

P.I.A.O. 2024 -2026



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

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE



Indice

PRESENTAZIONE	1
Struttura del PIAO	2
Infografica sul Valore Pubblico	5
Criteri di qualità del documento	8
Criteri di qualità del processo di predisposizione del PIAO e dei soggetti coinvolti	8
Cronoprogramma delle attività	9
 SEZIONE N.1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	 10
Chi siamo	11
Cosa facciamo	14
Come operiamo	17
 SEZIONE N.2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	 21
 2.1 - Sottosezione di programmazione – Valore Pubblico	 22
Analisi del contesto	22
Proposta di IZSLER alle nuove sfide: dall'approccio one health verso il planetary health	26
Analisi degli ambiti di intervento	27
Stakeholder management	34
Aree strategiche	35
Analisi rischi integrata	37
Dall'analisi del contesto all'individuazione del Valore Pubblico	38
Strategia per generare Valore Pubblico	42
Quanto Valore Pubblico creato	45
Integrazione obiettivi del CGP con la pianificazione economico finanziaria	52
Protezione del Valore Pubblico	52
Confronto con gli Stakeholder	52
 2.2 - Sottosezione di programmazione – Performance	 53
Premessa	53
Parte Funzionale	53
Parte Generale	59
 2.3 - Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza	 59
Premessa	59
Parte Funzionale	59
Parte Generale	66

Indice

SEZIONE N.3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	64
3.1 - Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa	69
Premessa	69
Parte Funzionale	69
Parte Generale	71
3.2 - Sottosezione di programmazione –Organizzazione del Lavoro Agile	72
Premessa	72
Parte Funzionale	72
Parte Generale	73
3.3 - Sottosezione di programmazione – Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	74
Premessa	74
Parte Funzionale	74
Parte Generale	76
3.4 - Sottosezione di programmazione – Formazione	79
Premessa	79
Parte Funzionale	79
Parte Generale	81
SEZIONE N.4 - MONITORAGGIO	90
4.1 - Monitoraggio integrato	91
Dialogo con gli Stakeholder - PIAO sintetico e interattivo	93
CONCLUSIONI	94
TABELLA ALLEGATI	95

PRESENTAZIONE

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

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

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

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

In un'ottica complessiva di integrazione e semplificazione, l'Istituto arricchisce il presente PIAO anche del Gender Equality Plan (GEP) e del Piano Triennale per l'informatica 2024-2026:

- 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. Tale Piano è lo strumento essenziale per promuovere la trasformazione digitale della PA, declinando nella digitalizzazione le varie attività e le informazioni, sia per favorire lo sviluppo di una società digitale, mettendo al centro i cittadini e le imprese, che per utilizzare le nuove tecnologie digitali. La digitalizzazione della PA è stata inserita anche nel PNRR, sia nella principale e generale Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" che nella Missione 6 "Salute" quest'ultima per l'innovazione e ammodernamento delle dotazioni tecnologiche utilizzate nel SSN.

STRUTTURA DEL PIAO

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

1.Sezione Scheda anagrafica dell'amministrazione, contiene:

-i dati identificativi dell'Izslr .

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

- SottoSezione Valore Pubblico: il focus è sul Valore Pubblico che IZSLER intende generare alla luce dell'analisi del contesto, declinato nelle strategie per la sua realizzazione e misurato tramite indicatori di impatto;
- SottoSezione Performance: gli obiettivi operativi e i relativi indicatori di performance. Tale sezione è redatta secondo quanto previsto dal Capo II del Decreto Legislativo n.150/2008 e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica e si articola in due parti:
 - una parte funzionale, nella quale sono programmati gli obiettivi operativi specifici e i relativi indicatori di efficacia e di efficienza, gli obiettivi operativi trasversali direttamente funzionali a creare Valore Pubblico pianificati nella relativa SottoSezione;
 - una parte generale, nella quale sono programmati gli obiettivi istituzionali e trasversali, legati al mandato istituzionale, indirettamente funzionali alla generazione di Valore Pubblico, che 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 la digitalizzazione;
 - obiettivi operativi trasversali di piena accessibilità;
 - obiettivi operativi trasversali di pari opportunità, di equilibrio di genere e di benessere organizzativo; in tale ambito sono inseriti, anche in forma di obiettivi e indicatori, i contenuti dell'ex PAP e del GEP;
 - obiettivi operativi trasversali di efficientamento energetico;
 - obiettivi operativi trasversali di anticorruzione e trasparenza.
- **SottoSezione Rischi corruttivi**, predisposta dal RPCT e redatta secondo quanto previsto dal PNA e negli atti di regolazione generali adottati da ANAC ai sensi della L. 6 novembre 2012 n.190 e del D Lgs 33/2013: le misure di gestione dei rischi corruttivi e di promozione della trasparenza e i relativi indicatori di gestione dei rischi corruttivi e si articola in due parti:
 - una parte funzionale, nella quale sono programmate le misure di gestione dei rischi corruttivi e i relativi indicatori direttamente funzionali a proteggere gli obiettivi di Valore Pubblico pianificati nella relativa SottoSezione.
 - una parte generale, nella quale sono programmate le misure di gestione dei rischi corruttivi indirettamente funzionali a proteggere il Valore Pubblico generabile da parte di IZSLER. Tra queste sono programmate ad esempio le misure generali e le misure specifiche trasversali.

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

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

4. Sezione Monitoraggio, contiene:

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

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

SCHEDA ANAGRAFICA

SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE - VALORE PUBBLICO

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

SOTTOSEZIONE - PERFORMANCE

SOTTOSEZIONE - RISCHI

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

SEZIONE - SALUTE (ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO)

SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)

SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)

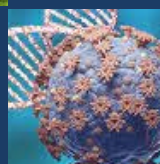
SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	SOTTOSEZIONE LAVORO AGILE	SOTTOSEZIONE FABBISOGNI DI PERSONALE	SOTTOSEZIONE FORMAZIONE DI PERSONALE
Parte generale e funzionale dell'organizzazione	Parte generale e funzionale del Lavoro Agile	Parte generale e funzionale del Piano fabbisogni personale	Parte generale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

SEZIONE MONITORAGGIO

Nelle pagine successive è illustrato un focus di sintesi sul Valore Pubblico che verrà dettagliato nelle sezioni rispettive.

**AMPLIARE L'OFFERTA DEI SERVIZI EROGATI
DALL'ISTITUTO FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO
DELLA SALUTE/BENESSERE ANIMALE, SICUREZZA
ALIMENTARE, PREVENZIONE SALUTE DAI RISCHI
AMBIENTALI/CLIMATICI E SALUTE UMANA
(LABORATORIO CLINICO)**

