

# P.I.A.O. 2023 -2025

---



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



## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

# Indice

---

<b>PRESENTAZIONE .....</b>	<b>1</b>
Criteri di qualità del documento.....	8
Criteri di qualità del processo di predisposizione del PIAO e dei soggetti coinvolti.....	8
Integration Team.....	10
Cronoprogramma delle attività.....	11
<b>SEZIONE N.1 - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE.....</b>	<b>13</b>
Chi siamo.....	14
Cosa facciamo.....	17
Come operiamo. ....	22
<b>SEZIONE N.2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 - Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico.....</b>	<b>23</b>
Aree Strategiche .....	24
Analisi del contesto.....	26
Dall'analisi del contesto all'individuazione del valore Pubblico.....	33
Strategia per generare Valore Pubbico.....	35
Quanto Valore Pubblico.....	38
Misurazione del Valore Pubblico.....	41
Protezione del Valore Pubblico.....	48
Confronto con gli Stakeholder.....	48
Traguardo nei prossimi anni.....	48
<b>2.2 - Sottosezione di programmazione - Performance.....</b>	<b>49</b>
Premessa.....	49
Parte Generale.....	49
Parte Funzionale.....	54
<b>2.3 - Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza.....</b>	<b>59</b>
Premessa.....	59
Parte Generale.....	59
Parte Funzionale.....	66
<b>SEZIONE N.3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.. .....</b>	<b>68</b>
<b>3.1 - Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa.....</b>	<b>69</b>
Premessa.....	69
Parte Generale.....	69
Parte Funzionale.....	71

# Indice

---

3.2 - Sottosezione di programmazione - Organizzazione del Lavoro Agile.....	72
Premessa.....	72
Parte Generale.....	72
Parte Funzionale.....	73
3.3 - Sottosezione di programmazione - Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.....	74
Premessa.....	74
Parte Generale.....	74
Parte Funzionale.....	76
3.4 - Sottosezione di programmazione - Formazione.....	79
Premessa.....	79
Parte Generale.....	79
Parte Funzionale.....	81
<b>SEZIONE N.4 - MONITORAGGIO..</b> .....	<b>83</b>
4.1 Monitoraggio integrato.....	84
Dialogo con gli Stakeholder - PIAO sintetico interattivo.....	85
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>86</b>
<b>TABELLA ALLEGATI.....</b>	<b>87</b>

# PRESENTAZIONE

Ai sensi dell'art. 6 del decreto legge n. 80 del 2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 2021, le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare, il "Piano integrato di attività e organizzazione" ( P.I.A.O.) *"per assicurare la qualità e la trasparenza della attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso"*. Con decreto del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza, n. 132 del 30 giugno 2022 viene definito il contenuto e lo schema tipo.

L'introduzione del PIAO si colloca all'interno delle misure operative previste dal PNRR, per supportare la riforma "orizzontale" della Pubblica Amministrazione, con un duplice fine di:

- 1.integrare gli atti di programmazione in un'ottica strategica ed unitaria;
- 2.orientare i sistemi di programmazione e rendicontazione verso la creazione e la protezione del Valore Pubblico (VP).

Il PIAO ha durata triennale, il suo contenuto viene aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio, viene adottato, coerentemente con i documenti di programmazione finanziaria, dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il PIAO è il documento unico di programmazione e governance che assorbe, come previsto dal DPR 24 giugno 2022, n. 81, gli adempimenti connessi al: Piano di Performance, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), Piano Triennale dei Fabbisogni Personale (PTFP), Piano operativo lavoro agile (POLA), Piano Azioni Positive (PAP), ai quali si aggiunge il Piano della Formazione. In un'ottica complessiva di integrazione e semplificazione, l'Istituto arricchisce il presente PIAO anche del Gender Equality Plan (GEP) e del Piano Triennale per l'informatica 2023-2025 :

- il Gender Equality Plan è lo strumento strategico e operativo predisposto per l'eliminazione dei disequilibri di genere; propone infatti le necessarie azioni per l'attuazione di cambiamenti duraturi e di natura strutturale, attraverso un approccio trasversale e integrato, volto alla promozione delle pari opportunità e della parità di genere. È un documento voluto fortemente dalla Commissione Europea ed è inoltre un requisito imprescindibile per l'accesso ai finanziamenti predisposti dal Programma Quadro della Ricerca dell'UE Horizon Europe, in attuazione della Gender Equality Strategy 2020-2025 della Commissione;
- il Piano Triennale per l'Informatica è uno strumento essenziale per potenziare la trasformazione digitale in Izsler.

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

**1.Sezione Scheda anagrafica dell'amministrazione**, contiene:

- i dati identificativi dell'Izsler .

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

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

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

**una parte generale,** nella quale sono programmate gli obiettivi istituzionali e trasversali, legati al mandato istituzionale, indirettamente funzionali alla generazione di Valore Pubblico, che confluiranno nel Piano delle Azioni. Tra questi si illustrano quelli che hanno una caratteristica di trasversalità su tutta l'organizzazione:

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

**una parte funzionale,** nella quale sono programmati gli obiettivi operativi specifici e i relativi indicatori di efficacia e di efficienza e gli obiettivi operativi trasversali direttamente funzionali a creare Valore Pubblico tramite gli obiettivi di Valore Pubblico pianificati nella relativa SottoSezione.

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

**una parte generale,** nella quale sono programmate le misure di gestione dei rischi corruttivi indirettamente funzionali a proteggere il Valore Pubblico generabile da parte di IZSLER. Tra queste sono programmate ad esempio le misure generali e le misure specifiche trasversali;

**una parte funzionale,** nella quale sono programmati le misure di gestione dei rischi corruttivi e i relativi indicatori direttamente funzionali a proteggere gli obiettivi di Valore Pubblico pianificati nella relativa SottoSezione.

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

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

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

Qui di seguito è illustrata la struttura del PIAO in forma tabellare, con i relativi contenuti prevista dalla normativa vigente.

<b>SCHEDA ANAGRAFICA</b>			
<b>SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE</b>			
<b>SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO</b>			
VP	<b>VALORE PUBBLICO</b>	<b>INDIVIDUAZIONE DEL VALORE PUBBLICO</b>	
	<b>ATTESO STRATEGIA</b>	<b>INDIVIDUAZIONE DELLA STRATEGIA</b>	
<b>SOTTOSEZIONE - PERFORMANCE</b>		<b>SOTTOSEZIONE - RISCHI</b>	
Parte generale e funzionale	OBIETTIVI OPERATIVI-INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Parte generale e funzionale	MISURE DI RIDUZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI
	OBIETTIVI TRASVERSALI: SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE, PIENA ACCESSIBILITA', PARI OPPORTUNITA' ED EQUILIBRIO DI GENERE		MISURE DI AUMENTO DELLA TRASPARENZA
<b>SEZIONE + SALUTE (ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO)</b>			
<b>SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)</b>		<b>SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)</b>	
SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	SOTTOSEZIONE LAVORO AGILE	SOTTOSEZIONE FABBISOGNI DI PERSONALE	SOTTOSEZIONE FORMAZIONE DI PERSONALE
Parte generale e funzionale dell'organizzazione	Parte generale e funzionale del Lavoro Agile	Parte generale e funzionale del Piano fabbisogni personale	Parte generale e funzionale del Piano Formazione
<b>SEZIONE MONITORAGGIO</b>			

Qui di seguito è illustrata la struttura del PIAO in forma tabellare, i cui contenuti sono stati declinati in strategie, obiettivi, misure e azioni rivolte alla salute organizzativa e professionale per la generazione di Valore Pubblico in Izsler.  
Figura tabella sintesi - VP1.AS1

POLITICA										
SEZIONE 1) SCHEDA ANAGRAFICA										
SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE										
SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO										
VP1.AS1	Valore Pubblico atteso	+ SERVIZI + SANITA' ANIMALE + BENESSERE ANIMALE + SICUREZZA ALIMENTARE - RISCHI DIFFUSIONE MALATTIA ANIMALE - RISCHI TOSSINFEZIONI ALIMENATARII (aumentare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della salute, benessere animale e sicurezza alimentare)						Valore Pubblico di partenza 2021	Valore Pubblico atteso 2025	
	Strategia	Ottimizzazione e sviluppo delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall'Istituto nell'ambito della sanità animale, benessere animale e sicurezza alimentare						0,72	1,64	
SOTTOSEZIONE + PERFORMANCE				Target 2025	SOTTOSEZIONE - RISCHI				Target 2025	
Obiettivi specifici	VP1.AS1.PERF1	Velocità di risposta dell'Istituto nell'erogazione servizi	% di cluster di infezioni umane di cui Izsler identifica la sorgente alimentare	50,00	misure anticorruzione e trasparente	VP1.AS1.AC1	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure	-	-	
			% di prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i tempi di firma	95,00		VP1.AS1.AC2	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure	-	-	
			% di prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i tempi di risposta	92,00		VP1.AS1.AC3	Gestione del conflitto di interessi	n. conflitti interessi gestiti/n.conflitti interessi segnalati	100%	
	VP1.AS1.PERF2	Incremento qualitativo dei servizi offerti	N. di richiesta di assistenza risolte per classfarm/ totale richieste pervenute	96		VP1.AS1.AC4	Sensibilizzazione del personale di nuova assunzione sui rischi e sulle misure individuate	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	
			% dei ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS	44		VP1.AS1.AC5	Gestione del conflitto di interessi	n. conflitti interessi gestiti/n.conflitti interessi segnalati	100%	
			% di prove non conformi sul totale del Ring test	0,05			Sensibilizzazione del personale di nuova assunzione sui rischi e sulle misure individuate	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	
			% di non conformità e/o osservazioni rilevata da visite ispettive interne in ambito documentale risolte nei tempi previsti e approvati dal RAQ rispetto a quelle rilevate	90			Anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione campioni	n.fogli lavoro anonimi nel campione/totale n.conferimenti	100%	
	Obiettivi trasversali	VP1.AS1.PERF3	Digitalizzazione documenti e servizi	N. processi digitalizzazione relativi all'iter di emissione del metodo di prova - (WEBQUALITY)		attività terminate si valuteranno eventuali azioni se necessarie	VP1.AS1.AC5	Separazione funzioni del personale	n.fogli lavoro e documenti con separazioni delle funzioni/totale n. conferimenti	90%
				% di MP che saranno digitalizzati nel processo della loro emissione grazie all'applicativo WEBQUALITY				Verifica separazione funzioni del personale	n.fogli lavoro e documenti con separazioni delle funzioni/totale n. conferimenti verificati in sede di audit	90%
				N. giorni risparmiati a seguito della digitalizzazione e per l'erogazione del servizio (stima di risparmio di 45 giorni a termine dell'intero processo di digitalizzazione)						
Sviluppo di un'infrastruttura informatica per analisi dati e loro comunicazione all'utenza esterna (PIATTAFORMA GESTIONALE AREGI)										
		Studio di fattibilità di un APP per la registrazione dei dati di benessere e sanità del suino								

### SEZIONE 3) SALUTE (ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO)

SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)					SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)						
STRUTTURA ORGANIZZATIVA			LAVORO AGILE		FABBISOGNI DI PERSONALE				FORMAZIONE PERSONALE		
VP1.AS1.ORG1	non sono previste misure organizzative ulteriori	-	VP1.AS1.AGIL1	non sono previste misure organizzative di lavoro agile ulteriori	-	VP1.AS1.PERS1	non sono previste assunzioni	-	VP1.AS1.FORM1	Corsi mirati per miglioramento competenze	33
VP1.AS1.ORG2		-	VP1.AS1.AGIL2		-	VP1.AS1.PERS2		-	VP1.AS1.FORM2		35
VP1.AS1.ORG3		-	VP1.AS1.AGIL3		-	VP1.AS1.PERS3	Dirigente per classyfarm	1	VP1.AS1.FORM3		35
VP1.AS1.ORG4		-	VP1.AS1.AGIL3		-	VP1.AS1.PERS4	Comparto per classyfarm	9	VP1.AS1.FORM4		20
VP1.AS1.ORG5		-	VP1.AS1.AGIL5		-	VP1.AS1.PERS5	Dirigente per sequenziamento	1	VP1.AS1.FORM5		non sono previsti corsi

**POLITICA**  
**SEZIONE 1) SCHEDA ANAGRAFICA**  
**SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE**

**SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO**

VP2.AS2	Valore Pubblico atteso	+ PRODUZIONE SCIENTIFICA (miglioramento della produzioen scientifica in termini quantitativi e qualitativi)	Valore Pubblico di partenza 2021	Valore Pubblico atteso 2025
	Strategia	RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITA' DI RICERCA IN MODO FUNZIONALE ALL'AUMENTO DELLA COMPETITIVITA'		1,44

SOTTOSEZIONE + PERFORMANCE				Target 2025	SOTTOSEZIONE - RISCHI				Target 2025
----------------------------	--	--	--	-------------	-----------------------	--	--	--	-------------

VP2.AS2.PERF1	Aumento quali-quantitativo dei prodotti della ricerca	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali	0,49	VP2.AS2.A C1	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%		
		n. di pubblicazioni scientifiche prodotte	0,96			VP2.AS2.A C2	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%
		% pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1)	0,78			VP2.AS21.AC3	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%
	VP1.AS1.PERF2	Massimizzazione della produttività a parità di finanziamenti	€ finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva / € finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva anno precedente		0,25	VP2.AS2.A C4	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%
			n. articoli scientifici prodotti/ € finanziamenti erogati dai finanziatori		1,07				
			n. relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente 2021 inviate nel rispetto delle scadenze /n.relationi finali e intermedie dei progetti ricerca corrente da inviare		2,78				
			n di pubblicazioni su riviste peer review / numero ricercatori		5,25				
	VP1.AS1.PERF3	Digitalizzazione documenti e servizi	% attività per la realizzazione del portale della ricerca		attività terminata si valuteranno eventuali azioni si necessarie				

### SEZIONE 3) SALUTE (ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO)

SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)					SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)						
STRUTTURA ORGANIZZATIVA			LAVORO AGILE		FABBISOGNI DI PERSONALE			FORMAZIONE PERSONALE			
VP2.AS2.ORG1	non sono previste misure organizzative ulteriori	-	VP2.AS2.AGIL1	non sono previste misure organizzative di lavoro agile ulteriori	-	VP2.AS2.PERS1	reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	67	VP2.AS2.FORM1	Corsi mirati per miglioramento competenze	7
VP2.AS2.ORG2		-	VP2.AS2.AGIL2		-	VP2.AS2.PERS2			VP2.AS2.FORM2		
VP2.AS2.ORG3		-	VP2.AS2.AGIL3		-	VP2.AS2.PERS3			VP2.AS2.FORM3		
VP2.AS2.ORG4		-	VP2.AS2.AGIL3		-	VP2.AS2.PERS4			VP2.AS2.FORM4		

## Criteri di qualità del documento

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

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

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

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

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

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

## Criteri di qualità del processo di predisposizione del PIAO e dei soggetti coinvolti

L'approccio metodologico utilizzato per la redazione del presente PIAO si basa sulla sinergia e l'integrazione tra le diverse Sezioni a sostegno degli obiettivi di Valore Pubblico pianificati, dove in ogni sezione si presenta una "parte generale" con contenuti generali riferiti al dettato normativo della specifica sezione e una "parte funzionale" legata alla creazione/protezione/abilitazione del VP.

L'Integrazione delle diverse sezioni si realizza attraverso i seguenti percorsi:

- La sezione "Valore Pubblico" definisce il Valore Pubblico dell'Istituto e la modalità per generarlo attraverso lo studio degli impatti prodotti.
- La sezione "Performance" individua gli obiettivi, soprattutto con riguardo a processi di semplificazione, reingegnerizzazione e azioni volte a produrre maggiore efficienza, efficacia, ed economicità, individuando anche gli obiettivi che generano indirettamente VP legati all'attività istituzionale.
- La sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" si integra con la sezione Performance, in quanto individua le misure di gestione dei rischi corruttivi in grado di proteggere gli obiettivi di VP.
- La sezione "Organizzazione e capitale umano" consente di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire al meglio gli obiettivi di Valore Pubblico di performance, in termini di migliori servizi alla collettività attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze. Le sezioni "Valore Pubblico" e "Performance" si integrano con la presente sezione in quanto possono portare a cambiamenti nel modello organizzativo in base alle priorità strategiche.

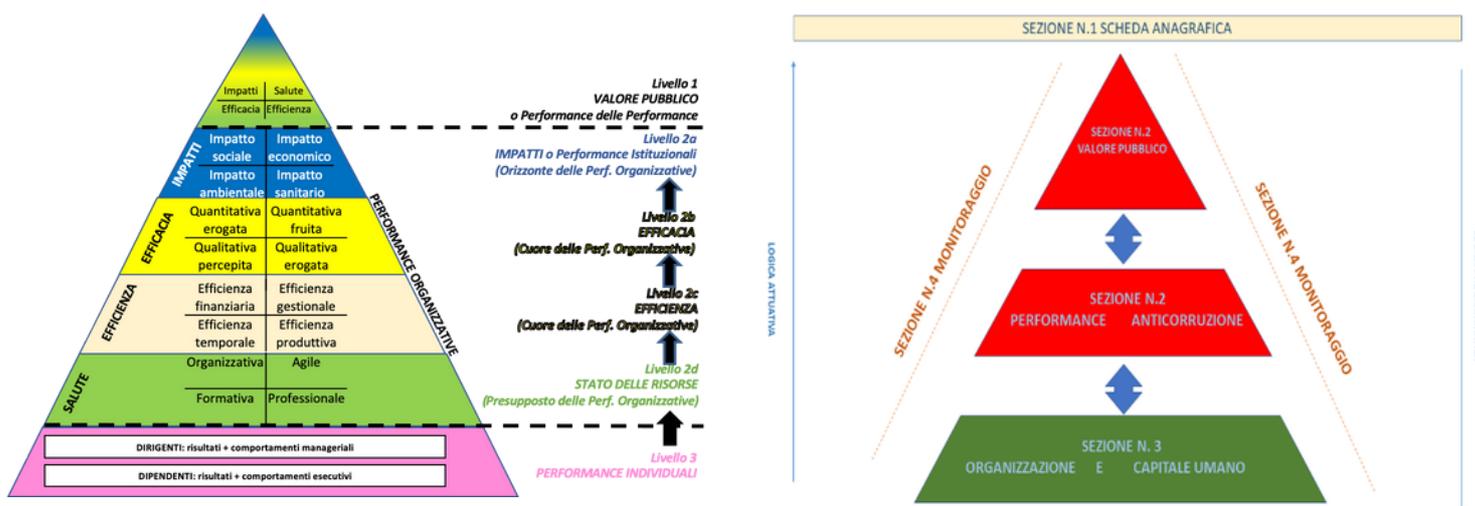
- La sezione relativa al Piano Formativo consente la riqualificazione e il potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, in particolare in relazione a quelle in grado di sostenere maggiormente il VP. Il Piano Formativo contribuisce al miglioramento delle performances.

- La sezione relativa al monitoraggio permette di individuare le misure per il controllo dell'efficacia delle azioni messe in campo per generare VP e per proteggerlo.

Le figure sotto riportate mostrano la Piramide del VP ideata dal Prof. Enrico Deidda Gagliardo (www.cervap.it) in analogia con quella relativa alla Piramide delle sezioni del PIAO strutturata nella logica dell'integrazione.

In entrambe le figure la punta della piramide è rappresentata dal Valore Pubblico, che è sostenuto dalla performance dell'ente e dalla struttura organizzativa ma ne viene anche influenzato. Il fine ultimo resta, in coerenza con la mission istituzionale, l'incremento di benessere economico, sociale e ambientale dei suoi utenti/stakeholder, a partire dalla cura del livello di salute dell'amministrazione. Il PIAO si configura, pertanto, quale strumento per programmare in modo semplificato, selettivo, adeguato, integrato e funzionale al Valore Pubblico.

Figura confronto piramide



Per cogliere appieno la finalità del PIAO è stato istituito un tavolo di lavoro interno (Integration Team), volto a favorire il dialogo programmatico tra tutte le Unità Organizzative coinvolte.

L'IZSLER ha costituito i seguenti gruppi di lavoro, che dovranno indirizzare e garantire negli anni, l'elaborazione e il monitoraggio del PIAO; il team è composto dal personale e dai dirigenti di struttura responsabili delle strutture di cui alle relative sezioni.

Partecipano ai lavori dei Teams in modo trasversale anche il Servizio Assicurazione Qualità, il Gruppo di Lavoro costituitosi per elaborazione del Gender Equality Plan, con il prezioso contributo del Consiglio di Amministrazione, del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa.

# Integration Team

## SEZIONE N. 1

**Dirigente Resp. U.O. Programmazione  
servizi tecnici e Team COGEP**

Dott. Davide Violato - Dott. Vito  
Tranquillo - D.ssa Elena Olivini

## SEZIONE N. 2

**Dirigente Resp. U.O. Programmazione  
servizi tecnici e Team COGEP**

Dott. Davide Violato - Dott. Vito  
Tranquillo - D.ssa Elena Olivini

**RPCT**

D.ssa Maria Zecchi

## SEZIONE N. 3

**Dirigente Resp. U.O. Gestione risorse  
umane**

Dott. Gabriele Ceresetti

**Dirigente Resp. Formazione,  
comunicazione, Biblioteca**

Dott. Guerino Lombardi

## SEZIONE N. 4

Dott. Davide Violato - Dott. Vito

Tranquillo - D.ssa Elena Olivini - D.ssa

Maria Zecchi - Dott. Gabriele Ceresetti -

Dott. Guerino Lombardi

## REFERENTI AREE TEMATICHE

**Area Transizione digitale, semplificazione  
e reingegnerizzazione processi**

Dott. Davide Violato

Dott. Domenico Nilo Mazza

**Area Comunicazione**

Dott. Guerino Lombardi

**Area Economico finanziaria**

D.ssa Sara Scalvini

## TEAM VALORE PUBBLICO

**Direttore Sanitario**

Dott. Giuseppe Merialdi

**Direttori di Dipartimento sanitario**

Dott. Antonio Lavazza

Dott. Giorgio Fedrizzi

D.ssa Norma Arrigoni

Dott. Giorgio Varisco

**Team COGEP**

Dott. Davide Violato - Dott. Vito Tranquillo -  
D.ssa Elena Olivini

## Cronoprogramma delle attività

La programmazione delle attività discende dagli impegni strategici definiti 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, in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria e dopo l'approvazione del bilancio.

