di valutazione ex post dei progetti di ricerca corrente		≥5	≥10	≥10
OO 2.1.3	Progettazione/Sviluppo del Sistema Portale della Ricerca	a) n. progetto analisi b) % avanzamento sviluppo	≥ 1 ≥50%	Attività conclusa 100%	Attività conclusa Attività conclusa
OO 2.1.4	Realizzazione del progetto di supporto tecnico alle attività della ricerca tramite istituzione del gruppo tecnico	a) Individuazione componenti ed istituzione formale del gruppo entro il 30.04.2022 b) Inizio attività di supporto ai ricercatori entro il 30.06.2022	100% 100%	Attività conclusa Attività conclusa	Attività conclusa Attività conclusa
OO 2.1.5	Creazione di toolbox di percorsi formativi destinati al personale addetto alla ricerca	a) n. toolbox realizzati b) n. incontri formativi	≥1 ≥3	≥1 ≥3	≥1 ≥3
OO 2.1.6	Censimento degli accordi di collaborazione scientifica (accordi internazionali, convenzioni, MTA) in atto presso l'IZSLER e individuazione di azioni per lo sviluppo dell'attività contrattuale inerente partnership e networking	a) n. accordi b) n. convenzioni c) % incremento progetti rispetto triennio precedente	≥1 ≥1 ≥4%	≥1 ≥1 ≥4%	≥1 ≥1 ≥4%
OO 2.1.7	Pubblicazione di articoli scientifici su riviste impattate	a) n. articoli pubblicati b) IF/FTE Dirigente	a e b) ≥ 10% (Rispetto media triennio precedente)	a e b) ≥ 10% (Rispetto media triennio precedente)	a e b) ≥ 10% (Rispetto media triennio precedente)
OO 2.1.8	Presentazione progetti di ricerca su bandi competitivi per tutte le tipologie previste dal Piano	n. progetti presentati	≥3	≥5	≥5
OO 2.1.9	Mantenimento del livello operativo e di produzione scientifica del personale addetto alla ricerca PR (Piramide della Ricerca)	Pubblicazioni scientifiche e attività di supporto alla ricerca come previsti dal DM 164/2019	100%	100%	100%
OO 2.1.10	Rispetto dei tempi di scadenza per la presentazione delle relazioni intermedie e relazioni finali dei PRC	Rispetto dei tempi di scadenza per la presentazione delle relazioni intermedie e relazioni finali dei PRC	100%	100%	100%
OO 2.1.11	Adeguato utilizzo del budget a disposizione per tutti i PRC -PRF	a) % utilizzo budget PRC b) % utilizzo budget PRF	≥80% ≥80%	≥80% ≥80%	≥80% ≥80%
OO 2.1.12	Sviluppare azioni finalizzate all'ottenimento di maggiori finanziamenti dal Ministero per i PRC	% incremento indicatori griglia di valutazione PRC	>5%	>10%	>10%



Area strategica 3 - SISTEMA GESTIONALE

GARANTIRE L'EFFICIENZA DEI SISTEMI GESTIONALI ATTRAVERSO LA SOSTENIBILITÀ DEI PROCESSI IN UN'OTTICA MULTIDIMENSIONALE

Risultati attesi: *Miglioramento dell'organizzazione in un'ottica multidimensionale e trasversale per ottenere sistematici miglioramenti dell'efficienza operativa*

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

- potenziare la rete infrastrutturale dell'IZSLER, proseguendo nell'opera di ammodernamento e innovazione dell'intero sistema informatico a supporto delle strategie aziendali;
- ottimizzare la struttura dei costi aziendali, attuando politiche di contenimento e razionalizzazione dell'impiego delle risorse;
- riorganizzare e migliorare i processi di supporto secondo una logica trasversale di integrazione/semplificazione, anche alla luce dell'istituzione della nuova struttura UO Programmazione, con l'implementazione dell'ingegneria clinica e lo sviluppo del nuovo sistema di budgeting e Performance;
- creare una maggiore efficienza dei processi mantenendo elevati standard qualitativi per la soddisfazione dell'utente finale.
- attivare interventi innovativi di sviluppo degli investimenti e potenziamento del patrimonio dell'istituto.
- creare processi di semplificazione e razionalizzazione per l'attuazione del programma biennale degli acquisti;
- avviare processi di ottimizzazione del reclutamento del personale dell'istituto e di semplificazione dei processi amministrativi.