AMBITI



VP1

**RISORSE, ABILITA' E
TECNOLOGIA
ALL'AVANGUARDIA**

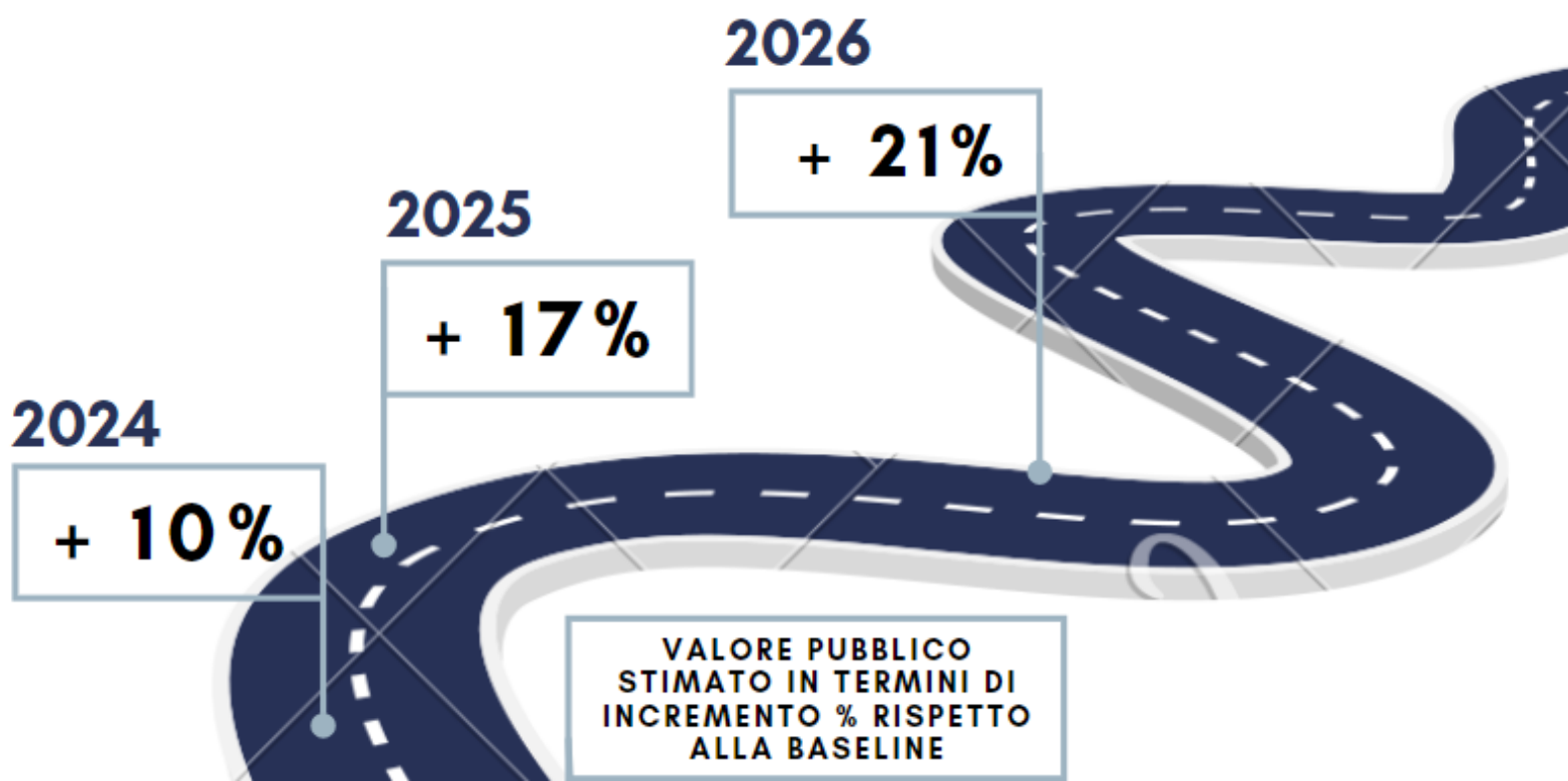
COSA MISURIAMO

IMPATTO SANITARIO:

**il nostro contributo al
miglioramento della Salute
Pubblica negli ambiti d'intervento
attraverso l'ampliamento e il
miglioramento dei servizi**

COME MISURIAMO

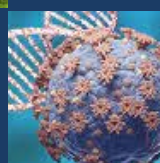
**Attraverso un METODO
SCIENTIFICO che permette la
stima del VALORE PUBBLICO
rispetto alla baseline del 2021**



**INCREMENTARE L'ATTIVITA' DI RICERCA
FINALIZZATA A PROMUOVERE NUOVE
CONOSCENZE SCIENTIFICHE PER
AFFRONTARE LE NUOVE SFIDE**



**METODO, COMPETENZE,
E COSTANTE
INNOVAZIONE**



COSA MISURIAMO

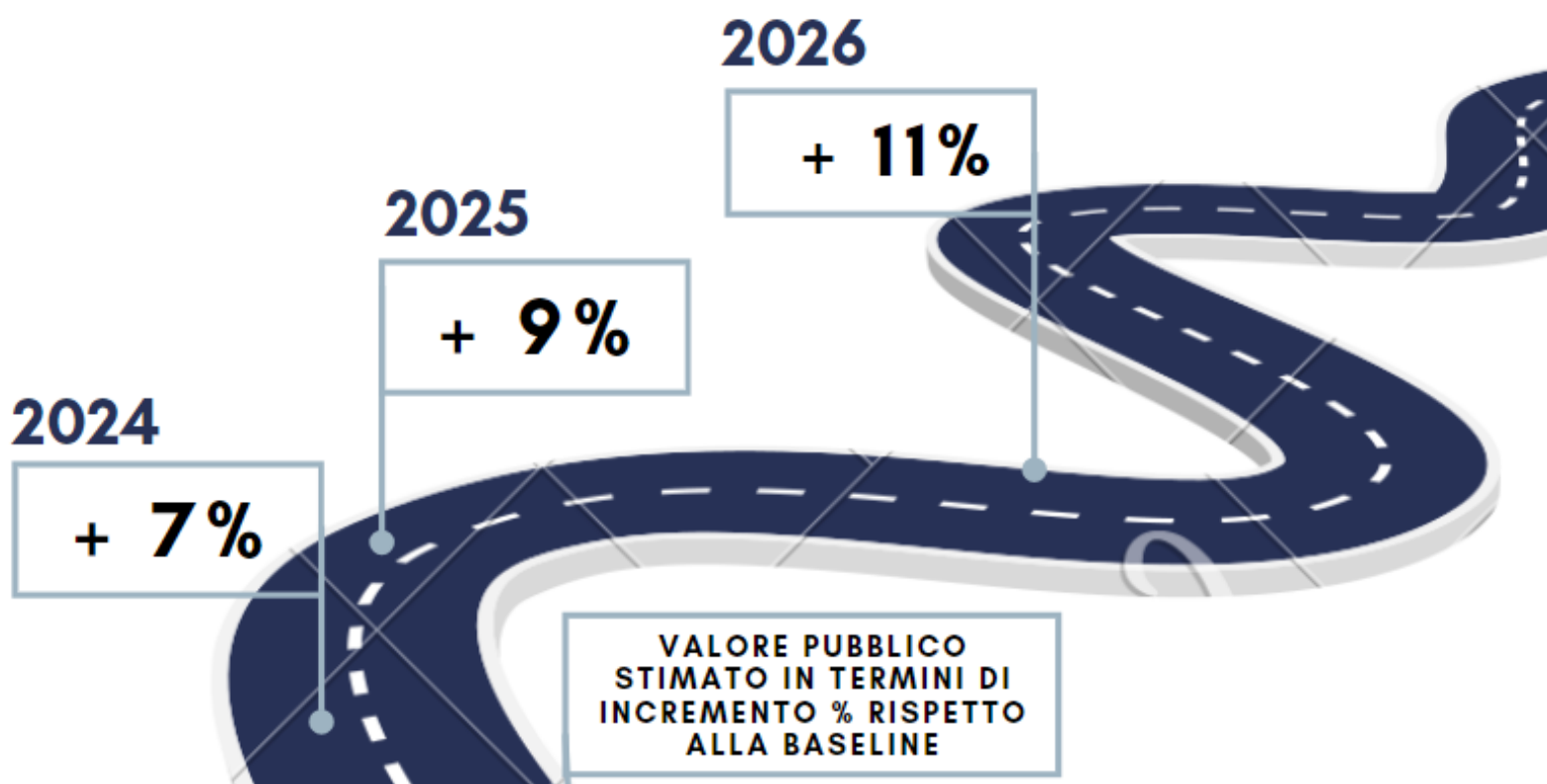
IMPATTO SCIENTIFICO:

**il nostro contributo al miglioramento
e alla diffusione di conoscenza
scientifiche attraverso nuove
competenze e risorse**

COME MISURIAMO

Attraverso un METODO

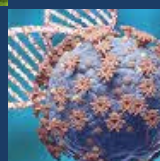
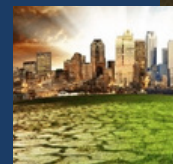
**SCIENTIFICO che permette la
stima del VALORE PUBBLICO
rispetto alla baseline del 2021**



**AUMENTARE L'ATTIVITA' FORMATIVA DI
ALTA SPECIALIZZAZIONE FINALIZZATA
ALL'APPLICAZIONE DI BUONE PRATICHE DI
SANITA' PUBBLICA**