Il cronoprogramma delle attività come illustrato nella pagina seguente è stato condiviso e programmato con la Direzione Strategica e con tutti gli attori coinvolti nel processo a vario titolo, per le varie sezioni del PIAO, ma soprattutto richiede e ha richiesto la partecipazione esterna degli utenti e degli stakeholder.

Tale passaggio risulta fondamentale nella riuscita del PIAO, non solo perché è importante definire gli impatti sugli utenti verso un Valore Pubblico condiviso ma anche per eliminare l'autoreferenzialità dei processi di programmazione, che spesso contraddistingue la Pubblica Amministrazione.

Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholder ed è l'occasione per l'Istituto di ripensare le proprie logiche programmatiche, in chiave sistemica, per la creazione di Valore Pubblico su tutta l'azione amministrativa. Attraverso una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi e una gestione ottimale e strategica delle risorse umane, si intende arrivare a una gestione amministrativa più efficace ed efficiente in grado di migliorare la qualità dei propri servizi anche in termini di maggior trasparenza e accessibilità.

Si sottolinea che al termine del processo di elaborazione della sezione del Valore Pubblico sono stati condivisi i contenuti con alcuni Stakeholder, per approfondire i risultati dello studio che ha portato all'individuazione del Valore Pubblico generato, in un'ottica di "stakeholder engagement orientato ai risultati".

# Cronoprogramma delle attività

	SETTEMBRE 2022	OTTOBRE 2022	NOVEMBRE 2022	DICEMBRE 2022	GENNAIO 2023
<b>PROCESSO</b>	Definizione del Cronoprogramma delle attività	Predisposizione di: Indice, Presentazione e sezione anagrafica sottosezione Valore pubblico	Predisposizione di: sottosezione Performance sottosezione anticorruzione e trasparenza	Predisposizione di: sottosezione salute organizzativa sottosezione salute professionale sezione monitoraggio Consolidamento PIAO 2023-2025	Adozione e Presentazione del PIAO 2023-2025
<b>SOGGETTI</b>	Costituzione dei gruppi di lavoro: "PIAO Team permanente (PTP)" e "PIAO team tematico del VP (PTVP)" e "Referenti Aree Tematiche (RAT)" Individuazione degli Stakeholders	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTP -PTVP -RAT	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTP -PTVP -RAT	NVP Direzione Strategica PTP - PTVP -RAT Consiglio di Amministrazione Incontro con gli Stakeholder per condivisione contenuti della sezione VP (partecipazione esterna)	PTP - PTVP -RAT Direzione Strategica Direttori di Dipartimento NVP Consiglio di Amministrazione Dipendenti Izsler Stakeholder
<b>STRUMENTI</b>	Progettazione del documento integrato secondo i principi di qualità dello strumento definiti da Izsler	Data base interni	Data base interni	Data base interni	Data base interni

# SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE



## PRESENTAZIONE ANAGRAFICA DELL'ISTITUTO

---

# CHI SIAMO

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

## Mission

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

## Assetto istituzionale

Gli organi dell'Istituto sono:

**DIRETTORE GENERALE:** Dr. Piero Frazzi

**CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:** Dott. Paolo Cozzolino - Presidente, Dott. Mario Chiari - Vicepresidente, Dott. Marco Delle Donne - Membro, Dott.ssa Flavia Piccinelli - Membro, Dott. Maurizio Giorgi - Membro.

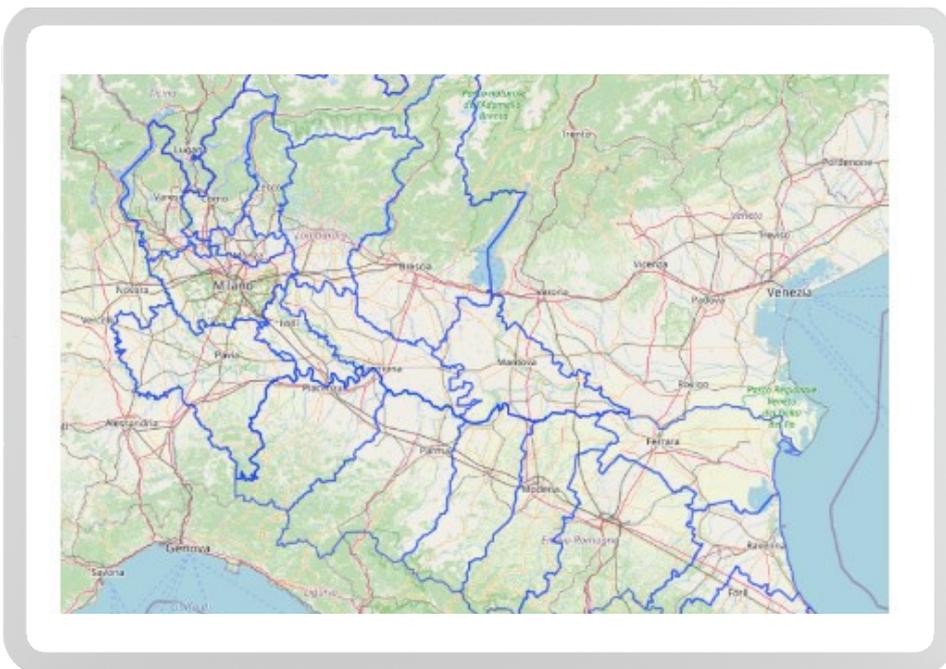
**COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:** Dott. Alberto Parzani - Presidente, Dott. Marco Domenicali - Componente, Dott. Lino Pietrobono - Componente.

## Assetto organizzativo

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

## Territorio di competenza

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



## Stakeholder

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



## Sedi territoriali

IZSLER è organizzato in 17 sedi territoriali. Ognuna delle sedi garantisce i servizi in tutti gli ambiti di attività dell'Istituto.



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

## Risorse umane

In IZSLER operano 673 dipendenti con diverse professionalità e competenze: Medici Veterinari, Biologi, Biotecnologi, Chimici, Ingegneri, Informatici, Tecnici Sanitari, Amministrativi.



## Risorse finanziarie e immobiliari

IZSLER vanta una buona situazione finanziaria, con i seguenti dati medi calcolati nell'ultimo quinquennio: utile di bilancio: € 9.142.300/anno; investimenti € 4.557.588/anno, una liquidità di € 166.783.984, un patrimonio di € 209.240.859. Nel 2021 l'Istituto ha investito in immobilizzazioni immateriali e materiali la somma di € 8.127.937, segno di solidità economica e che evidenziano lo sforzo nell'ammodernamento delle strutture e delle attrezzature di laboratorio.



# COSA FACCIAMO

## AMBITI DI INTERVENTO

### Sanità animale



IZSLER garantisce in questo settore un servizio diagnostico attivo negli ambiti di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, ovicaprino, avicolo, cunicolo, ittico, apistico e della selvaggina allevata) e nelle specie di affezione (cani, gatti, rettili, animali selvatici, uccelli esotici, etc.). Le prestazioni non si limitano alle sole analisi di laboratorio, ma comprendono anche interventi in allevamento.

### Sicurezza alimentare



IZSLER, come previsto dalle programmazioni sanitarie regionali e dalla politica dell'Unione Europea, svolge funzioni di supporto nell'ambito dei piani nazionali e regionali di controllo sugli alimenti nella filiera produttiva e di commercio. Tale attività è assicurata anche a supporto delle azioni dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dell'Arma dei Carabinieri e degli organi periferici del Ministero della Salute.

### Benessere animale



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

### Ricerca



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

### IZSLER IN CIFRE

	<b>CONTROLLI UFFICIALI</b>	<b>AUTOCONTROLLO</b> (attività per privati a supporto della filiera agro-alimentare)
<b>Sanità animale</b>	2.600.000 esami/anno	72.000 esami/anno
<b>Sicurezza alimentare</b>	2.100.000 esami/anno	1.300.000 esami/anno
<b>Alimenti zootecnici</b>	50.000 esami/ anno	11.000 esami/anno

### LE PRODUZIONI IZSLER

<b>Reagenti</b>	860.000 €/anno
<b>Vaccini Stabulogeni</b>	450.000 €/anno
<b>Materiali della biobanca</b>	57.000 €/anno
<b>Antigeni</b>	50.000 €/anno

### LA PRODUZIONE SCIENTIFICA

<b>Progetti di ricerca</b>	IZSLER destina alla ricerca un budget pari a 2.500.000 €/anno, tra progetti di ricerca competitivi (progetti di ricerca Finalizzati, Europei) e non competitivi (Progetti di ricerca Corrente e Autofinanziati)
<b>Pubblicazioni scientifiche</b>	Nel 2022 i ricercatori IZSLER hanno pubblicato 128 articoli scientifici su riviste internazionali con IF.
<b>Personale addetto alla ricerca</b>	Alla data del 31.12.2022, il personale addetto alla ricerca sanitaria è composto da: n. 22 Collaboratori Professionale di ricerca sanitario cat. D n. 30 Ricercatori Sanitario cat. Ds

# COME OPERIAMO

## QUALITÀ ED ALTA FORMAZIONE CONTINUA

<p><b>ACCREDITAMENTO ISO/IEC 17025</b></p>	<p>IZSLER è un laboratorio multisito accreditato dall'ente certificatore ACCREDIA</p> <div data-bbox="746 712 1169 853" style="text-align: center;">  </div>
<p><b>FORMAZIONE ACCREDITATA</b></p>	<p>La struttura FORMAZIONE dell'IZSLER è provider ECM delle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna e Organizzatore di eventi accreditati nel Sistema ECM Nazionale da novembre 2013 ha acquisito la qualifica di Provider ECM Nazionale Standard. Avendo quindi sostenuto con successo le verifiche ispettive della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ed essendo dotata di una struttura conforme ai requisiti richiesti dalla Commissione, in qualità di soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, è abilitata a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti</p>
<p><b>I NUMERI DELLA FORMAZIONE</b></p>	<p>Nell'anno 2022 i numeri della formazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipanti interni ai corsi n. 20317;</li> <li>• Partecipanti esterni ai corsi n. 25748;</li> <li>• Corsi erogati n.129.</li> </ul>
<p><b>STRUMENTI ALL'AVANGUARDIA</b></p>	<p>Piattaforma della formazione: <a href="https://formazione.izsler.it//">https://formazione.izsler.it//</a></p>

<div data-bbox="103 1744 430 1924" style="text-align: center;">  </div>	<p>Il 13.05.2022 l'Istituto ha festeggiato i 100 anni dalla sua fondazione</p>
--	--

## GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE

### CENTRI DI REFERENZA

I Centri di referenza sono strutture di eccellenza che rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. Le loro funzioni, in base all'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, sono finalizzate, tra l'altro, a: 1) confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori, 2) attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; 3) avviare idonei "ring test" tra gli IZS; 4) utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; 5) predisporre piani d'intervento; 6) collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi; 7) fornire, al Ministero della Salute assistenza e informazioni specialistiche.



### LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO E CENTRI DI REFERENZA EUROPEI

LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO (art. 100 Reg.2017/625 UE):

Laboratorio Nazionale di Riferimento per le tossine vegetali negli alimenti  
 Laboratorio Nazionale di Riferimento per la tubercolosi da M. bovis  
 Laboratorio Nazionale di Riferimento per l'Afta

CENTRI DI REFERENZA EUROPEI:

European Union reference centre for animal welfare for poultry and other small farmed animals.(EURCAW-SFA)

<https://www.izsler.it/chi-siamo/per-chi-e-con-chi-lavoriamo/centri-di-referenza/>

### CLASSYFARM

ClassyFarm è un sistema integrato finalizzato alla categorizzazione dell'allevamento in base al rischio. È una innovazione tutta italiana che consente di facilitare e migliorare la collaborazione ed il dialogo tra gli allevatori e l'autorità competente per elevare il livello di sicurezza e qualità dei prodotti della filiera agroalimentare.



## GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE

Una Sola Salute, accreditato un nuovo laboratorio IZSLER per indagini virologiche e batteriologiche.

L'esperienza della pandemia da coronavirus e i 1.293.000 (1.320.000 se sommiamo le analisi per le varianti e i sequenziamenti) campioni eseguiti su tamponi nasali e per la tipizzazione delle varianti virali di SARS CoV-2, è stato solo l'ultimo tassello di un percorso che IZSLER ha iniziato occupandosi da molti anni di malattie che coinvolgono l'uomo e gli animali, e per le quali la diagnostica pronta ed efficiente diventa lo strumento principale per la prevenzione della diffusione delle malattie stesse.

E' stato avviato pertanto, su richiesta di Regione Lombardia, il percorso di accreditamento di un laboratorio specializzato di virologia e microbiologia per la diagnostica delle malattie batteriche e virali (senza punto prelievo), inserito nel sistema lombardo di Servizi di Medicina di laboratorio (SmeL), che può ricevere campioni provenienti da pazienti umani ed emettere esiti conformi alle necessità del Sistema Sanitario Nazionale. L'approccio One Health (un Sola Salute) di IZSLER con questo nuovo laboratorio fa un notevole passo avanti che si affianca ai piani di prevenzione verso alcune malattie, quali ad esempio la West Nile, già attivi in Lombardia ed Emilia-Romagna.

### SMEL



La BIOBANCA è una infrastruttura dell'IZSLER che ha lo scopo di raccogliere tutte le risorse biologiche sottoposte a controlli di identità e purezza, conservate in diversi laboratori. Tutte le risorse biologiche raccolte nella Biobanca sono state controllate e caratterizzate con protocolli standard per ottenere informazioni dettagliate sulle loro principali caratteristiche.

### LA BIOBANCA





## SOTTOSEZIONI

---

**2.1 Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico**

**2.2 Sottosezione di programmazione - Performance**

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

## 2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - VALORE PUBBLICO

Con il Decreto Legge n. 80 del 09.06.2021, convertito in Legge 113 del 06.08.2021, si assiste ad un cambio di paradigma del significato di performance, non più solo legato all'efficienza e efficacia dei servizi, ma anche ad azioni orientate verso l'esterno, in un'ottica di accountability e di Valore Pubblico.

Il Valore Pubblico può essere definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) che si viene a creare presso la collettività e che deriva dall'azione della pubblica amministrazione, che persegue questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

È interessante sottolineare la bidimensionalità presente nella definizione: il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse).

Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo. Il Valore Pubblico fa riferimento al benessere complessivo e multidimensionale, dei destinatari delle politiche, ottenuto governando le performance dell'ente, proteggendolo dai rischi connessi, a partire dalla cura della salute delle risorse interne.

Il Prof. Deidda Gagliardo, un eminente studioso della materia, in un suo recente scritto ha giustamente messo in evidenza che *"il concetto di Valore Pubblico dovrebbe guidare quello della performance dell'Ente, divenendone la stella polare sia in fase di programmazione che di misurazione e di valutazione e ponendosi, quindi, come una sorta di "meta-indicatore" o "performance delle performance"*.

Questo permetterà anche di controllare quali performance hanno determinato la generazione o il consumo di Valore Pubblico e su quali performance agire per accrescerlo ulteriormente, ma anche di valutare in modo più meritocratico le performance organizzative e individuale, sulla base del loro contributo alla creazione o al consumo di Valore Pubblico.

Il Valore Pubblico, infine, non s'inventa ma si progetta: non può essere il frutto di una contingenza fortunata o casuale, ma il risultato di un processo razionalmente e pragmaticamente progettato, governato e controllato. Questo significa adottare una serie di strumenti specifici, coerenti con questa finalità, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all'Amministrazione.

Per comprendere appieno il Valore Pubblico dell'Istituto, nelle pagine seguenti si illustra il percorso fatto per individuarlo, che non può prescindere da una breve disamina degli impegni strategici e dalle Linee Programmatiche collegate al mandato istituzionale; dall'analisi del contesto che è il driver che guida e indirizza la creazione di Valore Pubblico; dalla strategia per la sua creazione, le misure messe in atto per proteggerlo e infine la sua misurazione e valutazione.

## Aree Strategiche

Il mandato istituzionale dell'IZSLER è declinato, in 4 aree strategiche (AS), funzionali a creare indirettamente Valore Pubblico. Esse sono legate agli impegni adottati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, che discendono da norme di carattere regionale, nazionale e dagli obiettivi istituzionali individuati dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 16 del 15.12.2020 e dal Piano di Pluriennale delle attività adottato con deliberazione n. 9 del 22.07.2020.

Qui di seguito si illustrano le 4 Aree Strategiche con le relative finalità:

	AREA STRATEGICA	FINALITÀ
	<b>AS1- Attività istituzionale:</b> Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato	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.
	<b>AS2 -Potenziamento della ricerca:</b> Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale;	La ricerca scientifica è tra i più importanti obiettivi che l'Istituto persegue con grande impegno confermando la sua eccellenza nel panorama nazionale/internazionale. A sostegno delle esigenze territoriali delle Regioni di competenza, su richiesta del Ministero della salute e per lo sviluppo di nuovi settori IZSLER potrà sostenere progetti di ricerca con finanziamento proprio. L'incremento delle collaborazioni internazionali attraverso consorzi o altre forme convenzionali e di networking aumenteranno le possibilità di accesso ai fondi internazionali. 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
	<b>AS3 - Garantire l'efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un'ottica multidimensionale;</b>	Per migliorare il livello di eccellenza dell'Istituto è necessario fornire gli indirizzi necessari, rivedere i processi, creare l'"infrastruttura più adeguata per supportare il funzionamento ottimale dell'Istituto in un contesto in continua evoluzione, in un'ottica multidimensionale e trasversale, che tenga conto delle seguenti linee di sviluppo: -potenziare la rete infrastrutturale dell'IZSLER, proseguendo nell'opera di ammodernamento e innovazione dell'intero sistema informatico a supporto delle strategie aziendali; -riorganizzare e migliorare i processi di supporto secondo una logica trasversale di reingegnerizzazione/digitalizzazione /semplificazione; -creare una maggiore efficienza dei processi mantenendo elevati standard qualitativi per la soddisfazione dell'utente finale, attuando politiche di contenimento e razionalizzazione dell'impiego delle risorse; -attivare interventi innovativi di sviluppo degli investimenti e potenziamento del patrimonio dell'Istituto; -pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio, aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali e la ricerca di efficienza, continuando il presidio della sostenibilità finanziaria; -promuovere la cultura della legalità e sviluppare un sistema di prevenzione della corruzione e gestione dei rischi integrata con le performance e rivolto al risk management e alla semplificazione.
	<b>AS4 - Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane</b>	La Formazione si configura come una delle mission più importanti e comporta la formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi e salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di paesi esteri. Per il prossimo quadriennio si affronterà l'accompagnamento del sistema sanitario e della sanità pubblica veterinaria in particolare nell' applicazione del Regolamento UE 2017/625 in vigore dal 14 dicembre 2019 concernente i controlli ufficiali lungo la filiera agroalimentare e del regolamento UE 2016/429 in applicazione dal 21 aprile 2021, relativo alla normativa quadro in materia di sanità animale. L'obiettivo dell'Ente è anche quello della promozione e sviluppo di una cultura condivisa sul tema del benessere organizzativo inteso come capacità dell'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori per tutti i livelli e ruoli, al fine di porre la giusta attenzione alle persone e alla cura del clima e dell'ambiente di lavoro. Al contempo, il benessere dei lavoratori non può prescindere dal concetto di pari opportunità per tutti i dipendenti dell'Ente che impone la messa in atto di azioni di prevenzione e contrasto alle discriminazioni, dirette e indirette, di genere, età e di accesso a percorsi formativi e progressioni di carriera. In questo contesto si inserisce il dialogo con gli stakeholder volto al miglioramento dei servizi per ridurre la autoreferenzialità dell'azione amministrativa

Nell'ambito di queste Aree Strategiche sono identificati sia gli obiettivi di Valore Pubblico sia gli obiettivi istituzionali all'interno della pianificazione strategica triennale come da Allegato A1 (CRUSCOTTO DI ENTE). La prioritizzazione e la selettività - caratteristiche intrinseche del PIAO - sono operate anche a livello operativo; esso costituisce un riferimento per la programmazione e pianificazione annuale delle attività dell'Istituto, che troverà collocazione nel "Piano delle Azioni" adottato entro febbraio dell'anno prossimo, con decreto del Direttore Generale.

## Analisi del contesto

L'IZSLER, al fine di potenziare l'efficacia del proprio disegno strategico e per meglio soddisfare le aspettative e le esigenze degli Stakeholder, effettua l'analisi del contesto di riferimento nel quale si trova ad operare.

L'Unione Europea, in risposta alla crisi pandemica, ha elaborato il programma Next Generation EU (NGEU), di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme pensate per stimolare una "ripresa sostenibile, uniforme, inclusiva ed equa", volta a garantire la possibilità di fare fronte a esigenze impreviste. In questo contesto si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, redatto dall'Italia che si presenta come un pacchetto di investimenti e di riforme disegnati per superare le sfide ambientali, tecnologiche e sociali.

Il Piano si articola in 6 Missioni, che rappresentano le aree "tematiche" strutturali di intervento.

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
4. Istruzione e Ricerca
5. Inclusione e Coesione
6. Salute

L'IZSLER opera in questo contesto Europeo facendosi promotore e sostenitore di questo cambiamento in quanto ha programmato molti dei suoi obiettivi e delle sue attività in un'ottica di digitalizzazione, innovazione; di transazione ecologica; di maggior inclusione e salute.