Obiettivi generali del mandato istituzionale:

1. Promuovere il processo di budget annuale per la contrattazione, misurazione e verifica degli obiettivi annuali performance assegnati con le strutture-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. 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;
2. Potenziare la digitalizzazione e la razionalizzazione dei processi per uno snellimento e efficientamento delle attività
3. Attuazione di Piani e programmi stabiliti da atti normativi (piano opere pubbliche, piano acquisto beni investimento, piano informatizzazione, piano fabbisogno personale)
4. Creare una maggiore efficienza dei processi mantenendo elevati standard qualitativi per la soddisfazione dell'utente finale

5. Sviluppo di collaborazioni e di progetti innovativi con altri Enti e Pubbliche Amministrazioni, finalizzate alla razionalizzazione e alla semplificazione delle procedure;

AS3-OG 1	Promuovere il processo di budget annuale per la contrattazione, misurazione e verifica degli obiettivi annuali performance assegnati con le strutture-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					
AS3-IG 1	Realizzazione attività come definito nel sistema integrato: Attività realizzate/Attività da realizzare			100%	100%	100%
Obiettivi operativi		Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024	
OO 3.1.1.	Stesura capitolati tecnici da parte dell'Ingegneria Clinica per programmazione e acquisto apparecchiature	a) n. capitolati redatti da SIC/ n. gare avviate b) n. attrezzature in programmazione esaminate da SIC/n. attrezzature da acquistare	≥50% ≥50%	≥75% ≥75%	100% 100%	
OO.3.1.2	Completamento dello sviluppo sistema informativo integrato della contabilità analitica, performance e budgeting	% attività realizzate sulla base del cronoprogramma	≥50%	≥70%	100%	
OO.3.1.3	Stesura del nuovo manuale Controllo Gestione	n. manuale approvato	1	Attività conclusa	Attività conclusa	
OO.3.1.4	Rispetto delle scadenze del ciclo di gestione delle Performance	% attuazione cronoprogramma Ciclo Gestione Performance	100%	100%	100%	
OO.3.1.5	Elaborazione capitolato gara Servizio Global Service	n. capitolato tecnico-prestazionale approvato	1	Attività conclusa	Attività conclusa	
AS3-OG 2	Potenziare la digitalizzazione e la razionalizzazione dei processi per uno snellimento e efficientamento delle attività					
AS3-IG2	Potenziamento processo di digitalizzazione e razionalizzazione Attività realizzate/attività da realizzare			100%	100%	100%
Obiettivi specifici sviluppo		Indicatori	TARGET			
			2022	2023	2024	
OO.3.2.1	Digitalizzazione dei documenti e dematerializzazione dei processi autorizzativi relativi alle risorse umane	a) n. processi dematerializzati/ n. processi da dematerializzare b) n. documenti tipo digitalizzati/ n. documenti tipo da digitalizzare	≥20% ≥20%	≥40% ≥40%	≥60% ≥60%	
OO.3.2.2	Stesura disciplinare per la gestione e conservazione informatica dei fascicoli	n. 1 modello	≥ 1	Attività conclusa	Attività conclusa	
OO.3.2.3	Attuazione del cronoprogramma attivazione SAI ERP	% attuazione cronoprogramma	100%	100%	100%	
OO.3.2.4	Attuazione del programma di revisione degli schemi tipo di atti e provvedimenti amministrativi	% attuazione programma	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
OO.3.2.5	Attuazione del programma di controllo del flusso delle spedizioni, movimentazione dei campioni e comunicazioni	% attuazione programma	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
OO.3.2.6	Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture (indice tempestività)	% rispetto scadenze di accettazione, liquidazione e pagamento	≥ 95%	≥ 95%	≥95%	