**SKILLS,
PROFESSIONALITA'
E AGGIORNAMENTO
CONTINUO**



COSA MISURIAMO

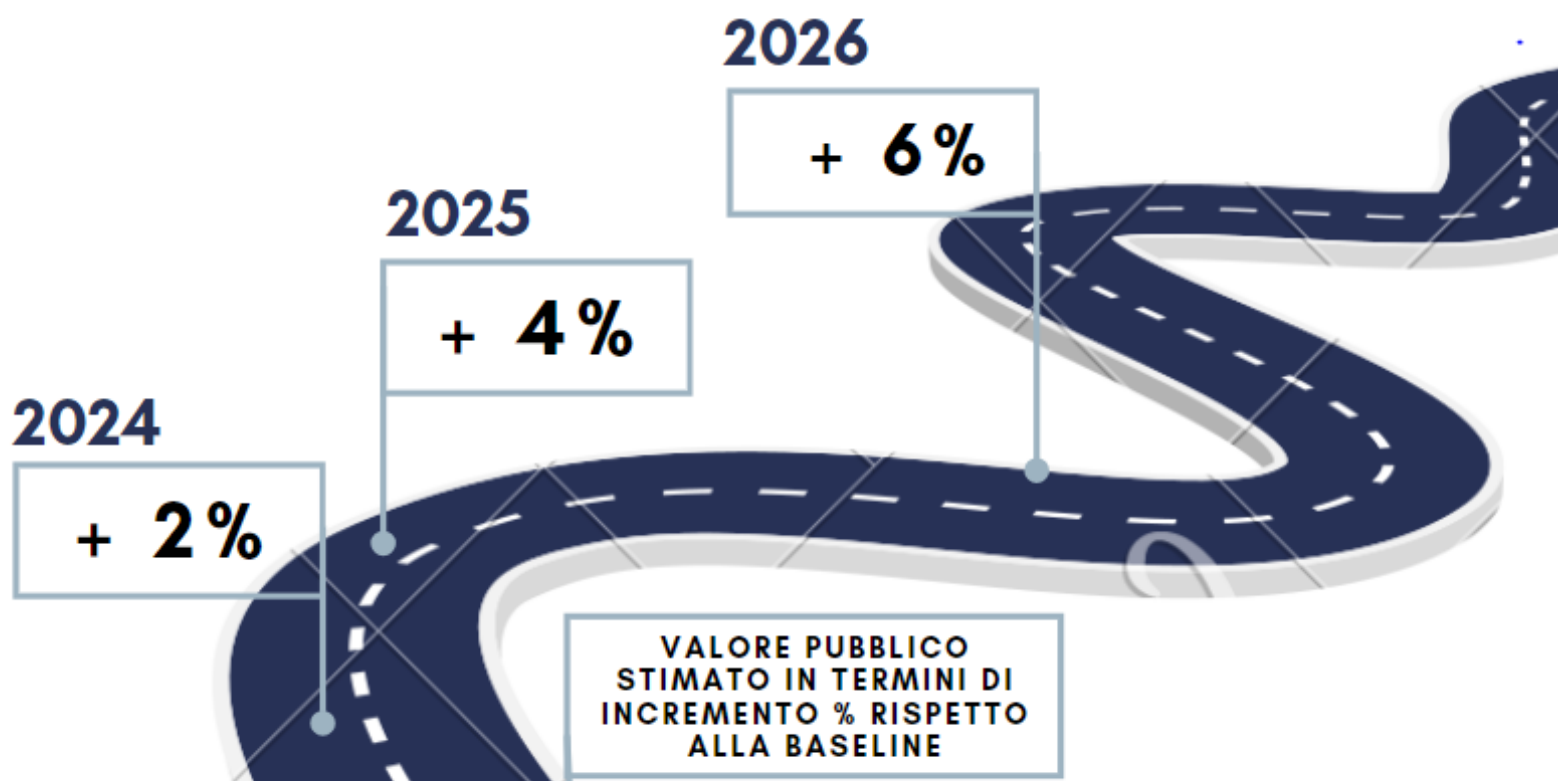
IMPATTO FORMATIVO:

**il nostro contributo all'aumento
dell'attività formativa rivolta agli
operatori della salute pubblica
attraverso competenze e
aggiornamento di alta qualità**

COME MISURIAMO

Attraverso un METODO

**SCIENTIFICO che permette la
stima del VALORE PUBBLICO
rispetto alla baseline del 2021**



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 dei soggetti

Per cogliere appieno la finalità del PIAO sono stati istituiti i sotto riportati gruppi di lavoro, volti a favorire il dialogo programmatico tra i diversi responsabili delle sezioni/sottosezioni/aree tematiche, che dovranno indirizzare e garantire negli anni, l'elaborazione e il monitoraggio del PIAO. Partecipano ai lavori dei Teams in modo trasversale anche il Servizio Assicurazione Qualità, il Gruppo di Lavoro costituitosi per l'elaborazione del GEP, con il prezioso contributo del Consiglio di Amministrazione, del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa e soprattutto degli stakeholders e utenti finali per una migliore condivisione del Valore Pubblico.

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

Criteri di qualità di processo

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

Cronoprogramma delle attività

	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO (x+1)
PROCESSO	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 e approvazione PIAO 2024-2026	Presentazione del PIAO 2024-2026
SOGGETTI	"PIAO Team funzionale" (PTF) "PIAO team tematico del VP" (PTVP) "Referenti Aree Tematiche" (RAT)	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF -PTVP -RAT Incontro con gli Stakeholders per condivisione contenuti della sezione VP (partecipazione esterna)	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF -PTVP -RAT	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF - PTVP -RAT Consiglio di Amministrazione	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF - PTVP -RAT Consiglio di Amministrazione Stakeholders Dipendenti Izsler
STRUMENTI	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 (dimesso in data 11.09.2023), Dott.ssa Flavia Piccinelli - Membro, Dott. Maurilio 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.

Sito internet istituzionale- sito WEB: www.izsler.it

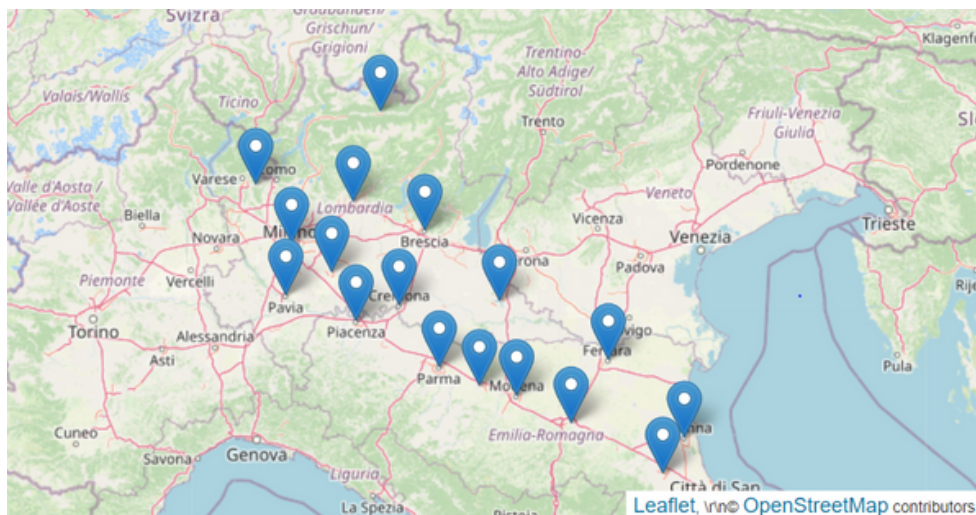
Social media: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100087222248133> -

<https://www.linkedin.com/company/649232/> -

<https://www.youtube.com/@izsler-zooprofilatticolomb5959> - Twitter Formazione: @izsler - Twitter Notizie: @izsler