L'IZSLER garantisce il sostegno al programma Europeo anche attraverso la realizzazione dei propri impegni istituzionali nei seguenti ambiti d'intervento: Sanità Animale, Sicurezza Alimentare, Benessere Animale e Ricerca, tenendo conto delle mutate condizioni normative e sanitarie che hanno caratterizzato tutto l'anno 2022.



## Sicurezza Alimentare

Nell'ambito della **Sicurezza Alimentare** si osservano le seguenti novità:

- 1) recenti aggiornamenti della normativa a supporto dei controlli ufficiali sintetizzati nella seguente tabella, comportano significati cambiamenti di gestione (Figura sotto rappresentata);
- 2) l'applicazione di strumenti di epidemiologia genomica per lo studio di focolai di malattie trasmesse da alimenti in particolare *Salmonella* e *Listeria monocytogenes* che impegna l'Istituto ad incrementare le attività di monitoraggio genomico su base NGS per l'identificazione di cluster di malattie nelle popolazioni umane, attraverso le attività dei propri centri specialistici che rappresentano una eccellenza a livello nazionale.

NOVITA' NORMATIVE	CONTENUTO
Regolamento di esecuzione (UE) 2022/685 della Commissione, del 28 aprile 2022	Prescrizioni relative al campionamento di pesci e animali terrestri
Regolamento (UE) 2022/617 della Commissione del 12 aprile 2022	Tenori massimi di mercurio nel pesce e nel sale
Raccomandazione (UE) 2022/553 della Commissione del 5 aprile 2022	Monitoraggio della presenza di tossine dell' <i>Alternaria</i> negli alimenti
Regolamento (UE) 2022/860 della Commissione del 1 giugno 2022	Monacoline da riso rosso fermentato
Regolamento di esecuzione (UE) 2022/932 della Commissione del 9 giugno 2022	Modalità pratiche uniformi per l'esecuzione dei controlli ufficiali per quanto riguarda i contaminanti negli alimenti, contenuti specifici aggiuntivi dei piani di controllo nazionali pluriennali e modalità specifiche aggiuntive per l'elaborazione di tali piani
Regolamento (UE) 2022/1396 della Commissione dell'11 agosto 2022	Specifiche degli additivi alimentari elencati negli allegati II e III del regolamento (CE) n. 1333/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda la presenza di ossido di etilene negli additivi alimentari
Regolamento di esecuzione (UE) 2022/1428 della Commissione del 24 agosto 2022	Metodi di campionamento e di analisi per il controllo delle sostanze perfluoroalchiliche in alcuni prodotti alimentari
Raccomandazione (UE) 2022/1431 della Commissione del 24 agosto 2022	Relativa al monitoraggio delle sostanze perfluoroalchiliche negli alimenti
Regolamento (UE) 2022/1364 della Commissione del 4 agosto 2022	Tenori massimi di acido cianidrico in alcuni prodotti alimentari
Regolamento (UE) 2022/1393 della Commissione dell'11 agosto 2022	Tenori massimi di delta-9-tetraidrocannabinolo ( $\Delta^9$ -THC) nei semi di canapa e nei prodotti derivati
Regolamento (UE) 2022/1370 della Commissione del 5 agosto 2022	Tenori massimi di ocratossina A in alcuni prodotti alimentari
Regolamento di esecuzione (UE) 2022/188 della Commissione del 10 febbraio 2022	Autorizza l'immissione sul mercato di <i>Acheta domesticus</i> congelato, essiccato e in polvere quale nuovo alimento a norma del regolamento (UE) 2015/2283 del Parlamento europeo e del Consiglio
Raccomandazione (UE) 2022/1342 della Commissione del 28 luglio 2022	Monitoraggio del mercurio nei pesci, nei crostacei e nei molluschi
Raccomandazione della Commissione del 20 maggio 2022	Monitoraggio della presenza di arsenico inorganico nei mangimi
Circolare Ministeriale per le MSU prot 1632 del 20/01/2022	MSU
Regolamento di esecuzione (UE) 2022/893 della Commissione del 7 giugno 2022	Metodi di analisi ai fini dell'individuazione di costituenti di invertebrati terrestri nell'ambito del controllo ufficiale degli alimenti per gli animali



## Sanità animale

Nell'ambito della Sanità Animale si osservano le seguenti novità:

### 1) Emanazione dei decreti attuativi

Nello specifico sono stati emanati dei decreti attuativi fondamentali per l'applicazione in Italia della nuova Animal Health Law comunitaria modificando, frutto della recente strategia dell'Unione in materia di Sanità Animale "Prevenire è meglio che curare", che tiene conto, nell'ottica "One Health", del legame tra sanità animale e sanità pubblica, ambiente, sicurezza degli alimenti e dei mangimi, benessere animale, antimicrobico resistenza e degli aspetti produttivi ed economici del settore zootecnico. Si tratta di un passaggio importante per il processo di rinnovamento normativo e organizzativo dell'intero sistema della sanità animale finalizzato a rafforzare e migliorare gli strumenti di prevenzione e controllo delle malattie animali per elevare ulteriormente il livello di tutela della salute e del benessere degli animali e della sanità pubblica, che avrà un impatto pratico sulla sanità veterinaria, di portata storica. Questi decreti modificano, fra le altre cose, l'elenco delle malattie da segnalare in seguito a sospetto e conferma diagnostica. Di seguito in tabella sono sintetizzati i decreti attuativi e loro contenuti:

DECRETO	CONTENUTO
Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 134	Disposizioni in materia di sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali.
Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 135	Disposizioni in materia di commercio, importazione, conservazione di animali della fauna selvatica ed esotica e formazione per operatori e professionisti degli animali, anche al fine di ridurre il rischio di focolai di zoonosi, nonché l'introduzione di norme penali volte a punire il commercio illegale di specie protette.
Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 136	Adeguamento e raccordo della normativa nazionale in materia di prevenzione e controllo delle malattie animali che sono trasmissibili agli animali o all'uomo.

### 2) Un rinnovato interesse per le Malattie trasmesse da vettori e Malattie della fauna selvatica

#### Malattie trasmesse da vettori

I patogeni trasmessi dagli artropodi (zanzare, zecche, ecc) causano una parte significativa delle attuali malattie infettive globali emergenti e riemergenti; quindi, rappresentano un enorme rischio per la salute pubblica. La globalizzazione, il cambiamento climatico, la modifica dell'habitat, l'aumento della popolazione umana e animale e i flussi globali (es. dispersione dell'ospite, migrazione, trasporto) sono solo alcuni dei fattori che hanno ridefinito la distribuzione geografica dei vettori, come zecche, zanzare e flebotomi, e dei numerosi patogeni, molti dei quali a carattere zoonosico (uno su tutti il West Nile Disease virus) che possono trasmettere. Le informazioni relative all'epidemiologia, ecologia e alla distribuzione degli arbovirus negletti in Italia è molto scarsa. Carenti sono anche le informazioni sulla patogenicità di alcuni di questi patogeni e sul loro potenziale carico sul sistema sanitario nazionale. Ulteriori ricerche legate, quindi, allo sviluppo di strategie e protocolli diagnostici, compresi i test di screening per un ampio pannello di patogeni potenzialmente presenti, sarebbero estremamente utili per caratterizzare e contrastare la circolazione di questi patogeni, compresi quelli negletti. Ciò si può concretizzare solo riunendo professionisti con esperienza diversificate (virologia, epidemiologia, diagnostica, parassitologia, entomologia, etc.), rafforzando la ricerca collaborativa con enti pubblici e privati, e implementando piani di sorveglianza in stretta collaborazione con le autorità sanitarie locali e nazionali.

### **Malattie della Fauna Selvatica**

Negli ultimi decenni si è assistito nel nostro Paese a un continuo ed esponenziale aumento per consistenza numerica e distribuzione geografica delle popolazioni di animali selvatici, raggiungendo livelli preoccupanti in termini gestionali, e allo stesso tempo potenziali fattori di rischio sanitario per gli animali domestici e per l'uomo. Peraltro, tra le specie selvatiche oggi presenti, spesso con alte densità numeriche, ve ne sono alcune alloctone, introdotte dall'uomo artificialmente e consolidatisi sul territorio dove sono andate ad invadere nicchie ecologiche occupate da specie autoctone, con talora grave danno agli ecosistemi locali. Tutti questi fenomeni, trend di crescita delle popolazioni selvatiche, loro spostamenti naturali sul territorio, presenza di specie alloctone/invasive, esitano in un continuum epidemiologico tra animali selvatici, domestici e uomo favorendo, tra le altre cose, la possibile diffusione e reciproca trasmissione di malattie comuni, nuove, emergenti o re-emergenti. Di fatto, quindi, le problematiche sanitarie della fauna selvatica hanno un peso rilevante non solo nella gestione e conservazione delle specie selvatiche e di interesse faunistico-venatorio, ma anche in termini di sanità animale e salute pubblica. Infatti, le popolazioni a vita libera possono rappresentare i reservoir, i vettori o semplicemente ospiti occasionali (spillover) di agenti eziologici responsabili sia di patologie di comune riscontro nella fauna selvatica sia di patologie emergenti, anche a carattere zoonosico, laddove favoriscano attraverso meccanismi evolutivi e di ricombinazione genica, la comparsa di nuovi agenti. In sostanza, le malattie trasmissibili all'uomo di origine animale (c.d.zoonosi) originate dalla fauna selvatica rappresentano una minaccia significativa per la salute umana globale e la crescita economica, e individuarne tempestivamente la comparsa e contrastarne efficacemente la diffusione rappresenta una priorità per la salute pubblica. Ne deriva che questa consapevolezza della salute pubblica, che vede come attori protagonisti le popolazioni animali, l'uomo e l'ambiente, compresi i vettori, implichi una nuova modalità d'azione al fine della salvaguardia della salute pubblica: da semplice oggetto d'interesse da parte degli addetti ai lavori, i monitoraggi sanitari e i piani di sorveglianza della fauna selvatica assumono progressivamente i connotati di una gestione organica della salute pubblica nel pieno rispetto della filosofia del "One Health". Seguendo questa impostazione, l'agire del Servizio Sanitario pubblico deve essere incentrato sull'integrazione sistemica di diverse discipline, in chiave olistica, come metodologia di lavoro.

### **3) Comparsa in Italia della Peste Suina Africana**

Il controllo globale della peste suina africana (PSA) continua a presentare sfide importanti per i servizi veterinari di tutto il mondo. Per decenni la malattia è rimasta relegata nel continente africano ed in Sardegna, a partire dal 2007 invece, dopo la sua introduzione in Georgia, la PSA è diffusa in Europa, Asia e America centrale con gravi conseguenze economiche per il comparto suinicolo. In buona parte dei paesi dell'Unione Europea la malattia sta circolando nel cinghiale, anche in forma endemica, con sporadiche introduzioni dell'infezione negli allevamenti suini dove provoca serie ripercussioni nelle produzioni zootecniche, sia per i danni diretti sui suini sia per quelli indiretti, legati all'applicazione delle misure di controllo che prevedono anche restrizioni commerciali sugli animali vivi e sui prodotti derivati. A gennaio 2022 c'è stata la prima conferma della presenza della PSA in Piemonte e Liguria, in seguito la malattia è stata segnalata anche in Lazio. Nelle due regioni settentrionali, la PSA è stata individuata esclusivamente nel cinghiale mentre in Lazio ha interessato anche il suino. In Italia, l'infezione continua a circolare nei territori di prima introduzione e dall'inizio del 2022 nelle due regioni settentrionali ci sono stati circa 180 casi di PSA nel cinghiale. La presenza della malattia nei selvatici costituisce, a livello territoriale, un importante fattore di rischio per la trasmissione dell'infezione al suino. Ad oggi, non esiste un vaccino efficace in grado di limitare la diffusione dell'infezione e le misure di controllo si basano sulla prevenzione e il riconoscimento tempestivo della malattia, al fine di limitarne la diffusione. La presenza dell'infezione in due regioni limitrofe ai territori di competenza IZSLER rappresenta un serio motivo di preoccupazione per gli operatori del settore, anche in considerazione della rilevanza economica delle produzioni zootecniche del territorio. Territorio che è anche vocato alla produzione di prodotti trasformati di elevato pregio e dove l'introduzione dell'infezione comporterebbe anche limitazioni sulle esportazioni di tali prodotti.

Riconosciuta la rilevanza della malattia, l'IZSLER si è impegnato da subito a fornire supporto tecnico e operativo alle Autorità competenti nella realizzazione delle attività di sorveglianza e per la definizione e gestione delle misure di controllo. Permanendo le condizioni epidemiologica di rischio, si ritiene che tali attività debbano rimanere prioritarie anche per il 2023.

#### **4) Epidemia di Influenza aviare**

Negli ultimi due anni, nel territorio dell'Unione europea si sono registrate tre gravi stagioni epidemiche di influenza aviaria alta patogenicità. L'ultima epidemia (2021-2022) da H5N1, ha coinvolto anche il settore avicolo lombardo, ed è stata considerata la più grave della storia recente e non si è mai conclusa; in diversi paesi dell'Unione a continuato a diffondere sia negli avicoli domestici che nei selvatici. La situazione recente ha generato grave preoccupazione in considerazione delle caratteristiche di elevata diffusione di questi virus, dal persistere delle condizioni di rischio e del potenziale zoonosico della malattia. Infatti, il Consiglio dei ministri dell'Agricoltura europei ha convenuto sullo sviluppo della vaccinazione come strumento complementare per la prevenzione e il controllo della malattia. I territori di competenza IZSLER sono considerati territori a rischio di rapida diffusione dell'infezione da virus influenzali nelle specie avicole, ciò è dovuto alla densità di avicoli e alla contemporanea presenza di condizioni ecologiche che favoriscono l'introduzione e la persistenza di questi virus nell'ambiente. A tal proposito vale la pena ricordare che da Novembre 2021 a Gennaio 2022, in seguito all'epidemia di H5N1 in Lombardia sono stati abbattuti circa 5 milioni di volatili, 4,5 milioni di volatili in focolai e 500.000 durante le macellazioni preventive. Il rischio di introduzione dell'infezione nel comparto avicolo rimane comunque elevato, ed infatti, a settembre 2022 virus influenzali aviari ad alta patogenicità sono stati già individuati in allevamenti avicoli dell'Italia settentrionale. L'IZSLER, riconosciuta la rilevanza della malattia, è sempre stato in prima linea per la diagnosi della malattia e per fornire supporto nella gestione delle attività di controllo della malattia. Stante il permanere della situazione le condizioni epidemiologica di rischio, si ritiene che tali attività debbano rimanere prioritarie anche per il 2023.



## Benessere animale

Nell'ambito del Benessere Animale si osserva la seguente novità:

### 1) Riconoscimento di "Classyfarm" a livello nazionale

In conseguenza del Decreto Interministeriale nr. 341750 del 2 agosto 2022 recante la disciplina del "Sistema di qualità nazionale per il benessere animale" (SQNBA) e dei Decreti Legislativi nr. 134, 135 e 136 del 5 agosto 2022 di attuazione del Regolamenti comunitari 429/2016 e 2035/2019, l'Istituto viene riconosciuto come Ente che gestisce e assicura a livello nazionale il funzionamento del sistema "Classyfarm" che è lo strumento di valutazione del rischio per le aziende zootecniche.

Questo importante riconoscimento comporterà una serie di attività rilevanti tra cui:

- Categorizzazione degli allevamenti in base al rischio;
- Programmazione dei controlli ufficiali sulla base del rischio per i vari Piani ministeriali (benessere, farmacovigilanza, biosicurezza);
- Assicurare le informazioni sugli allevamenti per SQNBA;
- Assicurare le informazioni sugli allevamenti per l'applicazione degli ECOSCHEMI (condizionalità);
- Supportare le richieste di assistenza richieste dall'utenza sia per finalità di tipo tecnico-informatiche che per finalità di tipo sanitario-benessere.

Per garantire il raggiungimento di tali obiettivi IZSLER dovrà provvedere:

- Alla gestione del Sistema Ministeriale e Nazionale;
- All'elaborazione e diffusione dei dati inseriti;
- All'assistenza e al rapporto diretto con l'ampia utenza (veterinari, allevatori, filiere,...);
- Al perfezionamento del sistema e sviluppo di nuove checklist di valutazione benessere animale e biosicurezza, nuovi cruscotti o nuove funzionalità;
- Alla formazione dei veterinari aziendali e ufficiali;
- All'antimicrobial stewardship e antimicrobico-suscettibilità;
- All'integrazione dei dati alimentanti il fascicolo aziendale con esiti analitico-sanitari (ABM indirette e stati sanitari) con ricadute sullo stato di benessere degli animali;
- Alla creazione e gestione del nuovo sito per la divulgazione del materiale formativo ed informativo, nonché creazione di un canale di assistenza diretta on-line per l'utenza;
- A supportare le richieste di assistenza richieste dall'utenza sia per finalità di tipo tecnico-informatiche che per finalità di tipo sanitario-benessere.



## Ricerca

Nell'ambito della Ricerca sono molteplici i drivers che influenzano la genesi dei progetti dell'IZSLER. In particolare:

- La necessità di attivazione di nuovi servizi o aggiornamento delle metodologie o tecnologie diagnostiche;
- Richieste specifiche delle autorità competenti o delle Regioni per rispondere ad esigenze o emergenze del territorio;
- Richieste specifiche ministeriali per rispondere ad esigenze nazionali;
- Le linee o aree tematiche di ricerca a livello europeo.

Nello specifico, a livello europeo sono di particolare interesse per IZSLER le aree tematiche e i rischi emergenti individuati da EFSA e le linee di ricerca definite nel programma Horizon Europe. Fra le aree tematiche EFSA più rilevanti per IZSLER si trovano la resistenza agli antimicrobici (AMR), il benessere animale, la salute animale con particolare riguardo a malattie trasmesse da vettori, influenza aviaria e peste suina africana, le zoonosi, e la contaminazione di alimenti e mangimi. Per quanto riguarda i rischi emergenti, particolare attenzione è concentrata sulle tossine naturali, per le quali IZSLER è Laboratorio Nazionale di Riferimento, e l'identificazione delle frodi alimentari. Le linee di ricerca del programma Horizon Europe sono state concepite per rispondere agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (SDG) e agli obiettivi del Green Deal europeo. Per rispondere alle sfide globali (Global challenges) queste linee di ricerca sono state declinate in 6 clusters. Di particolare interesse per IZSLER sono il cluster 1 "Salute", che risponde agli SDG 3 (Salute e benessere per tutti) e 13 (Agire per il clima), e il cluster 6 "Alimenti, bioeconomia, risorse naturali, agricoltura, ed ambiente". Fra gli strumenti previsti dal programma Horizon Europe ci sono le partnership europee, nelle quali la Commissione Europea e partner privati e pubblici si impegnano in modo coordinato nello sviluppo ed implementazione di un programma di ricerca e di azioni di innovazione. L'obiettivo delle partnership è di contribuire al raggiungimento delle priorità dell'Unione Europea, di affrontare le sfide delineate in Horizon Europe, e di rafforzare l'Area di Ricerca Europea (ERA). Nell'ambito del cluster 6, è prevista la Partnership Europea Animal Health and Welfare (PAHW), e nella quale IZSLER è stato coinvolto. Lo scopo di questa partnership migliorare il controllo delle malattie infettive e il benessere animale per sostenere le produzioni animali e proteggere la salute pubblica, migliorare la preparedness agli eventi epidemiche e combattere l'AMR.

La presente analisi del contesto verrà arricchita anche dal punto di vista dell'esposizione del rischio corruttivo nella Sezione n. 2, Sottosezione rischi corruttivi, parte generale.

## Dall'analisi del contesto all'individuazione del Valore Pubblico

Dall'analisi del contesto appare chiaro che l'IZSLER per fronteggiare le continue emergenze sanitarie e le pressanti richieste di servizi da parte degli stakeholders deve ampliare la propria offerta di servizi dotandosi di nuove competenze, nuovi strumenti e nuove metodologie, supportate da una costante attività di ricerca scientifica per individuare nuove soluzioni.

Ed è in quest'ottica che l'Istituto identifica per il triennio 2023-2025 **due obiettivi di Valore Pubblico:**

### 1) Aumentare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della Salute, Benessere animale e Sicurezza Alimentare (VP1);

Tale obiettivo di VP è di rilevanza strategica e strettamente connesso alla situazione epidemiologica del territorio di competenza e alle mutate esigenze e aspettative degli stakeholder, al fine di garantire un territorio sempre più libero dal rischio di insorgenza di malattie infettive degli animali e anche trasmissibili all'uomo, di garantire alimenti sicuri da contaminanti microbiologici e chimici e ridurre il rischio di infezioni da patogeni resistenti ai comuni antibiotici. L'erogazione di servizi di qualità richiede necessariamente una strategia improntata all'ottimizzazione e allo sviluppo di tutte le attività legate ai vari ambiti.