OO.3.2.7	Attuazione recupero crediti verso clienti privati in base alla procedura (fino a solleciti)	n. crediti sollecitati/n. crediti scaduti	≥95%	≥95%	≥95%
OO.3.2.8	Copertura dei provvisori di entrata entro 10 gg lavorativi	n. provvisori di entrata coperti/n. provvisori di entrata	≥95%	≥95%	≥95%
OO.3.2.9	Supporto attività amministrativa nell'ambito dell'emergenza Covid-19	n. rendicontazioni attività gratuita o a pagamento legata all'emergenza Covid-19/ prestazioni erogate	≥95%	≥95%	≥95%
OO.3.2.10	Miglioramento acquisizione di beni e servizi con riduzione del numero delle procedure di acquisto	Variazione % rispetto anno 2021 rapporto: valore appalti aggiudicati/n. gare aggiudicate	+10%	+15%	+20%
OO.3.2.11	Mantenimento in efficienza del sistema di manutenzione aziendale interno	n. interventi eseguiti/n. interventi richiesti da reparti	≥90%	≥90%	≥90%
AS3-OG 3	Attuazione di Piani e programmi stabiliti da atti normativi (piano opere pubbliche, piano acquisto beni investimento, piano informatizzazione, piano fabbisogno personale)				
AS3-IG 3	Attuazioni di Piani e Programmi: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
Obiettivi specifici sviluppo		Indicatori	TARGET		
			2022	2023	2024
OO.3.3.1	Attuazione degli step previsti nel <i>Piano di informatizzazione</i> sulla base di quanto definito nel cronoprogramma	% attuazione delle attività definite nel cronoprogramma nell'anno di riferimento	≥80%	≥80%	≥80%
OO.3.3.2	Attuazione degli step previsti nel <i>Programma biennale degli acquisti</i> sulla base di quanto definito nel cronoprogramma	% attuazione delle attività definite nel cronoprogramma nell'anno di riferimento	≥70%	≥70%	≥80%
OO.3.3.3	Attuazione degli step previsti nel <i>Programma delle opere pubbliche</i> sulla base di quanto definito nel cronoprogramma	% attuazione delle attività definite nel cronoprogramma nell'anno di riferimento	≥70%	≥70%	≥80%
OO.3.3.4	Attuazione degli step previsti nel <i>Piano Triennale Fabbisogno Personale</i> sulla base di quanto definito nel cronoprogramma	% attuazione delle attività definite nel cronoprogramma nell'anno di riferimento	≥80%	≥80%	≥80%
AS3-OG 4	Creare una maggiore efficienza dei processi mantenendo elevati standard qualitativi per la soddisfazione dell'utente finale				
AS3-IG 4	Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
Obiettivi		Indicatori	TARGET		
			2022	2023	2024
OO.3.4.1	Introduzione ed avvio software "Sistema Qualità"	% avanzamento acquisizione SW SQ	100%	Attività conclusa	Attività conclusa
OO.3.4.2	Introduzione ed avvio sistema LabGuard	% copertura sistema LabGuard	≥90%	100%	Attività conclusa
AS3-OG 5	Sviluppo di collaborazioni e di progetti innovativi con altri Enti e Pubbliche Amministrazioni, finalizzate alla razionalizzazione e alla semplificazione delle procedure				

AS3-IG 5	Realizzazione sistema integrato: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
Obiettivi specifici sviluppo		Indicatori	TARGET		
			2022	2023	2024
OO.3.5.1	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	n. incontri formativi seguiti/n. incontri formativi programmati	≥90%	≥90%	≥90%
OO.3.5.2	Attuazione della collaborazione interistituzionale con Avvocatura Generale dello Stato	n. pratiche affidate/n. pratiche gestite all'Avvocatura Generale dello Stato	100%	100%	100%
OO.3.5.3	Aumentare le collaborazioni con le centrali di committenza CUC e ARIA	n. procedure affidate anno in esame /n. procedure affidate rispetto anno precedente	≥10%	≥10%	≥10%



Area strategica 4 - FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

PROMUOVERE LA FORMAZIONE CONTINUA, SVILUPPARE LA COMUNICAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

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

Descrizione: La Formazione si configura come una delle mission più importanti e comporta la formazione di personale specializzato nel campo della zoonosologia 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.

Obiettivi generali del mandato istituzionale:

1. 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; problematico export e tecniche di controllo nell'ambito della definizione dei principi di equivalenza dei sistemi sanitari; One health.
2. Definire un programma organizzato di informazione interna e, soprattutto, esterna delle attività svolte dall'IZSLER

AS4-OG 1	Sviluppare il Sistema di Comunicazione interna ed esterna				
AS4-IG1	Garantire la comunicazione: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
Obiettivi operativi		Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO.4.1.1	Predisporre un Programma di miglioramento della comunicazione interna ed esterna.	a)n. post/contenuti pubblicati sui canali social b) incremento dei follower dei social media c) organizzazione di un evento comunicativo d) n. pubblicazioni sui social o sul sito di dati della ricerca e) attivazione di un canale social interno per la comunicazione	54 per utente (circa160) ≥10% anno 1/anno n.10 n.1	54 per utente (circa160) ≥10% anno 1/anno n.10 Attività conclusa	54 per utente (circa160) ≥10% anno 1/anno n.10 Attività conclusa
AS4-OG2	Definire un programma organizzato di informazione interna e, soprattutto, esterna delle attività svolte dall'IZSLER				
AS4-IG2	Garantire la formazione: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
Obiettivi operativi		Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO.4.2.1	Garantire l'attività formativa interna ed esterna	a) % copertura delle attività formative interne ed esterne b) n. corsi specifici per aumentare competenze digitali	≥95 n.1	≥95 Attività conclusa	≥95 Attività conclusa



Area strategica 5 - ETICA E LEGALITA'

PROMUOVERE LA CULTURA DELLA LEGALITÀ, SVILUPPARE IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E CONSOLIDARE IL SISTEMA DI AUTOMAZIONE E SEMPLIFICAZIONE DELLA 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. : 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. Tra gli obiettivi prioritari 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.