Territorio di competenza

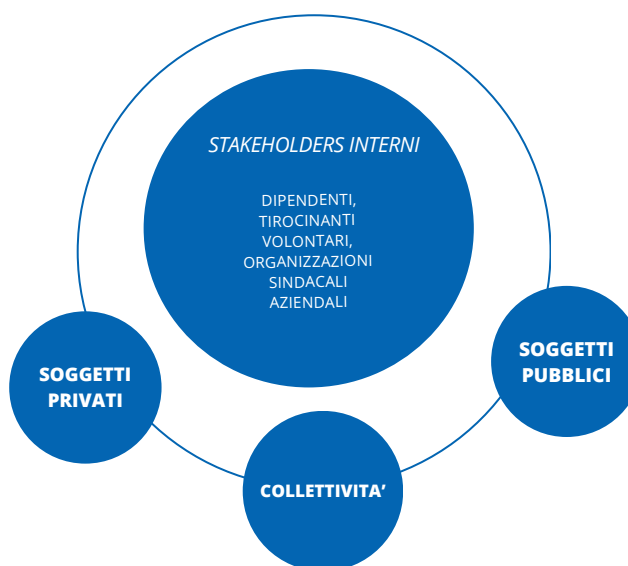
IZSLER fornisce le attività sul territorio di Lombardia ed Emilia-Romagna. Questo vasto territorio si caratterizza per la più alta densità di allevamenti di animali da reddito (bovini, suini, ovi-caprini, volatili, equini, conigli) del territorio nazionale, con 87 mila allevamenti e 120 milioni di capi.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



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

Stakeholder

Molteplici sono i soggetti portatori di interesse o stakeholders che hanno correlazioni di diversa natura con l'Istituto. Da quelli che detengono un rapporto diretto, clienti, fornitori, cittadini, a tutti gli attori le cui azioni possono 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 720 dipendenti con diverse professionalità e competenze: Medici Veterinari, Biologi, Biotecnologi, Chimici, Ingegneri, Informatici, Tecnici Sanitari ed Amministrativi.



Risorse finanziarie e immobiliari

IZSLER vanta una buona situazione finanziaria, con i seguenti dati medi calcolati nell'ultimo quinquennio: utile di bilancio: € 7.290.489/anno; investimenti € 6.061.403/anno, una liquidità di € 162.909.398, un patrimonio di € 209.241.441. Nel 2022 l'Istituto ha investito in immobilizzazioni immateriali e materiali la somma di € 11.199.702, segno di solidità economica e che evidenziano lo sforzo continuo 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) nelle specie da affezione e nella fauna selvatica. Le prestazioni non si limitano alle sole analisi di laboratorio, ma comprendono anche il supporto epidemiologico e la collaborazione tecnico scientifica alle autorità sanitarie. Le attività analitiche sono erogate verso le autorità sanitarie, gli Enti di gestione della fauna selvatica, i veterinari di campo, gli allevatori ed i proprietari di animali da affezione.

Sicurezza alimentare



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

Benessere animale



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

Ricerca



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

AMBITI DI INTERVENTO

Prevenzione salute dai rischi ambientali



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

Salute umana



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

Formazione



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

IZSLER IN CIFRE

	ATTIVITA' (periodo considerato dal 2019 al 2022)
Sanità animale	2.500.000 esami/anno
Sicurezza alimentare	2.100.000 esami/anno
Alimenti zootecnici	50.000 esami/ anno

LE PRODUZIONI IZSLER

Reagenti	circa 800.000 €/anno
Vaccini Stabulogeni	circa 513.000 €/anno
Materiali della biobanca	circa 57.000 €/anno
Antigeni	circa 45.000 €/anno

LA PRODUZIONE SCIENTIFICA

Progetti di ricerca	Alla data del 30.10.2023 sono in corso n. 133 progetti di ricerca, tra progetti di ricerca competitivi (progetti di ricerca Finalizzati, Europei) e non competitivi (Progetti di ricerca Corrente e Autofinanziati). Nel corso dell'anno l'Istituto ha avviato attività relative al Grant Office, la sua funzione è quella di supportare i ricercatori dell'IZSLER nell'intero percorso legato all'ottenimento di un <i>Grant</i> : dalla ricerca dei bandi, allo sviluppo del progetto fino alla fase di monitoraggio e rendicontazione.
Pubblicazioni scientifiche	Nel 2022 i ricercatori IZSLER hanno pubblicato n.136 articoli scientifici su riviste internazionali con IF. (A settembre 2023 le pubblicazioni risultano essere n. 105). L'IF totale dell'istituto è 564, il tasso di crescita negli ultimi 5 anni è pari al 18%.
Personale addetto alla ricerca	Alla data del 31.10.2023 , il personale addetto alla ricerca sanitaria è composto da: n. 27 Collaboratori Professionale di ricerca sanitario cat. D n. 33 Ricercatori Sanitario cat. Ds

COME OPERIAMO

QUALITÀ ED ALTA FORMAZIONE CONTINUA

ACCREDITAMENTO ISO/IEC 17025	IZSLER è un laboratorio multisito accreditato dall'ente certificatore ACCREDIA 
FORMAZIONE ACCREDITATA	La struttura FORMAZIONE dell'IZSLER è provider ECM delle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna e Organizzatore di eventi accreditati nel Sistema ECM Nazionale da novembre 2013 ha acquisito la qualifica di Provider ECM Nazionale Standard. Avendo quindi sostenuto con successo le verifiche ispettive della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ed essendo dotata di una struttura conforme ai requisiti richiesti dalla Commissione, in qualità di soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, è abilitata a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti
I NUMERI DELLA FORMAZIONE	Nell'anno 2023 i numeri della formazione sono: • Partecipanti interni ai corsi n. 20.317; • Partecipanti esterni ai corsi n. 25.748; • Corsi erogati n.129.
STRUMENTI ALL'AVANGUARDIA	Piattaforma della formazione: https://formazione.izsler.it/



Nel 2022 l'Istituto ha festeggiato i 100 anni dalla sua fondazione.

GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE

CENTRI INTERNAZIONALI

CENTRI DI RIFERIMENTO UE

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

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

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

CENTRI DI RIFERENZA FAO

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

L'IZSLER è sede del seguente Centro:

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

CENTRO DI COLLABORAZIONE WOA

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

L'IZSLER è sede del seguente Centro:

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



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

LABORATORI DI REFERENZA WOAH

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

L'IZSLER è sede dei seguenti Laboratori:

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

CENTRI DI REFERENZA NAZIONALE (CdRN)

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

L'IZSLER è sede dei seguenti CdRN:

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



LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO (LNR)

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

L'IZSLER è sede dei seguenti Laboratori:

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

CENTRI DI REFERENZA E LABORATORI REGIONALI

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

L'IZSLER è sede dei seguenti Centri:

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



SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE



SOTTOSEZIONI

**2.1 Sottosezione di programmazione
Valore Pubblico**

**2.2 Sottosezione di programmazione
Performance**

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

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - VALORE PUBBLICO

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

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

AGENDA STRATEGICA UE

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

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

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



AGENDA ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile

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

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



WHO Global Strategy for food safety 2022-2030

In questo quadro si inserisce anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ("WHO") che ha recentemente presentato la nuova "WHO Global Strategy for food safety 2022-2030", una strategia volta ad incrementare la Sicurezza Alimentare a livello globale. La nuova strategia globale ruota intorno ai "SDG", che dovrebbero essere raggiunti collettivamente entro il 2030 dai 193 paesi parte della WHO al fine di assicurare un futuro più sostenibile per tutti. Come affermato nella strategia, la sicurezza alimentare deve essere parte integrante nella realizzazione dei SDG, specialmente degli SDG n. 2 "Zero hunger", n. 3 "Good health and well-being" e n. 8 "Decent work and economic growth", ma deve essere anche integrata nel SDG n. 1 "No poverty" e n. 12 "Responsible consumption and production". La menzionata strategia propone quindi 5 diversi paradigmi, che delineano le priorità strategiche ed i criteri guida nella revisione dei sistemi di Sicurezza Alimentare:

- 1) Rafforzare i sistemi nazionali di controllo degli alimenti e costituisce la priorità assoluta della strategia;
- 2) Identificare i rischi emergenti (approccio "forward looking").;
- 3) Incrementare l'utilizzo di informazioni della catena alimentare, evidenze scientifiche e valutazioni tecniche del rischio quando si devono prendere decisioni di risk management, in quanto il food safety risk management è, e deve essere, basato sulla scienza;
- 4) Mettere la persona nel sistema della sicurezza alimentare.