Figura genesi e strategia per la creazione del VP1:



**STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP1: Ottimizzazione e sviluppo delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall'istituto nell'ambito della sanità animale, benessere animale e sicurezza alimentare**

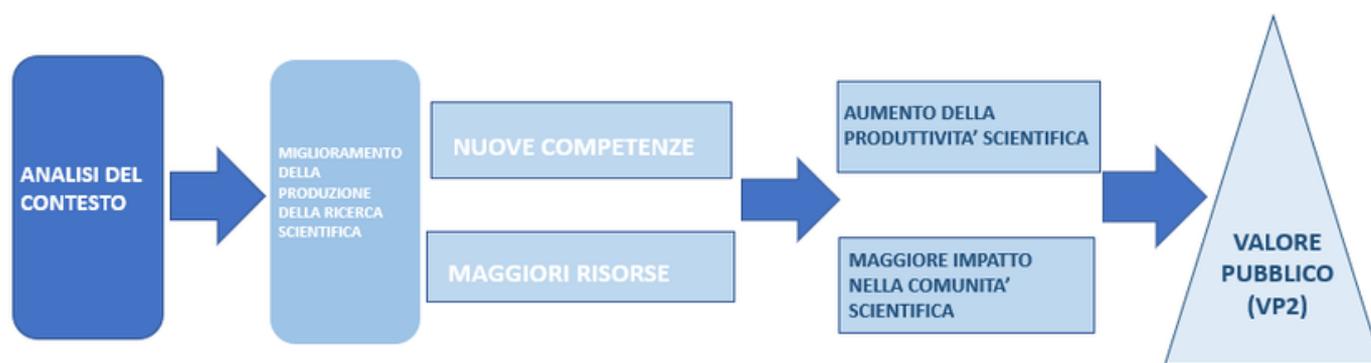
Il VP1 si può riassumere con la seguente sequenza:

**VP1: + SERVIZI + SANITA' ANIMALE + BENESSERE ANIMALE + SICUREZZA ALIMENTARE - RISCHI DIFFUSIONE MALATTIA ANIMALE - RISCHI TOSSINFEZIONI ALIMENTARI.**

## 2) Incremento dell'attività di Ricerca (VP2).

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

Figura genesi e strategia per la creazione del VP2:



**STRETEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP2: Rafforzamento delle attività di ricerca in modo funzionale all'aumento della competitività**

Il VP2 si può riassumere con la seguente sequenza:

### VP2: + PRODUZIONE SCIENTIFICA in termini qualitativi e quantitativi.

Si può affermare che l'IZSLER crea Valore Pubblico producendo un miglioramento del livello della salute Pubblica Veterinaria, in un'ottica "One Health", attraverso piani di prevenzione e sorveglianza, che indirettamente garantiscono la salute e il benessere degli animali e la sicurezza alimentare.

L'Istituto essendo uno strumento tecnico-scientifico del Ministero/Regioni che opera attuando politiche di prevenzione, agisce sempre in maniera indiretta nella produzione dei suoi impatti, perché è collocato all'interno della catena dei valori. Questo comporta una maggiore difficoltà nel riconoscere gli effetti generati e implica uno studio più approfondito e articolato che coinvolge anche gli stakeholder.

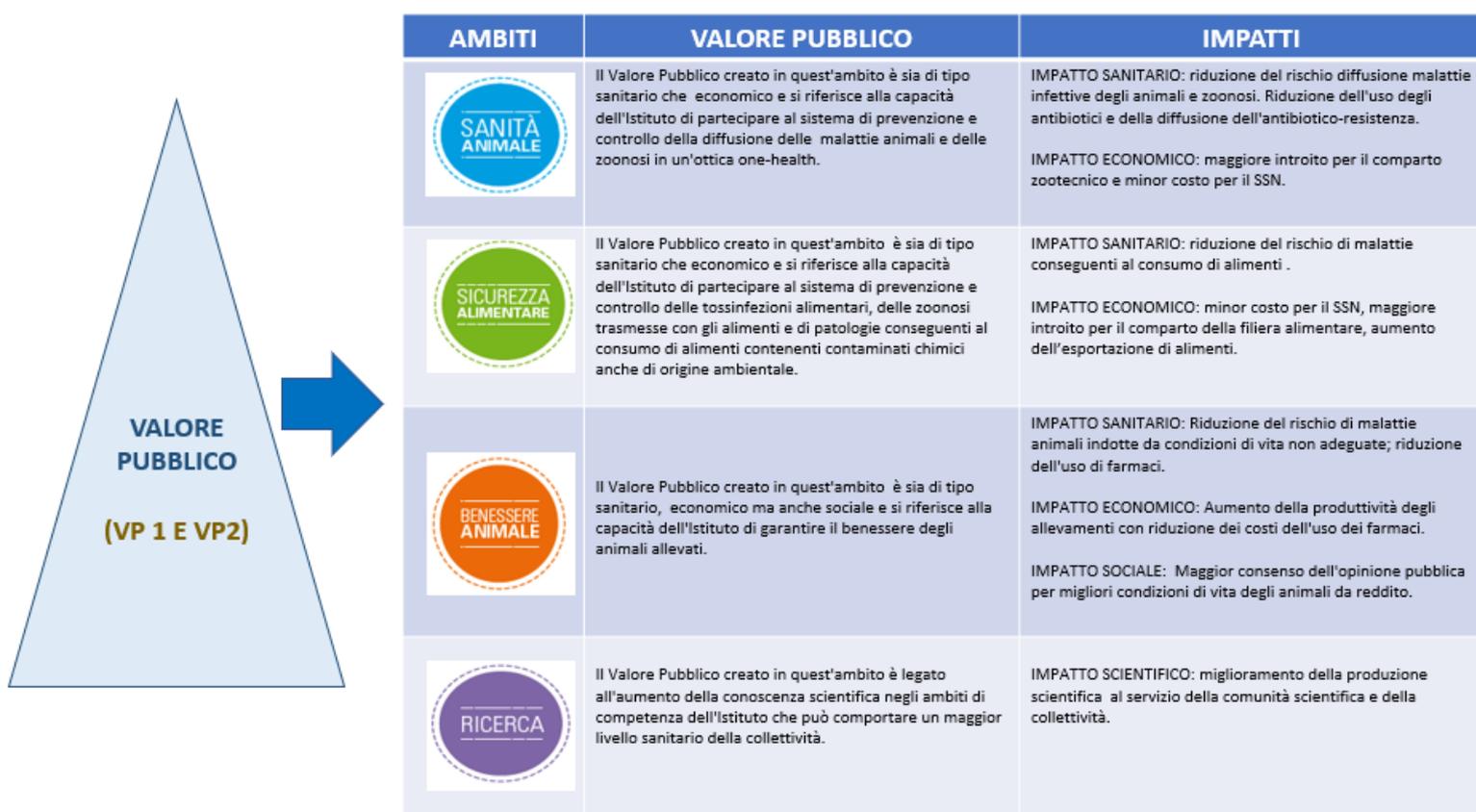
## Strategia per generare Valore Pubblico

Alla luce della premessa fatta l'Istituto genera Valore Pubblico, agendo **secondo due direttrici di gestione**:

### DIMENSIONE ESTERNA

in questa dimensione la valutazione degli impatti sugli stakeholder di riferimento, funge da elemento calibrante, con risultati nel lungo termine. In questo caso l'Istituto impatta in modo migliorativo sulle singole prospettive del benessere (sociale, sanitario, economico e ambientale) in un'ottica complessiva e multidimensionale.

I diversi impatti agiscono in modo diverso per generare VP, nello specifico si presenta qui di seguito, il legame tra il VP1 e VP2 dei diversi ambiti e i relativi impatti:



Nel presente PIAO l'Istituto ha deciso di prendere in considerazione solo gli impatti sanitari per il VP1/2, in quanto l'individuazione quantitativa dell'impatto economico richiede uno studio approfondito che verrà preso in esame nei prossimi documenti.

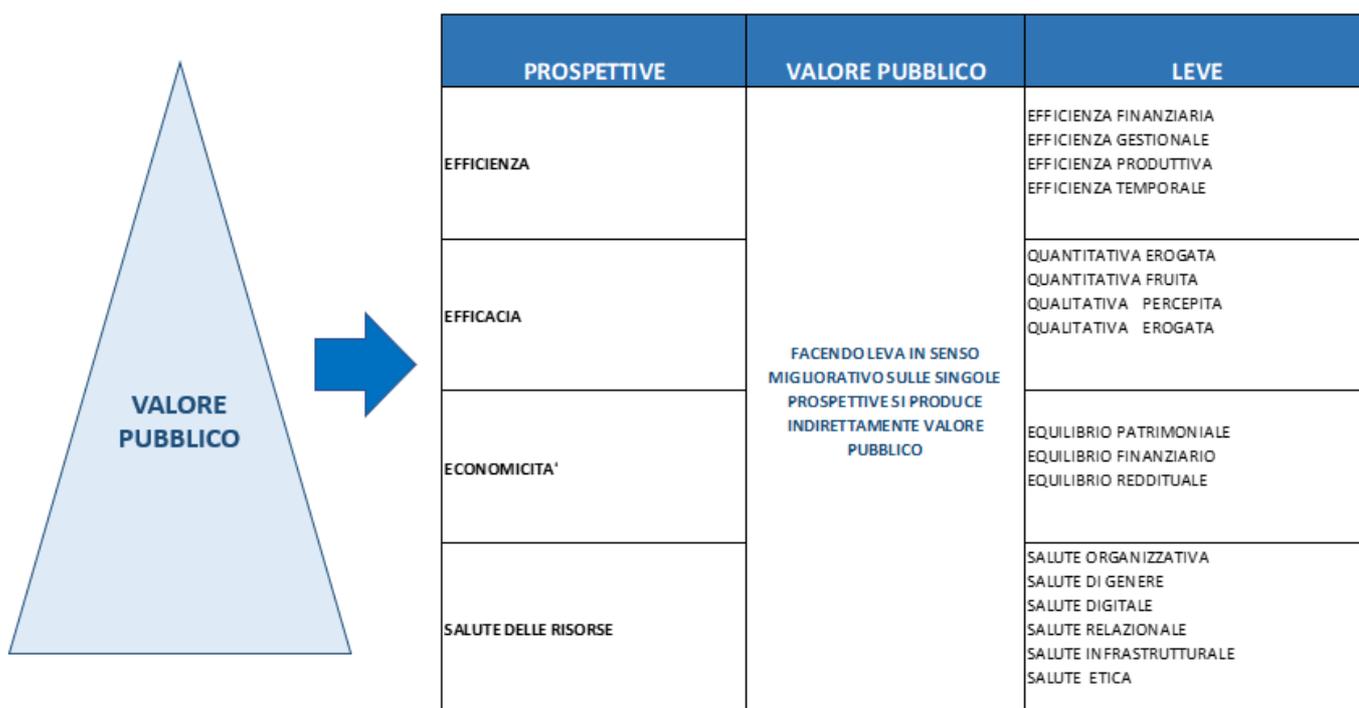
Inoltre il VP prodotto è collegato alle Aree Strategiche (AS) di Izsler nel modo seguente:

- VP1: **“Aumentare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della salute, benessere animale e sicurezza alimentare (VP1)”** è collegato all'Area Strategica **AS1 “Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato”**. (VP1.AS1);
- VP2: **“Miglioramento della produzione scientifica in termini qualitativi e quantitativi (VP2),** è collegato all'Area Strategica **AS2 “Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale”**. (VP2.AS2).

## DIMENSIONE INTERNA

In questa dimensione l'efficienza, l'efficacia e l'economicità assumono una valenza prioritaria nella pianificazione delle scelte strategiche, nella programmazione degli obiettivi istituzionali e trasversali, che consentono l'ottenimento dell'outcome, partendo dalla cura dello stato di salute dell'ente, generando indirettamente VP, con risultati nel breve termine.

La dimensione interna è rappresentata nel modo seguente:

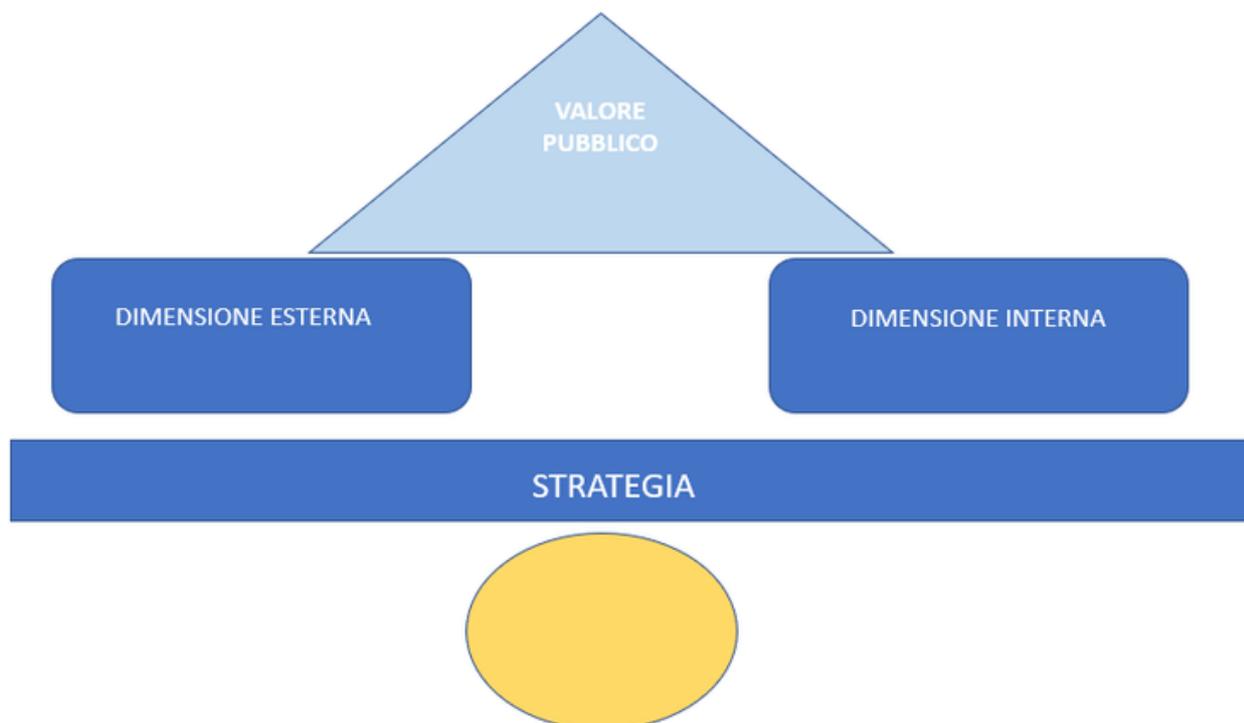


Il VP indirettamente prodotto facendo leva sulle performances di efficienza ed efficacia, partendo dalla salute dell'ente è collegato alle seguenti Aree Strategiche (AS) che rappresentano la programmazione degli obiettivi trasversali:

- all'Area Strategica **AS3 “Garantire l'efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un'ottica multidimensionale”**;
- all'Area Strategica **AS4 “Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane”**.

E' importante precisare che non sarà sempre necessario raggiungere la massima performance se questa è controproducente al benessere pubblico. L'Iszler genererà Valore Pubblico solo quando sarà garantito **l'equilibrio ottimale delle due dimensioni.**

Figura dell'equilibrio delle 2 dimensioni:



## Quanto Valore Pubblico creato

**Al fine di misurare il Valore Pubblico creato l'istituto ha individuato una serie di indicatori di impatto.**

Gli indicatori d'impatto esprimono l'effetto atteso o generato (outcome) da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere economico-sociale rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio. Gli indicatori in oggetto possono riferirsi a diversi ambiti d'impatto degli obiettivi dell'amministrazione e possono essere misurati in termini di variazione percentuale rispetto alla condizione di partenza. Come illustrato nella Linea Guida n. 1/2017 Dipartimento della Funzione Pubblica, esistono diverse tipologie di impatti: sanitari economici, sociali, culturali e ambientali. Gli impatti dell'Isler sono prevalentemente sanitari anche se con una componente economica. L'impatto sanitario deve considerare gli effetti complessivi, diretti e indiretti, che la realizzazione di un'opera può produrre sulla salute di una popolazione, e può essere definita come una combinazione di procedure, metodi e strumenti che consentono di valutare i potenziali e, talvolta, non intenzionali effetti di una politica, piano, programma o progetto sulla salute di una popolazione e la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione esposta, individuando le azioni appropriate per la loro gestione.

L'Istituto ha intrapreso nell'anno 2022 uno studio sul VP, **grazie alla collaborazione con il "Centro di Ricerca sul Valore Pubblico"** ([www.cervap.it](http://www.cervap.it)), centro di ricerca dell'Università di Ferrara che si occupa di ricerca scientifica sul Valore Pubblico, che ci ha portato a identificare i seguenti indicatori di impatto, come qui di seguito illustrati nelle due figure, che rappresentano la **misurazione dell'effetto della strategia** nel generare VP.

Figura indicatori di impatto VP1.

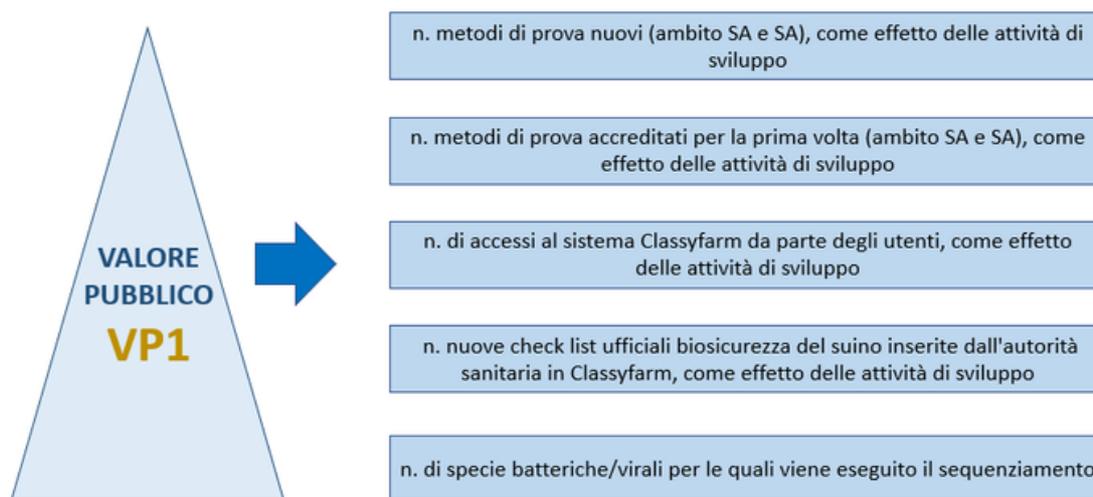
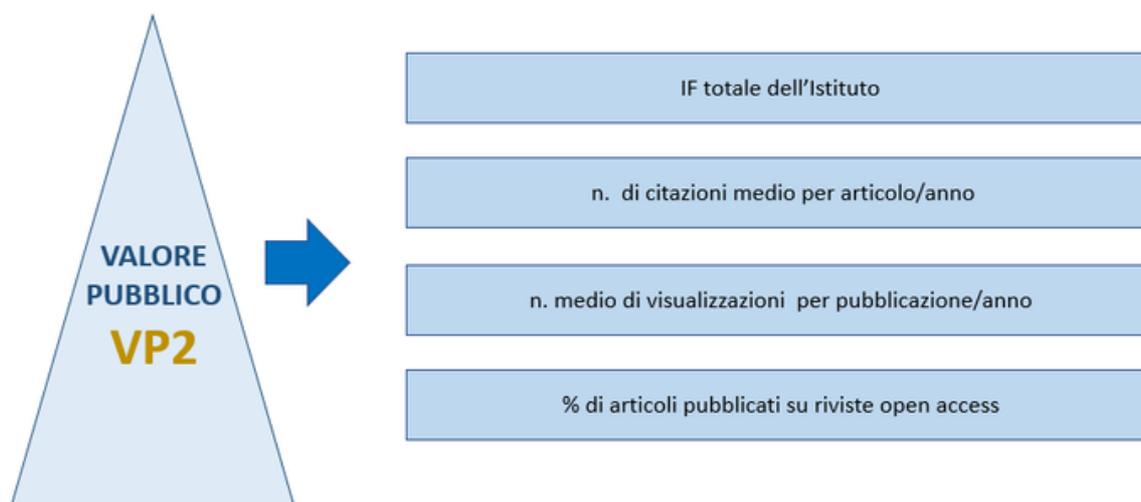


Figura indicatori di impatto VP2.



Lo studio fatto in collaborazione con il CERVAP ci ha portato a identificare il percorso per la generazione del VP in IZSLER compreso della sua misurazione. Qui di seguito si illustra la Nota Metodologica sul calcolo del Valore Pubblico, predisposta dal CERVAP.



## NOTA METODOLOGICA ELABORATA DAL CERVAP

Seguendo le indicazioni metodologiche del CERVAP, per effettuare la misurazione del Valore Pubblico di IZSLER è stato utilizzato il seguente metodo, che ha lo scopo di rendere adimensionali i diversi Key Performance Indicators (KPIs) utilizzati dall'Istituto, per poi combinarli tramite una funzione di aggregazione (media). Pertanto, l'i-esimo KPI di IZSLER può essere trasformato come segue:

$$I_{h,i,t} = \begin{cases} \frac{(KPI_{i,t} - \min(KPI_i))}{(\max(KPI_i) - \min(KPI_i))} & \text{se la polarità è } \mathbf{positiva} \\ \frac{(\max(KPI_i) - KPI_{i,t})}{(\max(KPI_i) - \min(KPI_i))} & \text{se la polarità è } \mathbf{negativa} \end{cases}$$

dove  $KPI_{i,t}$  indica il risultato osservato al tempo t per l'i-esimo KPI di IZSLER,  $\max(KPI_i)$  e  $\min(KPI_i)$  rappresentano rispettivamente la migliore e la peggiore performance raggiunta dall'Istituto per l'i-esimo KPI, considerando gli ultimi tre anni di rilevazione (dati osservati). La polarità (positiva o negativa) è la direzione desiderata dell'i-esimo indicatore di performance secondo la programmazione di IZSLER.

Date tali premesse, l'indicatore parziale (o tematico) per ognuna della  $j=4$  dimensioni di performance (Valore Pubblico in senso ampio) o per le sottodimensioni (o tipologie) di impatto (Valore Pubblico in senso stretto) al tempo t può essere ottenuto come media aritmetica dei  $k_j$  indicatori trasformati al tempo t:

$$D_{j,t} = \frac{1}{k_j} \sum_{i=1}^{k_j} I_{i,t}$$

Nel caso in cui si disponga di ulteriori informazioni, il peso può differire da  $k_j^{-1}$  e quindi si può utilizzare una media ponderata.