Obiettivi generali del mandato istituzionale:

1. Miglioramento del sistema di prevenzione della corruzione che prevede la 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;
2. L'obiettivo a cui tendere in materia di trasparenza è assicurare che il sistema di pubblicazione e rimozione dei dati avvenga, almeno per la maggior parte dei contenuti, attraverso strumenti automatici associati alle diverse fasi dei processi organizzativi e dei procedimenti amministrativi ovvero agli atti ed ai provvedimenti rispetto ai quali sorge l'obbligo di trasparenza.

AS5-OG 1	Miglioramento del sistema di prevenzione della corruzione che prevede la 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					
AS5-IG 1	Incremento azioni per il contrasto dei rischi corruttivi: Attività realizzate/Attività da realizzare			100%	100%	100%
	Obiettivi operativi	Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024	
OO 5.1.1	Creazione del PIAO rispetto all'integrazione relativa al PTPCT	n. documento da realizzare di integrazione al PIAO	1	Attività conclusa	Attività conclusa	
OO 5.1.2	Attuazione delle verifiche previste dal piano annuale di audit gestionale nell'ambito del programma triennale di audit	n. audit attuati/n.	≥90%	≥90%	≥90%	

OO.5.1.3	Realizzazione di un evento formativo sui contenuti del nuovo codice di comportamento che coinvolga tutto il personale dipendente	n. incontri formativi	1	Attività conclusa	Attività conclusa
OO.5.1.4	Realizzazione e attuazione del piano formativo in tema di anticorruzione e trasparenza	n. piano formativo realizzato % attuazione del piano formativo	1 ≥90%	Attività conclusa ≥90%	Attività conclusa ≥90%
AS5-OG 2	Attuazione delle misure previste dal PTPCT 2022-2024 e consolidamento del processo di pubblicazione in Amministrazione Trasparente				
AS5-IG 2	Grado di attuazione degli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza dell'Amministrazione: Attività realizzate/Attività da realizzare		100%	100%	100%
Obiettivi operativi		Indicatori	Target 2022	Target 2023	Target 2024
OO.5.2.1	Attuazione di tutti gli obblighi previsti nel PTPCT 2022-2024 in tema di anticorruzione e trasparenza	n. obblighi attuati/n. obblighi previsti	100%	100%	100%

5.2 Riepilogo obiettivi ed indicatori

Riepilogo						
Aree	1	2	3	4	5	
Obiettivi/indicatori						Σ
Obiettivi Generali	7	1	5	2	2	17
Obiettivi Operativi	34	12	25	2	5	78
Indicatori Generali	7	1	4	2	2	16
Indicatori Operativi	34	19	27	7	6	93
Totali Obiettivi	41	13	30	4	7	95
Totali Indicatori	41	20	31	9	8	109

6. IL CASCADING: DAGLI OBIETTIVI GENERALI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

6.1 Il Piano obiettivi annuali

Come già codificato al paragrafo precedente, al fine di dare attuazione alle linee strategiche ed alla programmazione sopra definita, gli obiettivi generali 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.

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 generali 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.

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 (PTPCT), 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 parte comuni. Gli obiettivi del PTPCT sono stati recepiti dal Piano delle Performance nell'obiettivo, inserito nell'Area strategica "Etica e legalità", *"Miglioramento del sistema di prevenzione della corruzione che prevede la 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"*.

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 2022-2024 per l'Istituto saranno individuate misure generali, specifiche e/o obbligatorie da realizzarsi nell'anno 2022 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.

10 PROSSIME EVOLUZIONI PIANO DELLE PERFORMANCE: PIAO

Il recente art. 6 del DL 80/2021 (convertito con Legge 113/2021) ha disposto per le PP.AA di adottare il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, abbreviato con l’acronimo PIAO, la cui adozione è stata prorogata al 30/04/2022 con il decreto legge n.228 del 30/12/2021.

Tale piano andrà appunto a raccogliere, integrare e coordinare diversi piani aziendali, quali quello della performance, della formazione aziendale (PFA), dei fabbisogni del personale (PTFP), operativo del lavoro agile (POLA) e quello della prevenzione e trasparenza (PTPCT).

Si ritiene pertanto di procedere, nelle more di indicazioni più dettagliate, nella adozione del Piano delle Performance come stabilito dall’art. 10 del D. Lgs 150/2009.