LE 12 DIMENSIONI DEL BENESSERE

1. Salute
2. Istruzione e formazione
3. Lavoro e conciliazione tempi di vita
4. Benessere economico
5. Relazioni sociali
6. Politica e istituzioni
7. Sicurezza
8. Benessere soggettivo
9. Paesaggio e patrimonio culturale
10. Ambiente
11. Ricerca e innovazione
12. Qualità dei servizi

DOMINI BES

L'Italia ha allineato agli SDG, gli indicatori di benessere equo sostenibile (BES), suddivisi in 12 domini, con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere, corredate da misure relative alle diseguaglianze e alla sostenibilità.

Gli indicatori BES sono stati introdotti nel ciclo di bilancio e nel documento di economia e finanza (DEF).

Il fine è quello di misurare e monitorare l'andamento del benessere nei vari domini e l'impatto delle politiche programmate.

NEXT GENERATION EU E IL PNRR

Nel luglio 2020, l'Unione Europea, in risposta alla crisi pandemica, ha elaborato il programma Next Generation EU (NGEU), di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme pensato per stimolare una "ripresa sostenibile, uniforme, inclusiva ed equa", volta a garantire la possibilità di fare fronte a esigenze impreviste.

In questo contesto si inserisce Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), redatto dall'Italia, come un pacchetto di investimenti e di riforme disegnati per superare le sfide ambientali, tecnologiche e sociali.



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

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

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



ANNO EUROPEO DELLE COMPETENZE

Per quanto riguarda la formazione e la valorizzazione del personale, la Presidente della Commissione europea ha annunciato l'"Anno europeo delle competenze" che durerà dal 9 maggio 2023 all'8 maggio 2024, con l'obiettivo generale di promuovere una mentalità di riqualificazione e aggiornamento professionale, aumentando la competitività.

Tale prospettiva servirà a dare un nuovo impulso alla politica di valorizzazione del capitale umano, a promuovere la riqualificazione e aggiornamento delle competenze, anche grazie ad una serie di iniziative messe in atto dal nostro paese.

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

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

RISPOSTA di IZSLER alle nuove sfide: dall'approccio ONE HEALTH verso PLANETARY HEALTH

In risposta alle sfide emergenti sopra menzionate, l'Istituto opera da diversi anni attraverso il Conceptual Framework di "ONE HEALTH". Il concetto di One Health, letteralmente "una sola salute", deriva dal concetto di One Medicine ed è stato introdotto negli anni 2000 per esprimere l'interdipendenza che unisce la salute umana a quella animale, le quali sono a loro volta connesse al corretto mantenimento dell'ecosistema in cui esistono. L'approccio One Health è un concetto multidisciplinare che prevede l'integrazione di discipline diverse, con il fine di garantire condizioni di salute ottimali sia per l'uomo, che per il mondo animale e l'ambiente. In questo contesto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) collabora con l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) e con l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) con lo scopo di riuscire a contrastare in modo efficace i rischi derivanti dall'interazione uomo/altri animali/ecosistema (per esempio rischi di sicurezza alimentare e di diffusione di zoonosi). Tale approccio è riconosciuto ufficialmente dal Ministero della Salute, dalla Commissione Europea e da tutte le Organizzazioni Internazionali (FAO, WOA, WHO, UNEP) quale strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline. Inoltre il 22 giugno 2023, è stato presentato, presso la Camera dei Deputati, l'Intergruppo Parlamentare "One Health".

Per promuovere tale approccio, l'Istituto, grazie alla pluralità di competenze presenti al suo interno, ha avviato da tempo collaborazioni multidisciplinari, attività e azioni congiunte, trasversali ai suoi settori di riferimento che ci hanno permesso di fare importanti passi avanti. Progressi significativi si sono avuti grazie all'accreditamento di un nuovo laboratorio per indagini virologiche e batteriologiche nell'ambito della sorveglianza umana (Laboratorio Clinico), che rappresenta il primo laboratorio che si occuperà di salute umana, tra gli istituti. Inoltre con l'istituzione del nuovo "Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici" (SNPS), il nostro Istituto è stato riconosciuto quale soggetto coinvolto nell'attuazione dei compiti in materia di prevenzione dei rischi ambientali e climatici. Il SNPS si occupa di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici, grazie agli interventi finanziati con il "Piano nazionale per gli investimenti complementari" al PNRR. SNPS è stato istituito superando l'approccio One Health nel più evoluto "Planetary Health", il quale rappresenta ora la nuova STRATEGIA GLOBALE, volta a contrastare efficacemente le possibili future sfide sanitarie, come più volte sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'Istituto si fa promotore di questa più ampia visione, mettendo in campo tutte le professionalità/competenze/conoscenze acquisite nel tempo per uno sviluppo sostenibile.

Nelle pagine seguenti seguirà l'**analisi del contesto degli ambiti di intervento** in formato schematico, per un ulteriore approfondimento si rimanda alla lettura integrale dell'Allegato A1.

L'analisi dal punto di vista dell'esposizione del rischio corruttivo è presente invece nella Sezione n.2, Sottosezione rischi corruttivi, parte generale.

"Planetary Health" (letteralmente "salute planetaria"), cerca di attuare "il più elevato livello di salute, benessere ed equità raggiungibile in tutto il mondo, attraverso una equilibrata governance dei sistemi politici umani, economici e sociali determinanti per il futuro dell'umanità, e dei sistemi naturali terrestri che definiscono i confini ambientali entro i quali l'umanità può svilupparsi".



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



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

Regolamento (UE) 2016/429 e successivi regolamenti attuativi comunitari e nazionali fra cui D. Lgs 136/2022.

Strategia WOAH e FAO rivolta a:

Crescente importanza delle politiche sanitarie di One Health;

Lotta alle malattie transfrontaliere.

Emergenze sanitarie in atto:

Peste suina Africana;
Influenza Aviaria ad Alta Patogenicità;

Effetto cambiamenti climatici su malattie trasmesse da vettori;

Antibiotica resistenza.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEDOLDER

Aumento della gamma dei test;

Metodi affidabili, rapidi, validati, standardizzati;

Tempestività della risposta analitica;

Maggiore dettaglio analitico (es NGS);

Strumenti analitici ed epidemiologici finalizzati alla individuazione precoce delle infezioni;

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

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Ampio coinvolgimento di IZSLER nel suo insieme;

Buon coordinamento delle attività;

Dotazione umana sufficiente;

Necessità di formazione continua per fare fronte al turn over;

Dotazione tecnologica all'avanguardia.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

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

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

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

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

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



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

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

Scenario internazionale:

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

Situazioni sanitarie emergenti o ri-emergenti

Impatto cambiamenti climatici su sicurezza alimentare;

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

Allergeni;

Tossine vegetali naturali;

Pesticidi.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEDOLDER

Aumento dei servizi in ambito di valutazione del rischio;

Estensione ed aggiornamento metodiche;

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

Ulteriore supporto nell'epidemiologia genomica dei focolai di MTA;

Supporto gestione controperizia e controversia.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Ampio coinvolgimento di IZSLER nel suo insieme;

Buon coordinamento delle attività;

Dotazione umana sufficiente

Necessità di formazione continua per fare fronte al turn over;

Dotazione tecnologica all'avanguardia.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

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

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

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

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

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

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



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

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

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

Scenario internazionale:

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

Situazioni sanitarie emergenti o ri-emergenti

Cambiamenti climatici;
Peste Suina Africana;
Antibiotico resistenza.