Il Valore Pubblico creato da IZSLER, sia in senso ampio (performance delle performances) che in senso stretto (impatto degli impatti) può quindi essere rappresentato tramite il grafico a radar degli indicatori parziali (o tematici)  $D_{j,t}$ , confrontando eventualmente i diversi periodi di riferimento (t+1, t+2, t+3), oppure può essere calcolato come media ponderata degli indicatori parziali o tematici:

$$VP_t = \sum_{j=1}^J D_{j,t} * w_j$$

dove  $w_j$  è un generico peso relativo alla j-esima dimensione. Trattandosi della prima sperimentazione di misurazione del VP in IZSLER, il sistema di pesi associato ad ogni dimensione di performance (o sottodimensione di impatto) può essere pari a  $w_j = 1/k_j$ , ossia proporzionale al numero di indicatori presente in ciascuna dimensione, oppure stabilito a priori dagli apicali dell'Ente (esempio  $w_i = \{0,3;0,2;0,2;0,3\}$ ).

Alla fine dei sopracitati step di misurazione, in fase di pianificazione emergono le seguenti due quantità:

- **Valore Pubblico di partenza** (baseline), in simboli  $VP_t^B$ , ottenuto utilizzando  $KPI_{i,t}^B$ , ossia la baseline dell'i-esimo KPI al posto di  $KPI_{i,t}$ , cioè il valore osservato;
- **Valore Pubblico atteso** (target), in simboli  $VP_t^T$ , ottenuto utilizzando  $KPI_{i,t}^T$ , ossia il target dell'i-esimo KPI al posto di  $KPI_{i,t}$ , cioè il valore osservato.

Nel caso del PIAO di IZSLER il confronto avviene su base triennale tra  $VP_{2022}^B$  (target) e i valori di  $VP_{2023}^T$ ;  $VP_{2024}^T$  e  $VP_{2025}^T$  (target triennali).

Per valutare se l'Istituto sarà stato in grado di creare Valore Pubblico, in fase di monitoraggio/rendicontazione (Rendiconto del PIAO) diverrà cruciale controllare il posizionamento del Valore Pubblico effettivo (risultato) rispetto alle quantità precedentemente discusse ( $VP_t^B$  e  $VP_t^T$ )

## Misurazione del Valore Pubblico

La misurazione del VP dell'Izsl è stata effettuata, come da tabelle sotto riportate, sia in senso ampio che in senso stretto.

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

### Misurazione in senso stretto

La misurazione del VP in senso stretto è stata effettuata per ogni indicatore, come sotto riportata nella tabella, in un confronto tra baseline, rispetto a uno scostamento minimo e massimo degli ultimi anni e un target ad esso associato. Si precisa che il calcolo può essere fatto anche in presenza di diverse scale di misurazione, grazie alla normalizzazione dei valori, definendo appunto gli estremi peggiori e migliori della scala.

Dalla tabella "TAB.VP1s" si evince che il VP1 di partenza è del 0,72 (impatto degli impatti), che è dato dalla media ponderata della baseline dei diversi impatti moltiplicati per il proprio peso, mentre quello atteso per l'anno 2025 è del 1,64, che è dato dalla media ponderata dei target attesi moltiplicati per il proprio peso.

Dalla tabella "TAB.VP2.s" si evince che il VP2 di partenza è del 0,75 (impatto degli impatti), che è dato dalla media ponderata della baseline dei diversi impatti moltiplicati per il proprio peso, mentre quello atteso per l'anno 2025 è del 1,44, che è dato dalla media ponderata dei target attesi moltiplicati per il proprio peso.

Si sottolinea che il VP di partenza è legato a dei valori soglia di riferimento, il VP atteso è legato ai target individuati per ogni indicatore, con il rispettivo collegamento con gli obiettivi SDGs (Sustainable Development Goals) dell'Agenda ONU 2030.

Nella pagina seguente è illustrata la Tabella del Valore Pubblico VP1 in senso stretto (TAB.VP1s).

## TAB.VP1S

## SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

## Sottosezione "Valore Pubblico"

## Analisi di contesto

Il contesto esterno necessita di un aggiornamento, ampliamento e miglioramento dei servizi di IZLSER per fronteggiare nuove malattie e tossinfezioni

## VALORE PUBBLICO atteso ( in senso stretto)

+ SERVIZI + SANITA' ANIMALE + BENESSERE ANIMALE + SICUREZZA ALIMENTARE - RISCHI DIFFUSIONE MALATTIA ANIMALE - RISCHI TOSSINFEZIONI ALIMENTARI (aumentare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della salute, benessere animale e sicurezza alimentare)	Valore Pubblico di partenza		Valore Pubblico atteso 2023		Valore Pubblico atteso 2024		Valore Pubblico atteso 2025	
	0,72	1,11	1,40	1,64				

## STRATEGIE per la creazione di Valore Pubblico

Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/SITK	Tempi	Dimensione	Formula	Direzione	Scala di normalizzazione Peggiora negli ultimi 3 anni	Migliore negli ultimi 3 anni	Peso	Indicatori di impatto				Fonte	SDGs																																																				
											Baseline assoluta		Baseline normalizzata				Target 2023		Target 2024		Target 2025																																															
											2021	2021	Target assoluto	Target normalizzato			Target assoluto	Target normalizzato	Target assoluto	Target normalizzato																																																
VP1-AS1	Ottimizzazione e sviluppo delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall'Istituto nell'ambito della sanità animale, benessere animale e sicurezza alimentare	Direzione Strategica Salute, e Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, A Dipartimenti Sanitari	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, A USL/ATS, Associazioni Allevatori e produttori di alimenti	Triennale	IMP.SANITARIO (metodi nuovi)	1) n. metodi di prova nuovi (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	pos	25	50	20%	40,0	0,60	42	0,68	45	0,80	50	1,00	Database interni non fruibili all'esterno																																																	
																					IMP.SANITARIO (metodi accreditati)	2) n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	pos	10	18	20%	10	-	12	0,25	15	0,63	18	1,00	Database interni non fruibili all'esterno																																	
																																					IMP.SANITARIO (accessi Classyfarm)	3) n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti, come effetto delle attività di sviluppo	pos	57380	92792	20%	92792	1,00	100000	1,20	120000	1,77	130000	2,05	Database interni non fruibili all'esterno																	
																																																					IMP.SANITARIO (check list)	4) n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino iscritte dall'autorità sanitaria in Classyfarm, come effetto delle attività di sviluppo	pos	0	4010	20%	4010	1,00	4400	1,10	4.499	1,12	4.555	1,14	Database interni non fruibili all'esterno	

**CAMPO NOTE:** i target si intendono cumulativi, per cui il dato inserito come target del 2023, 2024 e 2015 includono il dato di partenza del 2021.

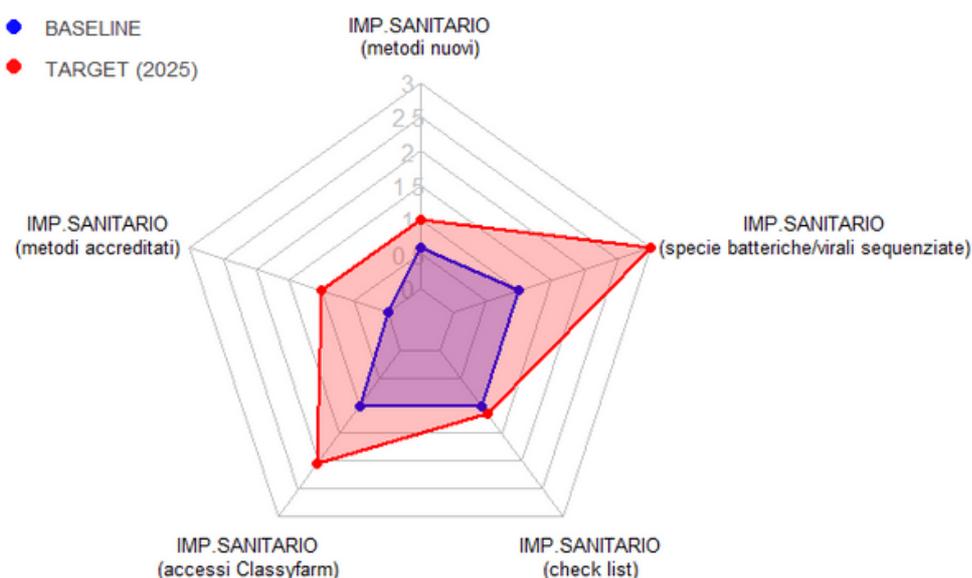
I metodi di prova si intendono nuovi e/o revisionati.

## Sintesi dati relativi al VP1 atteso

VALORE PUBBLICO atteso ( in senso stretto)	Impatto	Baseline	Target
	IMP.SANITARIO (metodi nuovi)	0,60	1,00
	IMP.SANITARIO (metodi accreditati)	-	1,00
	IMP.SANITARIO (accessi Classyfarm)	1,00	2,05
	IMP.SANITARIO (check list)	1,00	1,14
	IMP.SANITARIO (specie batteriche/virali sequenziate)	1,00	3,00

Il Valore Pubblico può essere rappresentato anche tramite il quadrante del radar ( figura sottostante). Il VP viene generato quando la linea arancione del VP atteso è almeno in linea con quella blu del VP di partenza.

## Rappresentazione grafica del VP1 di partenza a confronto con l'atteso



Nella pagina seguente è illustrata la Tabella del Valore Pubblico VP2 in senso stretto (TAB.VP2s).

## SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Valore Pubblico"

Analisi di contesto

Il contesto esterno necessita di maggiori conoscenze per affrontare le sfide della sanità pubblica

VALORE PUBBLICO atteso ( in senso stretto)

Valore Pubblico di partenza	Valore Pubblico atteso 2023	Valore Pubblico atteso 2024	Valore Pubblico atteso 2025
0,75	1,43	1,18	1,44

+ PRODUZIONE SCIENTIFICA (miglioramento della produzione scientifica in termini qualitativi e quantitativi)

STRATEGIE per la creazione di Valore Pubblico

Cod.	Nome	Responsabili	Utenti/STK	Tempi	Dimensione	Formula	Direzione	Scala di normalizzazione		Peso	Indicatori di impatto		Target 2023		Target 2024		Target 2025		Fonte	SDGs
								Peggior valore negli ultimi 3 anni	Migliore valore negli ultimi 3 anni		100%	Baseline assoluta	Baseline normalizzata	Target assoluto	Target normalizzato	Target assoluto	Target normalizzato	Target assoluto		
VPZ.AS2	Rafforzamento delle attività di ricerca in modo funzionale all'aumento della competitività	Direzione Sanitaria e tutte le strutture coinvolte	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, AU SL/ATS, Associazioni	Triennale	IMP.SCIENTIFICO (IF medio Istituto)	1)IF totale dell'Istituto	pos	302	564	25%	570	1,02	575	1,04	580	1,06	Data Base pubblicazioni/SLER			
					IMP.SCIENTIFICO (citazioni)	2) n. di citazioni medio per articolo/anno	pos	2,41	3,73	25%	3,5	1,96	4	1,20	5	1,96	Data Base INCITES			
					IMP.SCIENTIFICO (visualizzazioni)	3) n medio di visualizzazioni per pubblicazione/anno	pos	13,3	24,4	25%	25	1,32	27	1,23	28	1,32	Data Base INCITES			
					IMP.SCIENTIFICO (articoli open)	4) % di articoli pubblicati su riviste open access	pos	28	58	25%	60	1,40	65	1,23	70	1,40	Data Base INCITES			

CAMPO NOTE: i target si intendono cumulativi, per cui il dato inserito come target del 2023, 2024 e 2015 includono il dato di partenza del 2021.

IND.1: per il calcolo si considera l'IF totale ;

IND.2: per il calcolo si considera il numero di citazioni medie raccolte da un articolo per anno, calcolato come Σ citazioni/Σ pubblicazioni;

IND.3: per il calcolo si considera il numero medio di visualizzazioni on line della singola pubblicazione per anno;

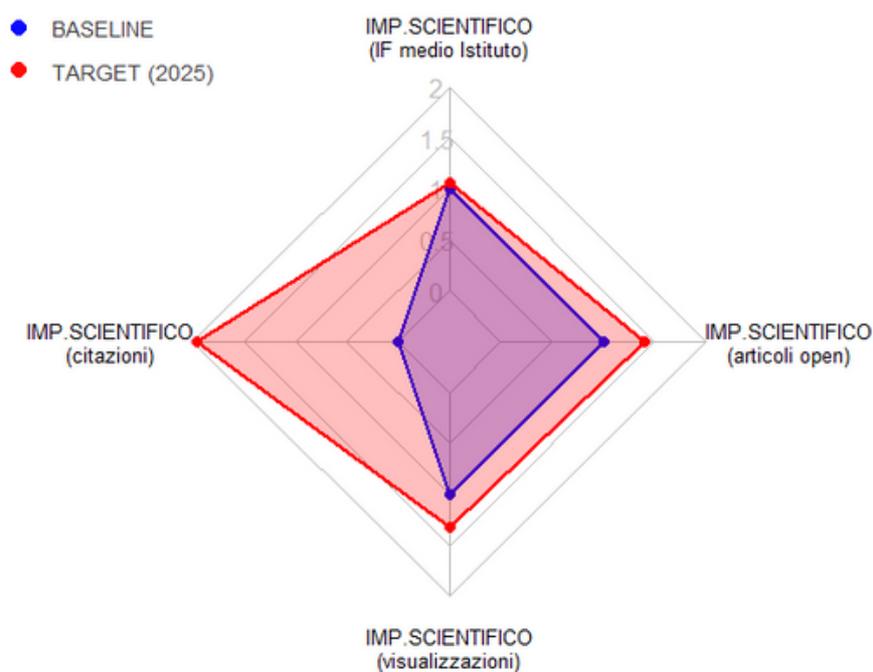
IND.4: per il calcolo si considera la percentuale di pubblicazioni su riviste open access sul totale delle pubblicazioni dell'anno in corso.

## Sintesi dati relativi al VP1 atteso

VALORE PUBBLICO atteso ( in senso stretto)	Impatto	Baseline	Target (2025)
	IMP.SCIENTIFICO (IF medio Istituto)		1,00
IMP.SCIENTIFICO (citazioni)		-	1,96
IMP.SCIENTIFICO (visualizzazioni)		1,00	1,32
IMP.SCIENTIFICO (articoli open)		1,00	1,40

Il Valore Pubblico può essere rappresentato anche tramite il quadrante del radar ( figura sottostante). Il VP viene generato quando la linea arancione del VP atteso è almeno in linea con quella blu del VP di partenza.

Rappresentazione grafica del VP2 di partenza a confronto con l'atteso



## Misurazione in senso ampio

La misurazione del VP in senso ampio è effettuata quale media delle medie delle quattro dimensioni di performance ( impatti, efficacia, efficienza ,salute) così come previsto dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n.1/2017, nel modo seguente:

- **impatto:** che è riferito al VP di partenza di cui al VP1.AS1 e VP2.AS2 ( tabella VP in senso stretto);
- **efficacia:** che è dato dalla media ponderata della baseline dei diversi indicatori di performance moltiplicati per il proprio peso, relativi agli obiettivi specifici funzionali alla creazione di VP, di cui al VP1.AS1 e VP2.AS2 ( come riportata nella parte funzionale della sottosezione Performance);
- **efficienza:** che è dato dalla media ponderata della baseline dei diversi indicatori di performance moltiplicati per il proprio peso, relativi agli obiettivi specifici funzionali alla creazione di VP, di cui al VP1.AS1 e VP2.AS2 ( come riportata nella parte funzionale della sottosezione Performance);
- **salute delle risorse:** che è dato dalla media ponderata della baseline dei diversi indicatori di salute moltiplicati per il proprio peso, relativi agli obiettivi specifici funzionali alla creazione di VP, di cui al VP1.AS1 e VP2.AS2 ( come riportata nella parte funzionale della sottosezione Performance). Si precisa che in questo caso è stata presa in considerazione solo la salute digitale, il cui calcolo non è stato possibile in mancanza di dati storici per attività recenti.

In mancanza dei dati storici relativi alla salute delle risorse, si è deciso di non procedere al calcolo del VP atteso e del VP attuale, che verrà invece calcolato nei prossimi Piani. (\*)

Figura Tabella Valore Pubblico VP1 in senso ampio (TAB.VP1a)

VALORE PUBBLICO ATTESO ( in senso ampio)										
ANALISI DEL CONTESTO: le richieste del contesto esterno richiedono un aggiornamento, ampliamento e miglioramento dei servizi per fronteggiare nuove malattie e tossinfezioni										
VP.1: + SERVIZI + SANITA' ANIMALE + BENESSERE ANIMALE + SICUREZZA ALIMENTARE - RISCHI DIFFUSIONE MALATTIA ANIMALE - RISCHI TOSSINFEZIONI ALIMENTARI tramite l'incremento quali-quantitativo dei servizi offerti (EFFICACIA) della velocità di risposta ( EFFICIENZA), a partire dalla cura della SALUTE organizzativa e professionale delle risorse dell'ente ( PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES)								* Valore Pubblico attuale:	* Valore Pubblico atteso:	
STRATEGIA					INDICATORI DI IMPATTO					
Codice	NOME	Responsabile	STK	Durata	Dimensione	Formula	Direzione/Polarità	Peso	baseline (N) normalizzata	target (N+3) normalizzata
VP1.AS1	Ottimizzazione e sviluppo delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall'Istituto nell'ambito della sanità animale, benessere animale e sicurezza alimentare	Direzione Strategica e Direttori dei Dipartimenti Sanitari	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna,AUSL/ATS, Associazioni ,Allevatori e produttori di alimenti	Annuale	IMPATTI	impatto degli impatti o impatto medio	positiva	50%	0,72	1,64
					EFFICACIA	efficacia media	positiva	25%	0,51	1,62
					EFFICIENZA	efficienza media	positiva	25%	2,00	2,55
					SALUTE	salute media	positiva	mancanza di dati storici in quanto sono attività recenti		

Figura Tabella Valore Pubblico VP2 in senso ampio (TAB.VP2a)

SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO											
VALORE PUBBLICO ATTESO ( in senso ampio)											
ANALISI DEL CONTESTO: le richieste del contesto esterno richiedono maggiore conoscenze per affrontare le sfide della sanità pubblica											
VP2.AS2: + PRODUZIONE SCIENTIFICA tramite massimizzazione della produttività (EFFICACIA) e aumento quali-quantitativo della produzione scientifica (EFFICIENZA), a partire dalla cura della SALUTE organizzativa e professionale delle risorse dell'ente (aumento competenza- sviluppo di un nuovo approccio alla ricerca piùcompetitivo - PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES)										*Valore Pubblico attuale	*Valore Pubblico atteso
STRATEGIA					INDICATORI DI IMPATTO						
Codice	NOME	Responsabile	STK	Durata	Dimensione	Formula	Direzione/Polarità	Peso	baseline (N) baseline su scala	target (N+3) target su scala	
VP2.AS2	Rafforzamento delle attività di ricerca in modo funzionale all'aumento della competitività	Direzione Sanitaria e tutte le strutture coinvolte	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna,AUSL/ATS, Associazioni ,Allevatori, Produttori di alimenti, comunità scientifica	Annuale	IMPATTI	impatto degli impatti o impatto medio	positiva	50%	0,75	1,44	
					EFFICACIA	efficacia media	positiva	25%	0,40	0,64	
					EFFICIENZA	efficienza media	positiva	25%	0,02	0,48	
					SALUTE	salute media	positiva		mancanza dati storici per attività recente		

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

## Protezione del Valore Pubblico

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

## Confronto con gli Stakeholders sul Valore Pubblico

L'attività di confronto tra l'Amministrazione e gli stakeholder si è svolta nella giornata del 13 dicembre 2022 ed ha coinvolto la Regione Lombardia e la Regione Emilia Romagna, con lo scopo di operare in maniera sempre più condivisa, favorendo e promuovendo la partecipazione collettiva verso un interesse comune.

Dall'analisi degli esiti dell'incontro, emerge che gli stakeholder coinvolti hanno apprezzato il lavoro fin qui svolto, considerando strategici gli obiettivi di valore pubblico identificati dall'Istituto soprattutto in relazione al contesto nazionale e alle sfide emergenti che si prospettano all'orizzonte.

Le proposte di miglioramento pervenute per il prossimo PIAO richiedono di valutare anche l'impatto ambientale. L'Amministrazione si riserva quindi la possibilità di accogliere le proposte nella prossima fase programmatica per il triennio 2024-2026.

## Traguardo nei prossimi anni

Il modello di governance fondato sulla creazione del Valore Pubblico (noto come Public Value Government), se approvato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nel corso dei prossimi anni, potrebbe rappresentare la base sulla quale definire gli obiettivi di Izsler per il prossimo futuro e garantirne l'attuazione.

L'Izsler per il prossimo triennio ha come obiettivo il miglioramento degli indicatori relativi alla dimensione interna e l'inserimento di sempre nuovi indicatori di VP, con lo scopo di generare un processo virtuoso di definizione, attuazione, monitoraggio, aggiornamento e revisione delle strategie di pianificazione, che assicuri il raggiungimento di una buona performance complessiva dell'ente.

L'analisi degli indicatori di Valore Pubblico iniziata nell'anno 2022 e la collaborazione con il CERVAP, con il supporto del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sono il punto di partenza di questo percorso.

## 2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE

### PREMESSA

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

### PARTE GENERALE

Tra gli obiettivi istituzionali, indirettamente funzionali alla generazione di valore pubblico, si illustrano qui di seguito, una parte di essi, quelli trasversali a tutta l'amministrazione e collegati alle AS3 e AS4, che come già precisato nella sezione del VP, concorrono a sostenere la dimensione interna del VP, che confluiranno nel Piano delle Azioni.

Si illustrano le azioni per la loro realizzazione, il collegamento con gli obiettivi strategici delle AS del Cruscotto di Ente e il legame con lo stato delle risorse i relativi indicatori verranno identificati nel Piano delle Azioni.

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB. OP. trasversali di semplificazione	AS3-OSP1	SALUTE ORGANIZZATIVA

Le azioni a sostegno sono:

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

La Mappatura dei processi intende rappresentare un punto di partenza per effettuare un'analisi in vista della Semplificazione. A partire dal 2023 saranno individuati i primi processi operativi cui applicare, anche in via sperimentale, una metodologia per la reingegnerizzazione dei processi. In quest'ottica, la reingegnerizzazione dei processi deve essere finalizzata alla produzione di valore pubblico sotto il duplice profilo di una maggior efficienza e di una maggiore rapidità nell'esecuzione dell'attività amministrativa.

L'analisi di tali processi, candidabili a una riprogettazione, terranno conto dei seguenti fattori di priorità:

- impatto verso l'utenza;
- Presenza di livelli di automazione o di digitalizzazione ancora relativamente bassi.

La analisi della mappatura dei processi rappresenta la base per l'individuazione dei processi da reingegnerizzare, in collaborazione con le strutture, a partire dal 2024. I risultati di questa attività rappresenteranno l'input per la definizione delle iniziative di da avviare negli anni a seguire.

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

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di digitalizzazione	AS3 -OSP1	SALUTE DIGITALE

Le azioni a sostegno sono:

**1) La realizzazione degli obiettivi contenuti nel “Piano Triennale per la digitalizzazione dell’IZSLER 2023-2025” (Allegato B1) che si suddividono nei seguenti ambiti:**

a) Nell’ambito amministrativo si prevede la messa a regime dell’applicativo del sistema ERP, che rappresenta la possibilità di rivedere in un’ottica di piena e completa digitalizzazione, tutta l’attività in diverse aree, quali la contabilità, la logistica ed i cicli attivo e passivo, permettendo di operare in forma completamente digitale ad esempio per il fascicolo di liquidazione, la piena digitalizzazione degli armadi di reparto e la movimentazione delle merci.

**Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati:** una gestione totalmente digitalizzata dei processi e quasi totale dei documenti, con minor rischio di errori e standardizzazione delle attività e maggiore fruibilità dei dati.

b) Nell’ambito sanitario si prevede la messa a regime dell’applicativo del nuovo sistema diagnostico di laboratorio (SIGLA), che prevede la piena digitalizzazione dell’intero percorso diagnostico svolto in IZSLER definendo gli strumenti per la sostituzione delle operazioni oggi svolte in forma analogica.

**Dal punto di vista della creazione di VO tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati:** una gestione totalmente digitalizzata dei processi e dei documenti, con relativa standardizzazione delle attività e maggiore fruibilità dei dati.

c) Nell’ambito della Qualità si prevede la messa a regime e lo sviluppo del Webquality. Con il passaggio al sistema di gestione della documentazione tramite software Webquality, tutti i processi legati all’informazione ed alla presa in carico di un nuovo documento del SQG, ora gestiti tramite moduli cartacei, saranno completamente gestiti attraverso la raccolta di evidenze digitali.

**Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati:** La gestione digitale non solo permette di risparmiare sul supporto cartaceo ma garantisce una maggiore efficienza e un aumento della produttività, attraverso lo snellimento delle attività. I benefici attesi sono molteplici: migliora la ricerca del dato (searchable text); migliora l’aspetto dell’archiviazione della documentazione, liberando spazio fisico; migliora l’aspetto privacy dei documenti (l’accesso è garantito solo alle persone profilate); migliora l’aspetto della validità legale del documento; migliora l’aspetto dell’accessibilità e della condivisione attraverso l’easy access.

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di piena accessibilità	AS4 -OSP1	SALUTE RELAZIONALE

Le azioni a sostegno sono:

**1) Studio dell’attuazione della piena accessibilità fisica e digitale**

L’IZSLER eroga prevalentemente servizi alle imprese, mentre i servizi forniti direttamente ai privati cittadini è estremamente residuale, pari a meno del 2,5% del totale dei conferimenti (su numero conferimenti anno 2021), garantendo le attività sul territorio attraverso un’ampia e articolata collocazione delle sedi territoriali diffuse sulle aree regionali della Lombardia e dell’Emilia Romagna, con un particolare attenzione all’assenza di barriere architettoniche in conformità alla normativa vigente in materia di superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 e al D. Lgs. 81/2008).

Oltre alla accessibilità fisica l'IZSLER si è adoperata per consentire la cd "accessibilità digitale" ovvero facilitando il ricorso a tutte le modalità di erogazione dei "Servizi in modalità digitale" per gli utenti e rappresentano una risposta concreta alla necessità di piena accessibilità alle informazioni. Per quanto riguarda il sito WEB, questo è stato sottoposto alla sua revisione anche allo scopo di raggiungere la piena accessibilità dello stesso (certificata nel 2020 ai sensi del D.Lgs 106/2018) e con costante revisione al fine di garantire il mantenimento degli standard di settore.

Nel rapporto con gli operatori economici e gli enti pubblici l'Istituto ha avviato da tempo la completa digitalizzazione del processo per cui gli esiti della propria attività (detti Rapporti di Prova o RdP) sono comunicati in forma elettronica nelle diverse modalità previste (PEC, Web Service, Posta Elettronica Ordinaria) ed in aderenza a quanto previsto dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale, D. Lgs. 82/2005). In tale ambito inoltre sono in corso alcune iniziative volte ad elevare il livello di accesso digitale da parte degli utenti, in prevalenza imprese, ed in particolare:

1. l'implementazione di un "fascicolo del cliente" nel quale consolidare in un unico punto, accessibile direttamente dal sito e realizzato secondo gli stessi standard di accessibilità, tutte le interazioni che l'utente, sia esso operatore economico o privato cittadino, ha con l'IZSLER ed inoltre accedere ad un repository di tutta la documentazione relativa a questo rapporto;
2. la realizzazione di un sistema di pre-accettazione universale che consentirà a tutti gli utenti, la possibilità di un'integrazione digitale per gestire la fase di pre-accettazione dei campioni conferiti;
3. l'estensione del servizio di prenotazione delle analisi in tutti gli ambiti che richiedono la presenza delle parti in occasione di esami non ripetibili. Tali servizi, in parte già disponibili, saranno completamente realizzati e posti in esercizio nel corso del 2023. Ulteriori attività in tale settore saranno inserite nel piano di informatizzazione dell'IZSLER 2023÷2025 in corso di definizione con la collaborazione della Fondazione Politecnico di Milano ed in aderenza a quanto previsto dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA 2021÷2023 redatto da AGID. Nel corso del 2023 l'Iszler effettuerà una nuova analisi sulla piena accessibilità dei cittadini con disabilità ai servizi fisici e digitali attraverso una indagine con la quale si valuterà la piena accessibilità per:
  - l'accessibilità ai servizi dell'Iszler;
  - la presenza o meno delle barriere architettoniche declinate per le varie disabilità (motorie, visive, acustiche);
  - il sito dell'Iszler come interfaccia con i cittadini;
  - i servizi telefonici e in presenza.

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

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di pari opportunità, di equilibrio di genere e di benessere organizzativo (ex PAP- GEP)	AS4 -OSP1	SALUTE DI GENERE

Le azioni a sostegno sono:

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

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

#### **a) Il Piano di Uguaglianza di Genere - Gender Equality Plan (GEP) - (Allegato B2)**

L'Istituto in data 07.12.2022 ha adottato con Delibera n. 355 del Direttore Generale il primo Gender Equality Plan 2023-2025 (GEP). Questo documento coerentemente con la mission istituzionale, rappresenta un ulteriore e strategico tassello per superare il divario di genere, adottando reali politiche di pari opportunità in risposta anche agli obiettivi sovranazionali definiti dall'UE. L'Unione Europea ha ritenuto necessario rafforzare alcune misure per superare i persistenti divari di genere nella ricerca scientifica. Inoltre, nell'ambito di Horizon Europe, è previsto un finanziamento specifico dedicato alla ricerca di genere e intersezionale, allo sviluppo di politiche inclusive sulla parità di genere a sostegno del nuovo Spazio europeo della ricerca, e all'empowerment femminile. Tra le azioni previste nel GEP si identificano per il prossimo triennio: la creazione di un applicativo di Gender Information System (GIS) per l'elaborazione dei dati in forma disaggregata, collegati alla rendicontazione e al monitoraggio e l'aggiornamento del Codice di condotta contro le molestie sessuali e mobbing sui luoghi di lavoro.

#### **b) Il Piano Triennale delle Azioni Positive (PAP) - (Allegato B3)**

Il Piano Triennale delle Azioni Positive (PAP) è adottato annualmente dall'Izsl su proposta del Comitato Unico di Garanzia (CUG), tenuto conto della normativa di riferimento e delle Linee guida contenute nelle Direttive Ministeriali emanate in materia. In particolare la Direttiva n.2/19 della Presidenza del Consiglio dei Ministri recante "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" specifica che "La promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace", ove si afferma la necessità del Piano triennale delle azioni positive. Tali documenti si sviluppano quindi coerentemente con la Pianificazione strategica. PAP e GEP si inseriscono inoltre nella più ampia strategia sulla sostenibilità, quale importante misura di attuazione dell'Agenda 2030, proposta dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, al fine di contribuire alla realizzazione di uno sviluppo sostenibile a livello globale.

**Dal punto di vista della creazione di VP tale azione intende ottenere una molteplicità di risultati:** la promozione delle pari opportunità è un aspetto importante per creare il benessere organizzativo che alla base di un sistema efficiente, che crea Valore Pubblico. Si segnala che come anche l'ANAC sottolinea l'importanza della "promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice" come obiettivo strategico per la creazione di VP.

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di efficientamento energetico	AS3-OSP1	SALUTE INFRASTRUTTURALE

Le azioni a sostegno sono:

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

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

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

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. anticorruzione e trasparenza	AS3 -OSP3	SALUTE ETICA

Le azioni a sostegno sono:

### 1) Attuazione di tutti gli obblighi previsti dalla sottosezione Anticorruzione

Ai sensi dell'art. 1, comma 8 della legge 190/2012, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione del PIAO relativa all'Anticorruzione e alla Trasparenza. La necessità di garantire una "sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance" era già stata evidenziata dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione 2019. Recentemente, con il documento del 2/02/2022, l'ANAC ha ribadito l'utilità del coordinamento tra l'anticorruzione e trasparenza e la performance "in quanto funzionale ad una verifica dell'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso, nonché a sottolineare la rilevanza dell'integrazione dei sistemi di risk management per la prevenzione della corruzione con i sistemi di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo interno delle amministrazioni". Alle misure programmate in tema di anticorruzione e trasparenza, pertanto, devono corrispondere specifici obiettivi di performance. Le attività svolte per l'attuazione della sezione Anticorruzione vengono introdotte in forma di obiettivi di performance sotto il profilo della performance organizzativa (art. 8 del D.Lgs. 150/2009) e, cioè, attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione delle medesime, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, co. 1, lett. b), D.Lgs. 150/2009) e della performance individuale (art. 9 del D.Lgs. 150/2009). Il tema della trasparenza e dell'anticorruzione viene perseguito con un approccio volto a garantire trasversalmente la compliance alla normativa in materia per il miglioramento della qualità dei processi. Si segnala nei prossimi anni la realizzazione di: un miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione AT; consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione del PIAO ed effettuare un monitoraggio integrato (PNA 2022); miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata tra performance, trasparenza e anticorruzione:

Si prevede nello specifico per il prossimo anno: 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 e attuazione delle misure previste e consolidamento del processo di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

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

## PARTE FUNZIONALE

In riferimento a quanto indicato nella tabella di sintesi TAB. VP1.AS1 e TAB. VP2.AS2 della sezione VP, è necessario ora individuare gli obiettivi operativi direttamente funzionali alla strategia per la creazione di Valore Pubblico e gli indicatori di performance (efficienza-efficacia) per la relativa misurazione. Per erogare un servizio di qualità (Valore Pubblico1), l'Istituto ha ritenuto importante puntare sulla qualità e sulla velocità della risposta, puntando sull'efficacia e sul calcolo dei tempi necessari per l'erogazione, anche attraverso percorsi di digitalizzazione, come qui di seguito rappresentato.

Figura Tabella VP1.AS1.PERF - indicatori di efficacia ed efficienza

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE (obiettivi OPERATIVI specifici)											
Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)											
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di performance						
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP1.AS1. PERF1	velocità di risposta dell'Istituto nell'erogazione servizi	Direttori dei Dipartimenti Sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, AUSL/ATS, Associazioni, Allevatori e produttori di alimenti	2023	EFFICIENZA GESTIONALE	% di cluster di infezione umana di cui izslr identifica la sorgente alimentare	47,37	50	50	50	Data base interni
					EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Firma	99	95	95	95	Data base interni
					EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Prova	90,00	90	91	92	Data base interni

Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)											
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di performance						
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP1.AS1. PERF2	incremento qualitativo dei servizi offerti	Direttori dei Dipartimenti Sanitari, strutture in staff alla Direzione Sanitaria, SAQ	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, AUSL/ATS, Associazioni, Allevatori e produttori di alimenti	2023	QUANTITA' EROGATA	N. di richiesta di assistenza risolte per classifarm/ totale richieste pervenute ( dato anno 2021 :1987/2147 - 92%)	92	94	95	96	Data base interni
					QUANTITA' EROGATA	% dei ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS	33	36	40	44	Data base interni
					QUALITA' EROGATA	% di prove non conformi sul totale del Ring test	15	10	8	5	Data base interni
					QUALITA' EROGATA	% di non conformita e/o osservazioni rilevata da visite ispettive interne in ambito documentale risolte nei tempi previsti e approvati dal RAQ rispetto a quelle rilevate	70	75	80	90	Data base interni
					QUALITA' EROGATA	% di non conformita e/o osservazioni rilevata da ACCREDIA e risolte nei tempi previste e approvati da ACCREDIA rispetto a quelle rilevate	80	85	90	95	Data base interni/portale Accredia

Figura Tabella VP1.AS1.PERF - obiettivi trasversali di digitalizzazione

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE (obiettivi OPERATIVI trasversali)												
Sottosezione "Performance" (DIGITALIZZAZIONE)												
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di performance							
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/S TK	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte	
VP1.AS1. PERF3	digitalizzazione documenti e servizi	Direttori dei Dipartimenti Sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, AUSL/ATS, Associazioni, Allevatori e produttori di alimenti	2023	PROCESSI	N. processi digitalizzazione relativi all'iter di emissione del metodo di prova - (WEBQUALITY)	-	1	attività terminata si valuteranno eventuali azioni se necessarie	attività terminata si valuteranno eventuali azioni se necessarie	Data base interni	
					DOCUMENTI	% di MP che saranno digitalizzati nel processo della loro emissione grazie all'applicativo WEBQUALITY	-	50	80	100	Data base interni	
					SERVIZI	N. giorni risparmiati a seguito della digitalizzazione e per l'erogazione del servizio (stima di risparmio di 45 giorni a termine dell'intero processo di digitalizzazione)	-	15gg	30gg	45gg	Data base interni	
					SERVIZI	Sviluppo di un infrastruttura informatica per analisi dati e loro comunicazione all'utenza esterna (PIATTAFORMA GESTIONALE AREG)	-	1	attività terminata si valuteranno eventuali azioni se necessarie	attività terminata si valuteranno o eventuali azioni se necessarie	Data base interni	
					SERVIZI	Studio di fattibilità di un APP per la registrazione dei dati di benessere e sanità del suino	-	1	attività terminata si valuteranno eventuali azioni se necessarie	attività terminata si valuteranno o eventuali azioni se necessarie	Data base interni	

Per migliorare la produzione scientifica della ricerca (Valore Pubblico2), l'Istituto ha ritenuto importante puntare sul miglioramento della qualità che è monitorata con strumenti relativi all'IF e sulla quantità della produzione attraverso un monitoraggio costante, anche attraverso percorsi di digitalizzazione, come qui di seguito rappresentato.

Figura Tabella VP2.AS2.PERF - indicatori di efficacia ed efficienza

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE (obiettivi OPERATIVI specifici)											
Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)											
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di performance						
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/S TK	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2.AS2.PERF1	aumento qualitativo dei prodotti della ricerca	Direzione Sanitaria e tutte le strutture coinvolte	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, A USL/ATS, Associazioni ,Allevatori, Produttori di alimenti, comunità scientifica	2023	QUANTITA' EROGATA	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	114	125	130	135	Data Base interni
					QUANTITA' EROGATA	n. di pubblicazioni scientifiche prodotte ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	122	134	140	145	Data Base INCITES
					QUALITA' EROGATA	% pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1) ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	53	58	61	63	Data Base INCITES
Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)											
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di performance						
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/S TK	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2.AS2.PERF2	massimizzazione della produttività a parità di finanziamenti	Direzione Sanitaria e tutte le strutture coinvolte	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, A USL/ATS, Associazioni ,Allevatori, Produttori di alimenti, comunità scientifica	2023	Efficienza Finanziaria	€ finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva / € finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva anno precedente ( aumento finanzia per la ricerca comp)	0,004	0,15	0,20	0,3	Data Base interni
					Efficienza Gestionale	n. articoli scientifici prodotti/ € finanziamenti erogati dai finanziatori (x 1000000 di finanziamento)	96	97	98	99	Data Base interni
					Efficienza Temporale	n. relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente 2021 inviate nel rispetto delle scadenze /n.relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente da inviare	80	88	90	95	Data Base interni
					Efficienza Produttiva	n di pubblicazioni su riviste peer review / numero ricercatori	0,72	0,80	0,90	0,93	Data Base interni

Figura Tabella VP2.AS2.PERF - obiettivi trasversali di digitalizzazione

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE obiettivi OPERATIVI trasversali)											
Sottosezione "Performance" (DIGITALIZZAZIONE)											
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di performance						
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2.AS2.PERF3	digitalizzazione documenti o processi	Direzione Sanitaria e tutte le strutture coinvolte	Unione Europea, Ministero Salute, Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, AUSL/ATS, Associazioni, Allevatori, Produttori di alimenti, comunità scientifica	2023	SERVIZI	% attività per la realizzazione del portale della ricerca	-	100	attività terminata si valuteranno eventuali azioni si necessarie	attività terminata si valuteranno eventuali azioni si necessarie	Data base interni

## 2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### PREMESSA

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

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

### PARTE GENERALE

Come indicato da ANAC con il PNA 2022, è necessario individuare le informazioni che identificano il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera, serva ad individuare gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che possono influenzare la sensibilità della struttura al rischio corruttivo. Nell'ambito di questa analisi, particolarmente rilevanti sono i dati relativi alla presenza di criminalità organizzata e/o fenomeni di infiltrazione mafiosa nonché al livello di reati quali riciclaggio, corruzione. Di particolare interesse sono, conseguentemente, anche le attività di contrasto intraprese al fine di ridurre i fenomeni di illegalità.

#### CONTESTO DELL' ILLEGALITA'

##### REGIONE LOMBARDIA

- Fenomeni di criminalità c.d. tradizionale come estorsioni, usura, corruzione e traffico di stupefacenti;
- Aumento del numero delle transazioni e movimentazioni finanziarie anomale e, conseguentemente, dei reati di riciclaggio
- Infiltrazione della criminalità organizzata nazionale di stampo mafioso (principalmente 'ndrangheta, ma anche consorterie siciliane e campane) e straniera nell'economia legale e nella Pubblica Amministrazione, in settori quali quello degli appalti pubblici, dell'edilizia, delle attività di pulizia e sanificazione, dello smaltimento dei rifiuti specie di quelli ospedalieri;
- La Relazione Direzione Investigativa antimafia pubblicata a settembre 2022 indica che nel 2021 sono stati emessi complessivamente n.68 provvedimenti antimafia dagli uffici governativi competenti;
- L' Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata indica che in Lombardia sono stati confiscati 3.245 immobili e n.124 aziende.

**CONTESTO DELL' ILLEGALITA'****REGIONE EMILIA  
ROMAGNA**

-Infiltrazione della criminalità organizzata nei settori dei finanziamenti pubblici, degli appalti pubblici, delle concessioni, dei servizi di pubblica utilità anche ai fini del riciclaggio e del reinvestimento in attività economiche dei profitti illeciti realizzati;

-La Relazione Direzione Investigativa antimafia pubblicata a settembre 2022 indica che nel 2021 sono stati emessi complessivamente n.97 provvedimenti antimafia dagli uffici governativi competenti. La Regione Emilia risulta essere, infatti, la più esposta nel centro Italia, agli interessi delle consorterie criminali;

-Il Piano strategico per la valorizzazione dei beni confiscati alla criminalità della Regione Emilia Romagna indica che ad oggi sono stati confiscati alla mafia n.865 immobili e n.136 aziende.

**ATTIVITA' DI CONTRASTO SOCIALE ED AMMINISTRATIVO AI FENOMENI DI  
ILLEGALITA'****REGIONE LOMBARDIA**

Svolgono importanti attività di prevenzione dell'illegalità:

- l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) deputato a vigilare nei settori dei contratti pubblici e nei sistemi di controllo interno, nonché a supportare la Giunta regionale e gli enti del nell'attuazione e nell'aggiornamento dei piani di prevenzione della corruzione;
- la Commissione Speciale Antimafia, Anticorruzione, trasparenza e legalità del Consiglio Regionale, che indaga il fenomeno delle infiltrazioni della criminalità organizzata nel territorio lombardo e di individuare misure idonee a contrastarlo.
- il Comitato Tecnico Scientifico, dotato di funzioni consultive in materia di contrasto e prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata di stampo mafioso e di promozione della cultura della legalità.
- l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo, con funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi delle strutture di controllo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e funzioni di controllo in materia di prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo;
- l'Osservatorio regionale dei contratti pubblici, che fornisce dati e informazioni sull'operato dei vari enti che operano nel settore degli appalti pubblici.