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEDOLDER

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

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

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

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

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

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Attività prevalentemente gestita da BRENBA e Sede Territoriale di Brescia;

Buon coordinamento delle attività con progressivo coinvolgimento altre strutture;

Dotazione umana in maggioranza non ancora stabilizzata e con alto livello di precarietà e turn over;

Notevole finanziamento IZSLER per sistema informativo Classyfarm e personale dedicato.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

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

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

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

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

Estensione dell'applicazione dei sistemi di valutazione della biosicurezza degli allevamenti suini e dei relativi piani aziendali.

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



**ANALISI DEL CONTESTO
SANITARIO
INTERNAZIONALE/
NAZIONALE**

Scenario internazionale:

l’Impegno Tripartito
Congiunto di FAO, WOA, WHO e UNEP
Obiettivi di Sviluppo
Sostenibile (SDGs) delle
Nazioni Unite
<https://sdgs.un.org/2030agenda>

Green deal EU
Farm to fork Strategy
(Commissione Europea)

Horizon Europe 2021-2027

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

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

**RICHIESTE
IMPLICITE/ESPLICITE
DEGLI STAKEDOLDER**

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

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

Ricerca etica e rispettosa di animali e ambiente;

Equità di genere nella ricerca.

**ANALISI DEL
CONTESTO INTERNO**

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

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

Recente reclutamento del personale della ricerca (62 unità ad oggi, 80 nel 2024);

Nel corso dell’anno 2023 IZSLER ha stipulato un contratto con una agenzia esterna che supporti l’Ente nelle attività di Grant Office.

**EVOLUZIONI
FUTURE/OPPORTUNITA’
DI CRESCITA**

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

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

Aumento della disseminazione dei risultati della ricerca.

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



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

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

DGR n. G1.2022.0041459 del 13/10/2022: l'Autorizzazione e ed Accreditamento del nuovo Servizio di Medicina di Laboratorio specializzato senza punto prelievi

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

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEDOLDER

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

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

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

- Monitoraggio e diagnosi delle infezioni zoonosiche.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Attività ancora in via di organizzazione

Reclutamento del personale in corso

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

Sviluppo di metodiche del Laboratorio Clinico;

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

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



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

Modifiche al contesto normativo:

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

Scenario Internazionale:

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

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEDOLDER

Capacità di IZSLER di supportare le politiche di mitigazione degli effetti del climatico sulla salute planetaria attraverso le sue competenze tecniche e scientifiche.

In particolare con la Delibera N. 183 del 13/02/2023, la Regione Emilia Romagna ha individuato per IZSLER i seguenti ambiti di azione:

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

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Attività ancora in via di organizzazione. Al momento è prevista il coinvolgimento diretto di 3 Strutture in Emilia Romagna:

- Reparto di Chimica degli Alimenti (Bologna);
- Sede Territoriale di Reggio Emilia;
- Analisi del Rischio ed Epidemiologia Genomica (Parma).

In realtà altre strutture operano già in modo più o meno formalizzato nel settore dell'interazione uomo-animali-ambiente. Ad esempio in Lombardia Il Reparto Controllo Alimenti, la Sede Territoriale di Brescia e il Reparto di Virologia sono coinvolti su attività di monitoraggio One Health su reflui urbani e pollini

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

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

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

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

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



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE

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

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

RICHIESTE IMPLICITE/ESPLICITE DEGLI STAKEDOLDER

Soprattutto sarà richiesta la formazione degli allevatori nei settori Classyfarm, biosicurezza, benessere in allevamento;

degli operatori che svolgono attività di trasporto animali e macellazione degli animali;

di eventuali altre categorie interessate a questi argomenti da altri punti di vista ad esempio: forze dell'ordine, tecnici della prevenzione.

Abbiamo anche richieste del settore veterinario per la formazione in materia di Interventi Assistiti con Animali (IAA)

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

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

E' previsto l'inserimento di un collaboratore alla ricerca per rafforzare l'organico della Struttura data la sempre crescente richiesta formativa interna ed esterna.

EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITA' DI CRESCITA

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

Sarà anche necessario individuare argomenti di One Health per la crescita del laboratorio SMEL. Formazione On Health in materia di AMR

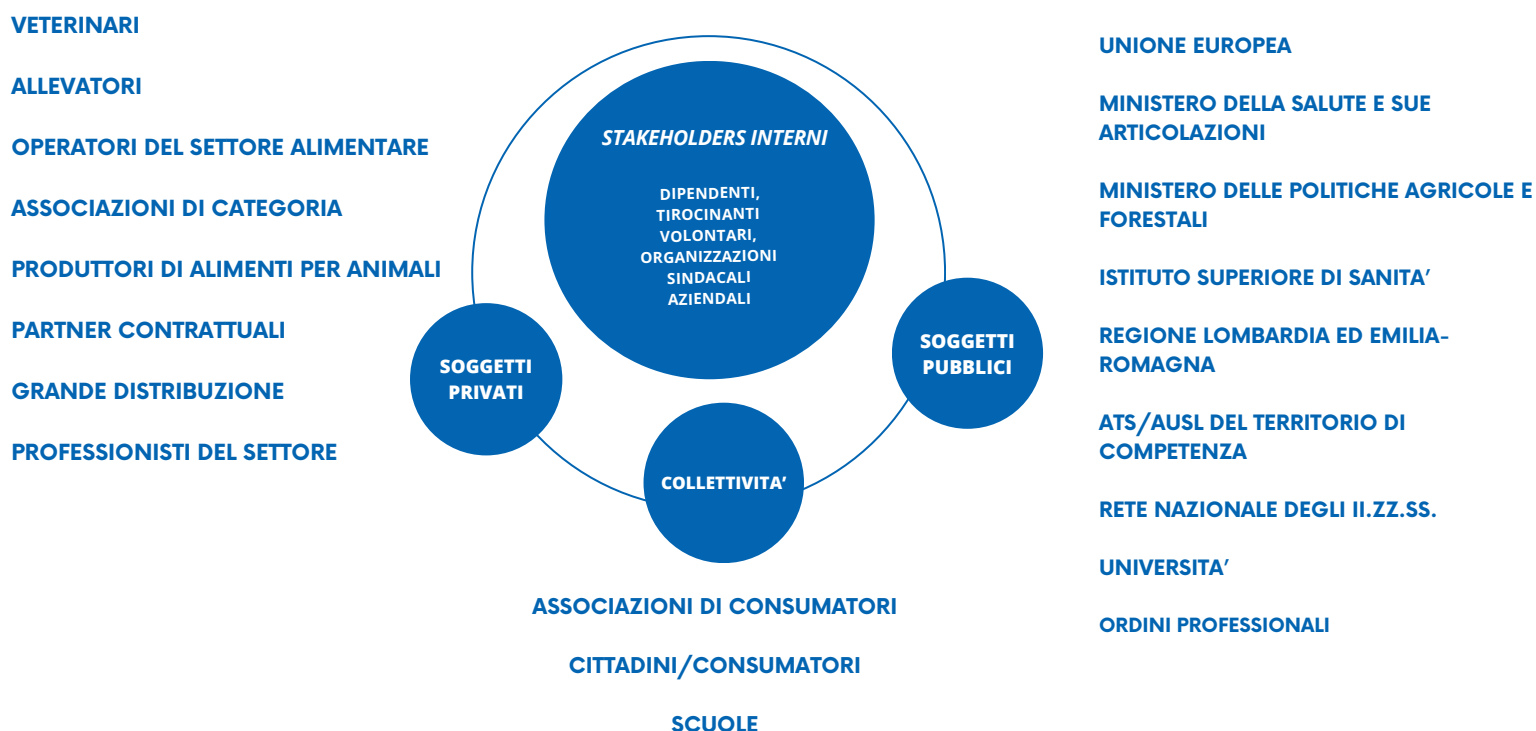
STAKEHOLDER MANAGEMENT

Al fine di perseguire i propri obiettivi istituzionali, volti al soddisfacimento del benessere economico, sociale e sanitario dei propri portatori di interesse, ma soprattutto per integrare i punti di vista degli stakeholders nei processi decisionali, condividendo valori e obiettivi, l'IZSLER sostiene/promuove/attua lo "stakeholder management".