Si segnala inoltre:

- il Protocollo di intesa tra la Regione, ORAC e Fondazione Etica al fine di migliorare la trasparenza amministrativa, l'efficacia degli strumenti di prevenzione, contrasto e controllo della corruzione per la Giunta regionale e gli enti del SSR;
- il protocollo siglato tra Regione Lombardia e Comando regionale della Lombardia della Guardia di Finanza per il contrasto alle frodi connesse all'utilizzo delle risorse del PNNR.

## ATTIVITA' DI CONTRASTO SOCIALE ED AMMINISTRATIVO AI FENOMENI DI ILLEGALITA'

### REGIONE EMILIA ROMAGNA

Tra gli importanti interventi di contrasto alla criminalità si segnala:

- la l.r. n.18/2016, rubricata "Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili", emanata con la finalità di contrastare i fenomeni d'infiltrazione e radicamento di tutte le forme di criminalità organizzata ed i fenomeni corruttivi e per rafforzare la cultura della legalità;
  - la "Rete per l'integrità e la trasparenza", quale sede di confronto degli RPCT del territorio regionale per condividere esperienze, best practices e attività formative nei settori a rischio corruzione;
  - il "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR", composto da tutti gli RPCT delle Aziende e degli Enti del SSR;
  - la Consulta Regionale per la legalità e la cittadinanza responsabile, che opera quale organismo di supporto alla Giunta con funzioni conoscitive, propositive e consultive per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e della corruzione, nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile;
  - l'elaborazione del piano integrato delle azioni regionali per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile e la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e dei fenomeni corruttivi relativo al biennio 2022-2023;
  - L'adozione del Piano strategico per la valorizzazione dei beni confiscati alla criminalità organizzata 2022-2024;
- l'attività dell'Osservatorio Regionale dei contratti pubblici di lavori, beni, servizi e forniture, il quale garantisce assistenza alle stazioni appaltanti al fine di garantire la qualità generale richiesta dalla normativa vigente nel settore degli appalti.

Da tutto ciò consegue che l'attuale sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2023-2025, al fine dell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza deve necessariamente considerare tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso lato. In altri termini permane la necessità - ribadita dall'Autorità nel PNA 2022 - che siano comunque presidiati da idonee misure di prevenzione della corruzione tutti quei processi che, oggetto di valutazione del rischio, presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi.

La gestione del rischio corruttivo dell'Istituto è presidio trasversale delle attività declinate nei singoli processi e finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico. Pertanto gli obiettivi di miglioramento che l'organo di indirizzo individua nell'ambito della prevenzione della corruzione rappresentano essi stessi obiettivi di valore pubblico.

La sezione prosegue il percorso avviato negli scorsi anni di contrasto alla cattiva amministrazione. Tale percorso si pone in linea con le previsioni della legge 6 novembre 2012, n.190, nonché con le disposizioni dettate dalla successiva normativa emanata in materia.

Una parte dell'ex PTPCT (allegata) riguarda la programmazione della trasparenza considerata quale principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione a garanzia più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Istituto realizza in favore della collettività. L'Istituto considera il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza nonché la messa a disposizione di tutti gli strumenti per l'esercizio del diritto di accesso quali validi momenti di affermazione del valore delle regole, del diritto alla conoscenza, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi.

La sezione del sito istituzionale dell'Ente "Amministrazione trasparente" nella quale sono pubblicati i contenuti oggetto di obbligo di pubblicazione, sono definiti gli obblighi di trasparenza, le responsabilità in ordine alla messa a disposizione del dato ed alla sua pubblicazione, costituisce uno strumento fondamentale di conoscibilità delle attività a favore della collettività.

Complementare al concetto di trasparenza è quello di accesso. Nel rispetto delle disposizioni di legge l'Istituto garantisce l'esercizio del diritto di accesso di cui all'articolo 5 del decreto legislativo n.33/2013, così come modificato dal decreto legislativo n.97/2016, nelle forme del diritto di accesso civico semplice che riguarda il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali sia prevista la pubblicazione obbligatoria ai sensi di legge, nei casi sia stata omessa la pubblicazione e accesso civico generalizzato che si estrinseca nel diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D.lgs 33/2013. In relazione all'accesso l'Istituto ha adottato un regolamento nel quale sono declinate le modalità di esercizio del diritto di accesso nelle sue tre fondamentali declinazioni, documentale (ex lege n.241/1990), civico semplice e civico generalizzato. A garanzia della massima trasparenza e conoscibilità l'Istituto pubblica e aggiorna a cadenza trimestrale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", il registro completo degli accessi.

Misura a carattere generale, trasversale ai compiti e alle attività dell'Ente è la formazione, sia a carattere generale sui temi dell'etica e della legalità che a carattere specifico per il personale che opera nelle aree a maggior rischio corruttivo finalizzata ad incrementare la consapevolezza dell'utilità delle misure di prevenzione dei rischi nonché a promuovere la cultura dell'anticorruzione e della trasparenza.

La formazione costituisce strumento di mitigazione del rischio corruttivo, finalizzato a fornire strumenti decisionali adeguati, che permettano di affrontare correttamente casi critici e situazioni lavorative problematiche, che possono dar luogo all'attivazione di misure di prevenzione della corruzione.

La programmazione della formazione, integrata con il piano annuale della formazione dell'Ente è definita nel piano formativo specifico definito annualmente dal RPCT ed è pertanto strutturata su due livelli:

<b>LIVELLO GENERALE</b>	Rivolto a tutti i dipendenti, per favorire un approccio basato sull'etica e per presentare gli aggiornamenti fondamentali delle disposizioni in materia
<b>LIVELLO SPECIFICO</b>	Rivolto al RPCT, ai collaboratori, al gruppo di supporto, ai referenti, ai dirigenti ed ai componenti degli organi di controllo, per fornire gli strumenti utili alla pianificazione del programma per la prevenzione della corruzione, in relazione alle specifiche responsabilità e ai diversi ruoli ricoperti

I Codici di Comportamento rivestono un ruolo essenziale nella strategia di prevenzione della corruzione elaborata dalla l. n.190/2012, in quanto costituiscono uno strumento essenziale per regolare le condotte dei dipendenti e per orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico.

L'IZSLER, recependo le indicazioni fornite da ANAC, da ultimo con le "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" di cui alla delibera n.177 del 19.2.2020, ha adottato a fine 2021 un nuovo Codice di Comportamento, che tiene altresì conto dei contenuti dei contratti collettivi di lavoro di recente sottoscrizione nonché del mutato assetto organizzativo dell'Istituto.

Momento fondamentale per la realizzazione degli obiettivi prefissati è rappresentato dal monitoraggio, attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle misure di trattamento dei rischi individuate dall'amministrazione. Finalità del monitoraggio è il riesame dei principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Gli esiti del monitoraggio rappresentano la base di partenza per una efficace riprogrammazione delle misure, come meglio descritto nella sezione del PIAO dedicata all'anticorruzione e alla trasparenza cui è fatto rinvio.

L'attività di monitoraggio è finalizzata ad individuare gli opportuni adeguamenti alla strategia di prevenzione adottata. Il RPCT effettua l'attività di monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione attraverso il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, per i settori di rispettiva competenza. Il monitoraggio è articolato pertanto su un doppio livello, ha cadenza semestrale e coinvolge tutte le misure applicate

La verifica delle misure è altresì integrata negli audit gestionali amministrativi e sanitari, nonché negli audit del sistema qualità.

Le evidenze dei monitoraggi integrati rappresentano contenuto necessario della relazione annuale del RPCT che viene pubblicata, in forma tabellare, sul sito internet aziendale, nel rispetto della scadenza stabilita da ANAC.

Tenuto conto di quanto indicato dal PNA 2022, il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d. lgs. n.33/2013, lungi dall'essere un adempimento meramente formale, è funzionale al raggiungimento del valore pubblico individuato dall'Ente, in quanto permette di verificare:

<ul style="list-style-type: none"><li>• l'individuazione di misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• l'utilizzo di formati di tipo aperto e riutilizzabili;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato.</li></ul>

Si allega:

Allegato C1 - Ex PTPCT E DOCUMENTI ALLEGATI.

## PARTE FUNZIONALE

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

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE													
Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"													
Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA							
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte	
Emissione metodi di prova	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica; Forniture di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato. Livello: medio	VP1.AS1.A.C1	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo (verificatore, codificatore, convalidatore e autorizzatore) non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)								RPCT	
		VP1.AS1.A.C2	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo (verificatore, codificatore, convalidatore e autorizzatore) non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)								RPCT	
Gestione sistema Classyfarn (consulenza/ parere su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto	VP1.AS1.A.C3	Gestione del conflitto di interessi	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Sede Territoriale di Brescia e Reparto Controllo e Produzione Materiale Biologico)	Continua - a seguito di ogni segnalazione di conflitto di interessi ricevuta, entro i termini previsti dall'art.4 comma 4 del Codice di Comportamento IZSLER	Disciplina del conflitto di interessi	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
Gestione sistema Classyfarn (consulenza/ parere su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto	VP1.AS1.A.C4	Sensibilizzazione del personale di nuova introduzione sui rischi e sulle misure individuate in tema di conflitti di interessi anche potenziale del personale coinvolto e in tema di conflitto di interessi tra attività di diritto pubblico e diritto privato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Sede Territoriale di Brescia e Reparto Controllo e Produzione Materiale Biologico)	Continua - a seguito di nuovo personale introdotto	Sensibilizzazione e partecipazione	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	100%	100%	100%	RPCT	

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
Sequenziamento di specie batteriche/virali (attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica  Livello: alto	VP1 .AS 1.A C5	Gestione del conflitto di interessi	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua - a seguito di ogni segnalazione di conflitto di interessi ricevuta, entro i termini previsti dall'art.4 comma 4 del Codice di Comportamento IZSLER	Disciplina del conflitto di interessi	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Sensibilizzazione del personale di nuova introduzione sui rischi e sulle misure individuate in tema di conflitti di interessi anche potenziale del personale coinvolto e in tema di conflitto di interessi tra attività di diritto pubblico e diritto privato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua - a seguito di nuovo personale introdotto	Sensibilizzazione e partecipazione	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero di Fogli di lavoro anonimi nel campione / Totale numero conferimenti	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Verifica anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro anonimi nel campione / numero Fogli di lavoro controllati	100%	100%	100%	100%	RPCT
			Separazione funzioni del personale ( fase pre analitica e analitica)	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / Totale numero conferimenti	90%	90%	90%	90%	RPCT
			Verifica separazione funzioni del personale ( fase pre analitica e analitica)	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento verificati in sede di audit	90%	90%	90%	90%	RPCT

## SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

## Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA						
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
Produzione ricerca scientifica (Partecipazione a progetti di ricerca finanziati da fondi pubblici e da fondi privati per finalità pubbliche)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	VP2 .AS 2.A C1	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT
Produzione ricerca scientifica (Attività e gestione dei progetti di ricerca autofinanziati)	Gestione delle attività di ricerca - livello alto	VP2 .AS 2.A C2	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT
Produzione ricerca scientifica (Progetti di ricerca commissionati da enti privati)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	VP2 .AS 2.A C3	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	Al momento della richiesta di attivazione e della ricerca	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT
Produzione ricerca scientifica (Progetti di ricerca commissionati da enti privati)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	VP2 .AS 2.A C4	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT

# SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



## SOTTOSEZIONI

---

**3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa**

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

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



## 3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

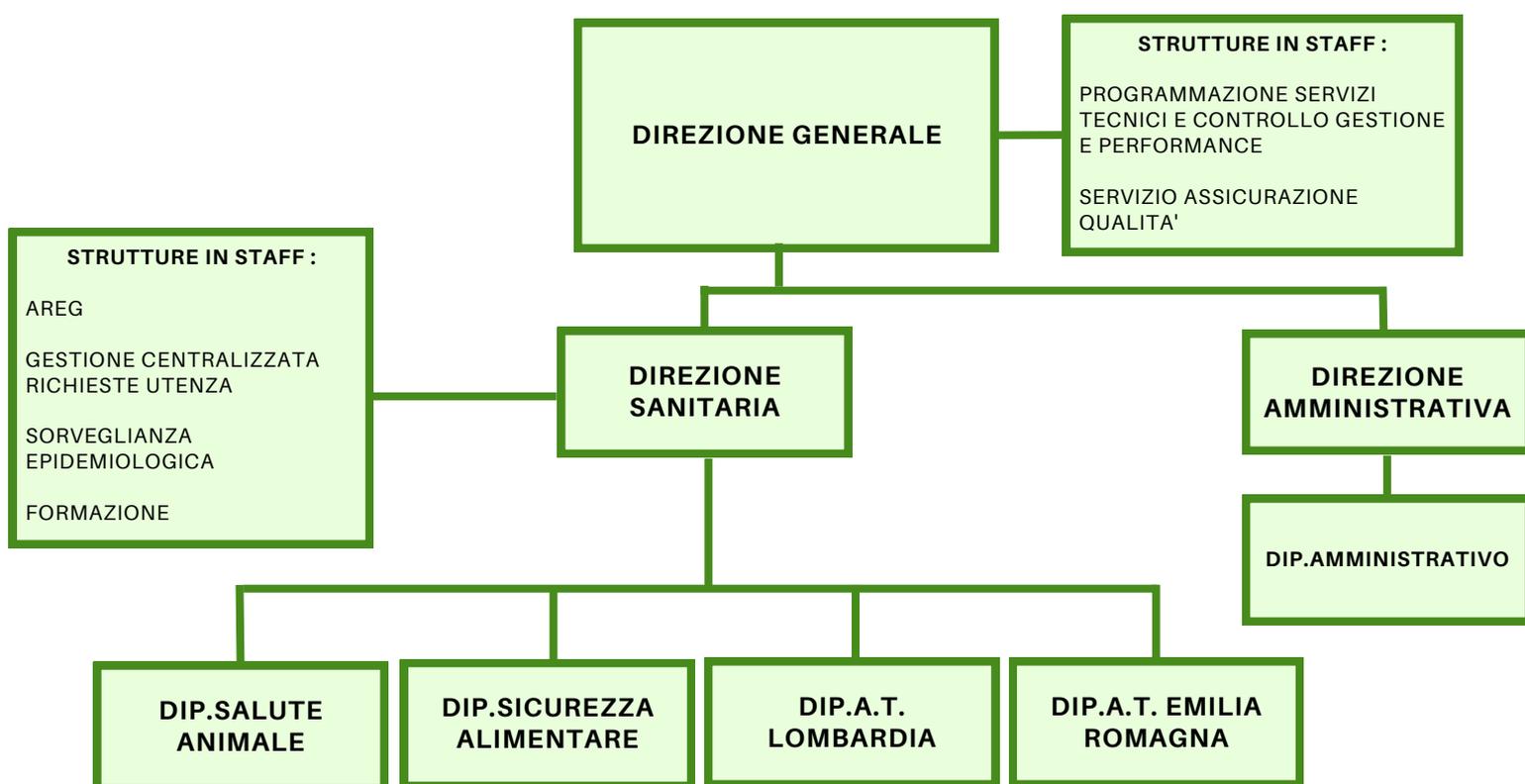
### PREMESSA

In questa sottosezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Istituto e prevede due parti, una generale e una funzionale.

### PARTE GENERALE

#### 1) ORGANIGRAMMA

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 17/2020 è stata approvato il seguente modello organizzativo di tipo dipartimentale, sinteticamente illustrato nella figura sottostante, per un maggior dettaglio si rimanda alla relativa sottosezione in Amministrazione Trasparente.



#### 2) LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

La catena organizzativa dei livelli di responsabilità dell'Izslr è costituita da:

- Dirigenti n. 124 ;
- Posizioni Organizzative/Incarichi di funzione - n. 2.

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

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

TIPOLOGIA DI INCARICO GESTIONALE	NR. DIRIGENTI
Incarico di direzione di struttura complessa	18
Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale	0
Incarico di direzione di struttura semplice afferente a struttura complessa	20

TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE AREA SANITA'	NR. DIRIGENTI
Incarico di altissima professionalità sovra dipartimentale C1	3
Incarico di altissima professionalità C2	6
Incarico di alta specializzazione C3	16
Incarico di consolidata professionalità C4	25
Incarico professionale di base D	22

TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE AREA PTA	NR. DIRIGENTI
Incarico di natura professionale elevata C2	1
Incarico di consolidata professionalità C3	0
Incarico di natura professionale C4	0
Incarico professionale di base D	3

### 3) DIMENSIONI DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

La tabella sotto indicata rappresenta l'ampiezza media dei Dipartimenti misurata in termini di FTE (dati disponibili al 31.12.2021).

STRUTTURA	FTE Dirigente	FTE Comparto
Dipartimento di Tutela e Salute Animale	22,76	102,14
Dipartimento Sicurezza Alimentare	17,63	85,01
Dipartimento Area Territoriale Lombardia	30,71	81,50
Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna	26,72	73,26
Dipartimento Amministrativo	5	78,58
Strutture in Staff alla Direzione Generale	6	21,44
Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria	9,50	20,24

## PARTE FUNZIONALE

Si segnala che l'attuale struttura organizzativa è funzionale al conseguimento degli obiettivi e delle strategie per la creazione di VP, per cui al momento non sono previste misure/azioni organizzative ulteriori rispetto a quelle già messe in atto dall'Amministrazione.

## SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

## Sottosezione "Organizzazione"

## Azione organizzativa

## Indicatori delle azioni organizzative

Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP1.AS 1.ORG1	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS 1.ORG2	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS 1.ORG3	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS 1.ORG4	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS 1.ORG5	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											

## SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

## Sottosezione "Organizzazione"

## Azione organizzativa

## Indicatori delle azioni organizzative

Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2.AS 2.ORG1	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP2.AS 2.ORG2	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP2.AS 2.ORG3	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP2.AS 2.ORG4	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP2 per il prossimo triennio											

## 3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### PREMESSA

Nella presente SottoSezione sono indicate le strategie legate allo sviluppo del modello innovativo di organizzazione del lavoro, anche da remoto e prevede due parti, una generale e una funzionale.

### PARTE GENERALE

Il lavoro agile (o smart working), disciplinato sin dalla Legge n.124/2015 (art.14), è stato introdotto durante l'emergenza pandemica dall'art. 87 del D.L. n.18/2020 come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione nel pubblico impiego, al fine ultimo di prevenire ed arginare il rischio di contagio da Covid-19. La maggiore sicurezza conferita al lavoro in presenza, unitamente alla esigenza di consentire alle Pubbliche Amministrazioni di operare al massimo delle proprie capacità al fine di dare supporto alla ripresa delle attività produttive e alle famiglie, ha indotto il Governo con il DPCM 23.9.2021 a ripristinare il lavoro in presenza quale modalità ordinaria della prestazione lavorativa, a decorrere dal 15.10.2021.

Resta ferma, in ogni caso, la disciplina di cui all'art. 14 della citata Legge n.124/2015 (così come modificato con il Decreto Legge n.52/2021, convertito con Legge n.87/2021), in forza del quale nelle Pubbliche Amministrazioni, in assenza di adozione di un Piano organizzativo del lavoro agile, tale modalità di erogazione della prestazione lavorativa "si applica almeno al 15% dei dipendenti, ove lo richiedano". Tenuto conto delle prescrizioni normative e dell'esigenza di potenziare l'apparato amministrativo al fine di garantire l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, è stato importante in Istituto consentire, dal 2021, il graduale rientro in presenza dei dipendenti, nel pieno rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid19 impartite dalle competenti autorità. Contestualmente si è riconosciuta fin da subito la rilevanza del fatto che il lavoro agile sia ricondotto entro progetti chiari e coordinati, ancorandolo ad obiettivi precisi e al monitoraggio dei risultati, fermo restando che tale modalità potrà essere attivata solo per processi e attività di lavoro previamente individuati dall'Istituto, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. È evidente, infatti, che l'accesso a tale modalità di lavoro non può in nessun caso pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi resi all'amministrazione a favore degli utenti.

L'accesso a forme di lavoro agile (o più in generale di lavoro a distanza) nel corso degli anni 2021 e 2022 (fino al 31.10.2022) può così essere compendiate:

Smart Working emergenziale dal 01.11.2021 al 31.10.2022	Fruita da n. 49 dipendenti	Totale giorni fruiti n.1322
--	----------------------------	-----------------------------

La normativa sul punto ha un carattere piuttosto mutevole, basti pensare alle recenti innovazioni di cui alla Legge n. 122/2022 e alle statuizioni del CCNL del personale dei ruoli non dirigenziali del 2.11.2022.

**In attesa anche di una declinazione da parte della contrattazione collettiva integrativa, per regolamentare in via temporanea lo svolgimento del lavoro agile, nel rispetto di principi di programmazione e progettualità del lavoro, di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, nonché di parità di trattamento e di non discriminazione, l'Istituto si è dotato di indicazioni operative trasmesse agli operatori, volte ad assicurare un'applicazione rispettosa e omogenea della disciplina.**

## PARTE FUNZIONALE

Si segnala che al momento l'attuale struttura organizzativa del lavoro agile è funzionale al conseguimento degli obiettivi e delle strategie per la creazione di VP, per cui al non sono previste misure/azioni organizzative di lavoro agile ulteriori rispetto a quelle già messe in atto dall'Amministrazione.

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Lavoro Agile"												
Condizionalità												
Fattori abilitanti												
Azione organizzativa agile						Indicatori delle azioni organizzative agili						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP1.AS1.AGIL1	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.AGIL2	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.AGIL3	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.AGIL4	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.AGIL5	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Lavoro Agile"												
Condizionalità												
Fattori abilitanti												
Azione organizzativa agile						Indicatori delle azioni organizzative agili						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2.AS2.AGIL1	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.AGIL2	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.AGIL3	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.AGIL4	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP2 per il prossimo triennio											

## 3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

---

### PREMESSA

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

### PARTE GENERALE

L'individuazione del fabbisogno di personale è stata preceduta da una puntuale analisi dei compiti complessivamente assolti dall'IZSLER, in quanto assegnati dalla vigente normativa e dagli enti cogenerenti (Stato, regione Lombardia e Emilia Romagna) in termini di competenze, attività, prestazioni erogate e professionalità richieste, sia a livello qualitativo che quantitativo.