L'analisi del contesto specifico dell'Istituto non può prescindere dall'individuazione dei suoi stakeholders, intesi sia come soggetti che contribuiscono alla realizzazione della mission istituzionale, e che, perciò, sono in grado di influenzare il raggiungimento degli obiettivi dell'ente. Va evidenziato che spesso gli stakeholders sono potenziali partners dell'ente e la loro analisi può consentire di mettere a fuoco opportunità di collaborazione e di sviluppo di strategie comuni. Qui di seguito è rappresentata la stakeholders mapping come esito del processo di *stakeholder identification*.

L'IZSLER ha sviluppato nel corso degli anni occasioni di confronto e comunicazioni con gli stakeholders, con l'obiettivo di promuovere l'azione dell'Ente, diffondere la corretta informazione scientifica e tecnica sui temi di interesse, svolgere attività formativa. Con il Ministero della Salute e le Regioni sono stati instaurati dei rapporti costanti di collaborazione per l'attuazione dei Piani e Programmi, fornendo anche il necessario supporto tecnico con personale specializzato in tematiche legate alla sanità pubblica veterinarie. L'Istituto, inoltre, al fine di rafforzare la condivisione di valori con i propri stakeholders in chiave partecipativa, ha in programma di costruire, in maniera graduale, un modello di valutazione partecipativa, in coerenza con le Linee Guida n. 4/2019 del DFP, in grado di coinvolgere cittadini e stakeholders nel processo di valutazione della performance. In ottica di *stakeholders evaluation* efficace, sarà opportuno in fase di rendicontazione verificare con gli stakeholders stessi, gli esiti del percorso di coinvolgimento attivato.

STAKEHOLDERS MAPPING



AREE STRATEGICHE

Le Aree Strategiche (AS), costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la mission e la *vision*.

Le finalità delle varie Aree Strategiche scaturiscono dagli obiettivi individuati dal “Piano di Pluriennale delle attività”, documento strategico adottato con Deliberazione n. 9 del 22.07.2020 e da un’analisi congiunta di fattori interni e di contesto esterno, volti al miglioramento del livello di benessere dei destinatari.

Dalle Aree Strategiche discendono le Linee programmatiche di sviluppo triennali, come da Allegato A2 “CRUSCOTTO DI ENTE” che rappresentano la base su cui impostare tutta la successiva programmazione annuale in coerenza con la normativa vigente.

Da queste Linee di sviluppo discenderà quindi il cascading degli obiettivi operativi, che saranno adottati con il “Piano delle Azioni” entro febbraio dell’anno prossimo, stabilendo il necessario collegamento della performance organizzativa con quella individuale.(art. 6, comma 2, lett. a DL 80/2021).

La prioritizzazione e la selettività, caratteristiche intrinseche del PIAO, sono operate anche a livello operativo. Ciascuna Linea di sviluppo è collegata con gli SDGs e i BES che orientano le azioni verso l’idea di sviluppo sostenibile come già rappresentato nei paragrafi precedenti.

Nella pagina seguente verrà rappresentato il legame tra:

Aree strategiche, obiettivi strategici e finalità

Aree strategiche, obiettivi strategici e finalità

Obiettivo strategico:
“Garantire l’attività istituzionale in modo efficace ed appropriato”



FINALITA'

Obiettivo strategico:
“Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale”



FINALITA'

Obiettivo strategico:
“Aumentare l’efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un’ottica multidimensionale”



FINALITA'

Obiettivo strategico:
“Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholders e la valorizzazione delle risorse umane”



FINALITA'

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

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

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

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

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

ANALISI RISCHI INTEGRATA

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

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

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

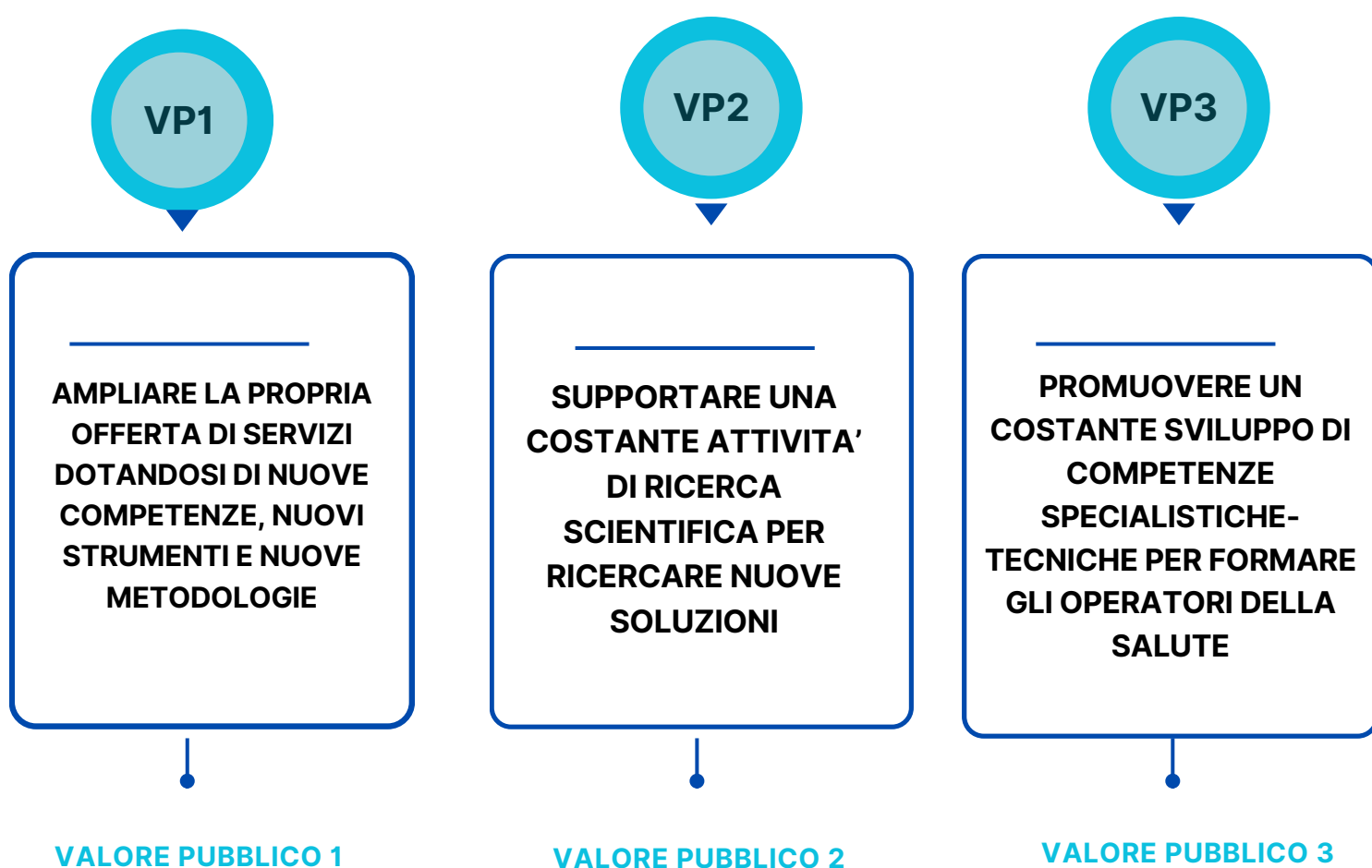
Applicare una disciplina di risk management è una condizione essenziale per prevenire forme di *"maladministration"*; sarà importate per il prossimo futuro prevedere e individuare un modello specifico di risk management che possa adattarsi bene alle caratteristiche e peculiarità dell'Istituto.



Dall' analisi del contesto all'individuazione del VALORE PUBBLICO

Grazie alla collaborazione con il **"Centro di Ricerca sul Valore Pubblico"** (www.cervap.it), centro di ricerca dell'Università di Ferrara (CERVAP), in questi anni l'Istituto ha intrapreso uno studio approfondito, in continua evoluzione sul Valore Pubblico, che ci ha permesso di identificarlo e poi misurarlo attraverso una ben definita metodologia scientifica.