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

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

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

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

MACRO PROCESSI	PRINCIPALI ESIGENZE FUTURE
1)processi relativi alle risorse economiche-finanziarie 2)processi relativi alle risorse umane 3)processi relativi alle risorse strutturali e tecnologiche 4)processi relativi di approvvigionamento 5)processi relativi ai servizi trasversali 6)processi di supporto alla governance 7)processi sanitari nell'ambito della Sanità Animale/One Health 8)processi sanitari nell'ambito della Sicurezza Alimentare 9)processi sanitari nell'ambito del Benessere Animale 10)processi sanitari nell'ambito della Ricerca 11)processi sanitari nell'ambito della Epidemiologia e statistica	1-2)I relativi processi sono supportati da adeguati profili professionali di competenza 3)Ingegnere analista informatico a supporto dell'attività di Classyfarm 4-6)I relativi processi sono supportati da adeguati profili professionali di competenza 7)Personale di comparto (n.2 unità) e dirigente ( n.2 unità) a tempo determinato per Laboratorio SmeL e AREG 8)I relativi processi sono supportati da adeguati profili professionali di competenza 9)Personale di comparto a tempo determinato addetto all'assistenza dell'utenza Classyfarm ( n.2 unità) 10-11) I relativi processi sono supportati da adeguati profili professionali di competenza

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

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

Si allega:

Allegato D1 - EX PTFP 2023-2025

Allegato D2 - RELAZIONE.

## PARTE FUNZIONALE

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

Figura Tab.VP1.AS1.PERS -VP2.AS2.PERS



**STRATEGIA PER SOSTENERE IL VP1 e VP2: una corretta pianificazione e programmazione delle risorse umane in termini quantitativi e qualitativi genera un'organizzazione più efficiente, in grado di offrire un miglioramento dei servizi per il soddisfacimento degli stakeholders.**

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

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Fabbisogno di personale"												
Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Base line 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP1. AS1. PER S1	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprire le attività	Dott. Giuseppe Meriardi	Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria e SAQ	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE						Data Base interni Personale
VP1. AS1. PER S2	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprire le attività	Dott. Giuseppe Meriardi	Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria e SAQ	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE						Data Base interni Personale
VP1. AS1. PER S3	Reclutamento personale Dirigente a supporto attività Classyfarm	Dott. Giovanni Loris Alborali	Classyfarm	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	n. dirigente analista informatico tramite concorso pubblico	-	1	1	1	Data Base interni Personale
VP1. AS1. PER S4	Reclutamento personale Comparto a supporto attività Classyfarm	Dott. Giovanni Loris Alborali	Classyfarm	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	n. comparto Cat. C/D tramite concorso pubblico ( n.2 unità tempo determinato)	7	9	9	9	Data Base interni Personale
VP1. AS1. PER S5	Reclutamento dirigente biologo a tempo determinato a supporto delle attività bioinformatiche relative al sequenziamento	Dott. Stefano Pongolini	Areg	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	n. dirigente biologo tramite selezione pubblica	-	1	1	1	Data Base interni Personale

NOTE: I Target inseriti sono frutto di una stima sulla base dei dati attualmente disponibili suscettibili di eventuali modifiche/integrazioni

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione "Fabbisogno di personale"

Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2. AS2. PER S1	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giuseppe Merialdi	Strutture ininteressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSION ALE	n.di personale addetto alla ricerca sanitaria ( ricercatore sanitario cat. Ds - Collaboratore professional e di ricerca sanitaria cat. D)	62	67	67	67	Da ta Ba se in ter ni Pe rso nal e
VP2. AS2. PER S2	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giuseppe Merialdi	Strutture ininteressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSION ALE						
VP2. AS2. PER S3	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giuseppe Merialdi	Strutture ininteressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSION ALE						
VP2. AS2. PER S4	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	Dott. Giuseppe Merialdi	Strutture ininteressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annua le	SALUTE PROFESSION ALE						

NOTE: I Target inseriti sono frutto di una stima sulla base dei dati attualmente disponibili suscettibili di eventuali modifiche/integrazioni

## 3.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - FORMAZIONE DEL PERSONALE

### PREMESSA

La Formazione si configura come una delle missioni più importanti al fine di soddisfare il fabbisogno formativo in coerenza con le performance aziendali, progettando interventi formativi *ad hoc* e corsi accreditati ECM. La formazione in Istituto intende favorire l'incremento dell'efficacia e dell'efficienza operativa, ma anche favorire il cambiamento e il radicamento dei necessari cambiamenti culturali, per soddisfare al meglio le esigenze degli stakeholders. In questo senso la formazione opera attraverso azioni ed interventi sugli asset intangibili dell'organizzazione, competenze e comportamenti, logiche operative e cultura organizzativa. Sulla base di questi presupposti si articola l'offerta annuale di formazione che si concretizza nel Piano annuale della formazione (PAF). Il PAF descrive le azioni a supporto delle linee strategiche di sviluppo del capitale umano, i cui contenuti sono elaborati sulla base della procedura di riferimento prevista dal Sistema Gestione Qualità, a partire dai risultati delle attività formative messe a punto nell'anno precedente e dall'analisi e la rilevazione dei fabbisogni formativi.

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

### PARTE GENERALE

L'Istituto per l'individuazione delle priorità strategiche formative procede come segue:

- 1) un'attenta analisi del contesto interno che consente di mappare il fabbisogno formativo relativo alle:
  - competenze da acquisire per lo svolgimento di attività in un'ottica di implementazione del Valore Pubblico;
  - competenze da acquisire per poter gestire in maniera adeguata la Sanità Pubblica Veterinaria;
  - competenze da acquisire identificate dai singoli operatori in funzione delle loro specifiche necessità di sviluppo professionale;
- 2) la programmazione di un Piano della formazione che sia da un lato in linea con le politiche e la programmazione strategica dell'IZSLER, dall'altro sia in grado di accompagnare il personale e l'amministrazione nel suo complesso verso l'innovazione e la sostenibilità di tutte le attività e i servizi che caratterizzano l'istituto;
- 3) il monitoraggio della formazione per mettere in atto eventuali azioni correttive, rimodulare interventi formativi sulla base di esigenze non previste;
- 4) la valutazione della formazione per verificare gli obiettivi raggiunti;
- 5) la rendicontazione della formazione per informare da un lato utenti e stakeholder interni ed esterni del lavoro svolto, dall'altro per diffondere buone pratiche e l'importanza della condivisione come presupposto per il miglioramento continuo e la realizzazione di quel cambiamento finalizzato alla creazione di valore pubblico.

Si rileva, inoltre, che, in chiave prospettica, la formazione da somministrare al personale in termini di priorità strategiche nonché riqualificazione e aggiornamento delle competenze (reskill and upskill), dovrà essere definita avendo a riferimento la mappatura delle competenze che dovrà orientare le prossime strategie di programmazione del fabbisogno di personale in maniera più integrata, a partire da un modello di competenze che prevede lo sviluppo di:

- a) competenze strategiche, tra cui quelle relative alle competenze manageriali;
- b) competenze trasversali, comuni a tutto il personale;
- c) competenze specialistiche del personale;
- d) competenze obbligatorie;
- e) competenze necessarie al personale neo-assunto o neo inserito, sia esso del comparto che della dirigenza.

Nel triennio 2023-2025, coerentemente alle strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, nonché a quanto definito dal DL 80/2021, art. 6 lettera b, la pianificazione delle attività formative sarà gradualmente orientata al perseguimento degli obiettivi formativi finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera.

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

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

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

Si allega:

Allegato E1 - EX PIANO ANNUALE FORMATIVO.

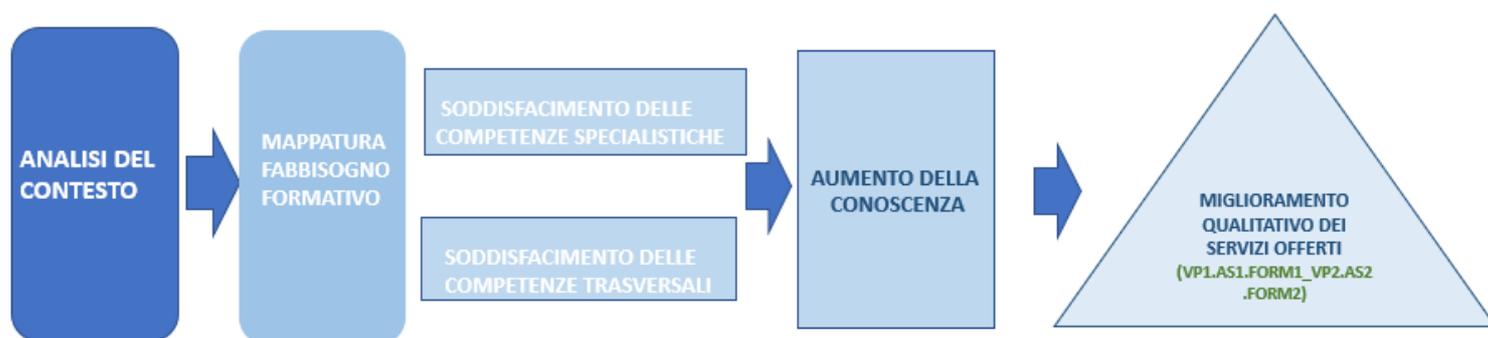
## PARTE FUNZIONALE

La formazione riveste dunque un ruolo fondamentale come strumento in grado di favorire e diffondere i processi di apprendimento e la creazione di una comunità di conoscenza che può costituire un patrimonio comune e condiviso, al fine di realizzare un cambiamento culturale delle politiche dell'ente volto al miglioramento del benessere e della qualità della vita di utenti e stakeholder.

In quest'ottica la formazione assolve a **un duplice compito, da una parte agisce internamente per promuovere e proteggere la salute organizzativa e professionale dell'ente, dall'altra produce un impatto indiretto in termini di benessere sanitario-economico sui destinatari delle politiche dei servizi, tramite il miglioramento dei servizi offerti. La formazione diventa quindi la leva del cambiamento per la creazione di VP.**

Per il VP1e VP2 questo si traduce nel **sostenere e proteggere il Valore Pubblico generato** attraverso una programmazione formativa interna in grado di soddisfare il fabbisogno di competenze, ma anche offrendo un servizio di formazione esterna, **al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti**, come sotto specificato:

Figura Tab.VP1.AS1.FORM - VP2.AS2.FORM



**STRATEGIA PER SOSTENERE E PROTEGGERE IL VP1:** miglioramento delle competenze del personale nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria, con riguardo all'applicazione degli aggiornamenti normativi in materia di sicurezza alimentare, dei decreti attuativi in materia di sanità animale e delle metodiche analitiche. Per il sistema Classyfarm sono programmati corsi di formazione per aumentare la conoscenze degli operatori.

**STRATEGIA PER SOSTENERE E PROTEGGERE IL VP2:** miglioramento delle competenze scientifiche e tecniche del personale addetto alla ricerca sanitaria, al fine di rafforzare la qualità della ricerca in Izslser, tramite percorsi di formazione mirati.

Per realizzare la strategia sopra descritta l'Istituto ha programmato all'interno del piano formativo i seguenti percorsi di formazione:

Per il prossimo anno si affronterà l'accompagnamento del sistema sanitario e della sanità pubblica veterinaria in particolare nella applicazione del Regolamento UE 2017/625 in applicazione dal 14 dicembre 2019 concernente i controlli ufficiali lungo la filiera agroalimentare e del regolamento UE 2016/429 in applicazione dal 21 aprile 2021, relativo alla normativa quadro in materia di sanità animale, come qui sotto evidenziato:

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione "Formazione del personale"

Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP1. AS1 .FOR M1	Miglioramento delle competenze inerenti la sicurezza alimentare (aggiornamento normativa)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SICUREZZA ALIMENTARE	Formazione	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulla sicurezza alimentare	25	29	32	33	Data base interni formazioni
VP1. AS1 .FOR M2	Miglioramento delle competenze inerenti la sanità animale (decreti attuativi)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SANITA' ANIMALE	Formazione	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulla sanità animale	28	32	34	35	Data base interni formazioni
VP1. AS1 .FOR M3	Miglioramento delle competenze inerenti tecniche analitiche	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	METODI PROVA	Formazione	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulle tecniche analitiche	27	30	33	35	Data base interni formazioni
VP1. AS1 .FOR M4	Miglioramento delle competenze inerenti CLASSYFARM	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	CALSSYFARM	Formazione	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi su CLASSYFARM	20	20	20	20	Data base interni formazioni
VP1. AS1 .FOR M5	Non sono programmati corsi sepecifici di formazione	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	AREG	Formazione	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE		-	-	-	-	Data base interni formazioni

NOTE: nella programmazione dei corsi viene sempre riproposta la formazione base

Per il VP2 questo si traduce nel sostenere e proteggere il Valore Pubblico generato, attraverso una programmazione formativa in grado di soddisfare il fabbisogno di competenze tecniche-scientifiche, **al fine di promuovere, rafforzare e innovare la ricerca**, come sotto specificato:

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione "Formazione del personale"

Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Fonte
VP2. AS2. FOR M1.2. 3.4	Miglioramento competenze per il personale addetto alla ricerca tramite corsi mirati	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	RICERCA	Formazione	Annua le	SALUTE PROFESSIONALE	n. corsi sulla ricerca in IZSLER	5	7	7	7	Data base interni formazioni

La formazione del personale della ricerca procederà, come nell'ultimo anno, con incontri di formazione specifici per le varie funzioni oltre che aggiornamenti mediante la formazione a distanza per le nuove assunzioni.

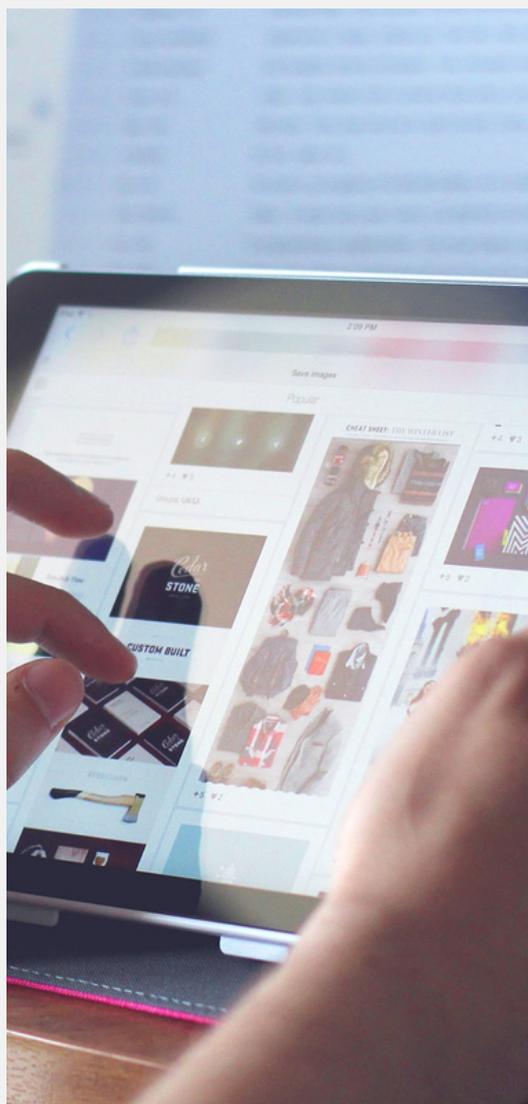
# SEZIONE 4 - MONITORAGGIO



## SOTTOSEZIONI

---

### 4.1 Monitoraggio integrato



## 4.1 MONITORAGGIO INTEGRATO

---

Per realizzare il monitoraggio delle sottosezioni del presente PIAO, l'Istituto predispone il Report del PIAO, che evidenzia a consuntivo con riferimento all'anno precedente i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse allocate con rilevazione degli scostamenti.

Il Report del PIAO, dovrà contenere i seguenti dati:

1. Monitoraggio integrato relativo al Valore Pubblico;
2. Monitoraggio obiettivi istituzionali, trasversali e individuali;
3. Monitoraggio attuazione obblighi in tema di prevenzione corruzione e trasparenza e dell'effettiva capacità della strategia programmata di contenimento del rischio corruttivo;
4. Rilevazione della soddisfazione degli utenti sul Valore Pubblico;
5. Monitoraggio dell'attuazione della programmazione del fabbisogno di personale e la verifica della relativa spesa;
6. Monitoraggio dell'attuazione del Piano digitalizzazione e la verifica della relativa spesa;
7. Monitoraggio dell'attuazione del Piano annuale formativo e la verifica della relativa spesa;
8. Monitoraggio dell'attuazione del lavoro Agile;
9. Monitoraggio dell'attuazione del GEP e dell'ex PAP;
10. Analisi della sostenibilità economica-finanziaria.

Il monitoraggio verrà svolto in modo integrato e sarà supportato da un applicativo informatico che permetterà la raccolta dei dati provenienti dai diversi processi delle relative sezioni/sottosezioni, la visualizzazione e la comunicazione interna ed esterna e dei risultati raggiunti.

A tal fine è necessario strutturare il monitoraggio su due livelli, come di seguito precisato:

- Il Monitoraggio analitico, sarà gestito dai Responsabili delle varie sottosezioni che invieranno le relative relazioni al COGEP per la rendicontazione degli esiti;
- Il Monitoraggio sintetico, sarà gestito dal COGEP che ne darà conto nel Report del PIAO.

Il monitoraggio della sezione "Valore Pubblico" e "Performance" avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1 lett b del D Lgs 150/2009. Per la Performance gli indicatori sono monitorati semestralmente, sulla base degli obiettivi del PIAO approvato a gennaio dell'anno precedente.

La misurazione del Valore Pubblico, invece, avviene su base triennale, con monitoraggi annuali.

Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" avverrà secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dal Nucleo di Valutazione.

Si precisa inoltre che qualora nel corso dell'anno si verificasse la necessità di effettuare delle piccole modifiche tali per cui da non modificare in modo sostanziale i contenuti del presente documento, le stesse potranno essere adottate con decreto del Direttore Generale.

## DIALOGO CON GLI STAKEHOLDER: "PIAO sintetico interattivo"

Nell'ottica di una comunicazione proattiva e un dialogo costante con i nostri Stakeholder, l'Istituto ha costruito uno strumento di comunicazione interattivo dei contenuti, "PIAO sintetico interattivo" che è raggiungibile dal sito dell'Istituto ( [www.izsler.it](http://www.izsler.it)).

The screenshot shows the web portal for the IZSLER PIAO 2023-2025. The page has a blue header with the IZSLER logo and a search icon. A navigation menu on the left lists sections: 1. Presentazione, 2. Scheda Anagrafica, 3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, 4. Organizzazione e Capitale Umano, and 5. Monitoraggio. The main content area features the title "IZSLER - P.I.A.O. 2023-2025" and a welcome message: "Benvenuto nel portale del PIAO dell'IZSLER". Below this, it states that the PIAO is the "documento unico di programmazione e governance" of the Institute. A video player is embedded at the bottom with the text "Che cos'è IL PIAO" and a play button icon. The video player also includes a "Copia link" button and a "Show tour" button.

## CONCLUSIONI

La realizzazione degli obiettivi dell'Istituto, finalizzati alla creazione di Valore Pubblico, rendono oggi più che mai necessario il rafforzamento della nostra capacità amministrativa al fine di attuare con maggiore determinazione un cambiamento culturale e di prospettiva che porterà nel tempo alla piena e concreta integrazione tra tutti gli strumenti di gestione a disposizione del management aziendale. A supporto delle proprie strategie, l'Istituto dovrà puntare ad obiettivi di semplificazione, digitalizzazione e reingegnerizzazione dei processi, all'integrazione tra sistemi informativi e informatici e, da ultimo, ma non per importanza, ad una migliore gestione e riqualificazione del proprio capitale umano.

Il PIAO punta quindi ad esporre in modo semplice e chiaro il filo conduttore che lega tutti gli aspetti strategici dell'Istituto, integrando i molteplici documenti di pianificazione e programmazione. Con il PIAO l'Istituto risponde quindi all'esigenza di maggiore flessibilità degli attuali sistemi di programmazione, evidenziata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dai recenti mutamenti di contesto.

Un sentito ringraziamento a tutti coloro che hanno partecipato alla realizzazione del PIAO 2023-2025 mostrando dedizione, impegno e spirito di squadra.

Direttore Generale  
Dott. Piero Frazzi

# ALLEGATI

<b>SEZIONE 2.1 - SOTTESEZIONE VALORE PUBBLICO</b>	
A1	CRUSCOTTO DI ENTE 2023 2025
<b>SEZIONE 2.2 - SOTTESEZIONE PERFORMANCE</b>	
B1	PIANO TRIENNALE PER LA DIGITALIZZAZIONE 2023 2025
B2	GENDER EQUALITY PLAN 2023 2025
B3	EX PIANO AZIONI POSITIVE 2023 2025
<b>SEZIONE 2.3 - SOTTESEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b>	
C1	EX PTPCT 2023-2025 E DOCUMENTI ALLEGATI

**SEZIONE 3.1 - SOTTESEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

NESSUN ALLEGATO

**SEZIONE 3.2 - SOTTESEZIONE ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE**

NESSUN ALLEGATO

**SEZIONE 3.3 - SOTTESEZIONE PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE**

D1	EX PTFP 2023 2025
----	-------------------

D2	RELAZIONE
----	-----------

**SEZIONE 3.4 - SOTTESEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE**

E1	EX PIANO ANNUALE FORMATIVO
----	----------------------------