Dall'ampia analisi del contesto delle pagine precedenti, emerge come IZSLER per fronteggiare le continue e diverse emergenze sanitarie e le nuove richieste di servizi da parte degli stakeholders, deve mettere in atto le seguenti azioni che sono state tradotte negli obiettivi di VP, strettamente connessi alla nostra mission/visione:





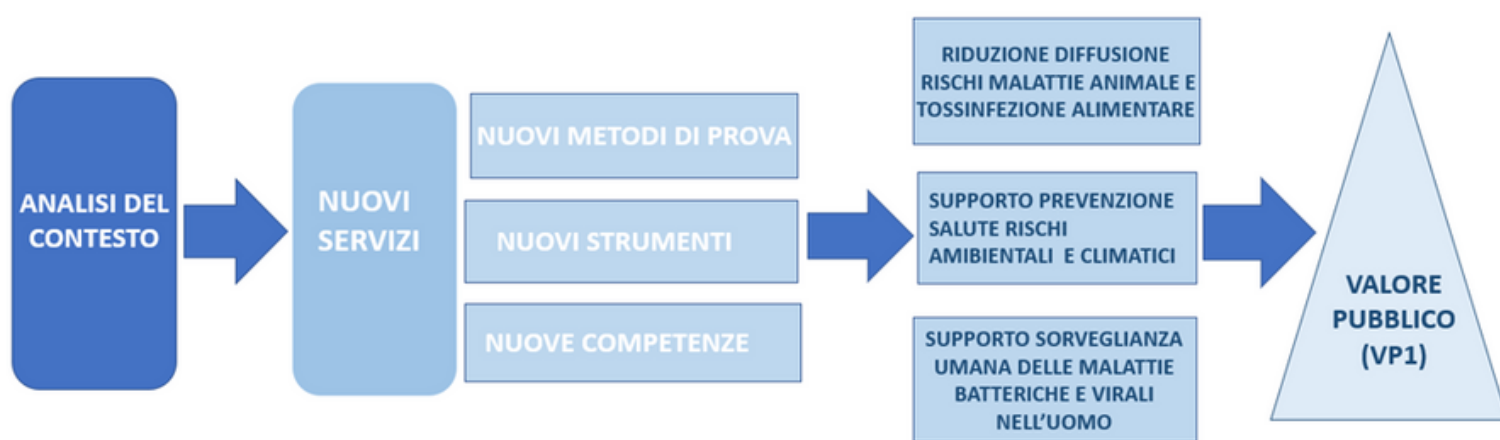
VALORE PUBBLICO: ampliare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della Salute/Benessere Animale, Sicurezza Alimentare, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici e Salute Umana (Laboratorio Clinico)

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

Negli ultimi anni, l'Istituto ha ampliato i suoi servizi acquisendo nuove funzioni/compiti che hanno aumentato la gamma dei servizi offerti:

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

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



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, salute umana e prevenzione della salute dai rischi ambientali e climatici.

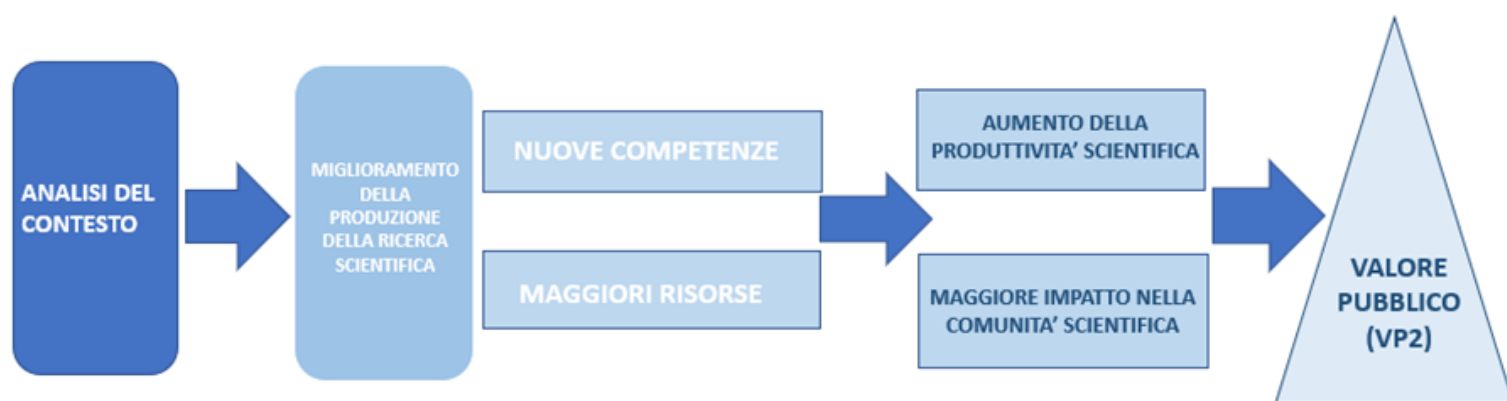
Il VP1 si può riassumere con la seguente sequenza:

VP1: + SERVIZI + SANITA' ANIMALE + BENESSERE ANIMALE + SICUREZZA ALIMENTARE + PREVENZIONE SALUTE DAI RISCHI AMBIENTALI + LABORATORIO CLINICO SALUTE UMANA - RISCHI DIFFUSIONE MALATTIA ANIMALE - RISCHI TOSSINFEZIONI ALIMENATARI + PREVENZIONE SALUTE DAI RISCHI AMBIENTALI/CLIMATICI + SORVEGLIANZA UMANA PER LA DIFFUSIONE DI MALATTIE INFETTIVE UMANE



VALORE PUBBLICO: incrementare l'attività finalizzata a promuovere nuove conoscenze scientifiche per affrontare le nuove sfide

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



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



VALORE PUBBLICO: aumentare il numero degli Operatori della Salute Pubblica formati attraverso attività formative di alta specializzazione

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



STRETEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP3: erogazione di corsi di alta specializzazione per il miglioramento delle competenze negli operatori della salute pubblica

Il VP3 si può riassumere con la seguente sequenza:

VP3: + CORSI EROGATI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE + FORMAZIONE DI ALTA QUALITA' / CONOSCENZE TECNICHE-SPECIALISTICHE NEGLI OPERATORI DELLA SALUTE + APPLICAZIONE DI BUONE PRATICHE DA PARTE DEI DESTINATARI DELLA FORMAZIONE

STRATEGIA per generare Valore Pubblico

L'Istituto genera Valore Pubblico, agendo secondo due direttrici di gestione:

DIMENSIONE ESTERNA

In questa dimensione la valutazione degli impatti sugli stakeholders 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 rappresenta nella pagina seguente, il legame tra il VP1, VP2 e VP3 e i diversi ambiti con i relativi impatti.

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 rende particolarmente difficile l'identificazione dell'effetto generato dall'Istituto all'interno della filiera. Per questo motivo, nel presente PIAO è stata presa in considerazione una singola dimensione d'impatto (impatto sanitario) per il VP1, di più facile misurazione.

Nelle prossime pagine verrà illustrata la misurazione dell'impatto sanitario per il VP1, impatto scientifico per il VP2 e l'impatto formativo per il VP3.

Per contestualizzare meglio il VP prodotto rispetto alle attività strategiche, è necessario collegarlo alle rispettive AS:

- VP1: "Ampliare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della Salute/Benessere Animale, Sicurezza Alimentare, Prevenzione salute dai rischi ambientali e laboratorio clinico salute umana" è collegato all'Area Strategica AS1 "Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato". (VP1.AS1);
- VP2: "Migliorare la produzione scientifica in termini qualitativi e quantitativi, è collegato all'Area Strategica AS2 "Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale". (VP2.AS2);
- VP3: "Aumentare il numero degli Operatori della Salute Pubblica formati attraverso attività formative di alta specializzazione" è collegato all'Area Strategica AS4 "Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane" (VP3.AS4).

AMBITI DI INTERVENTO

VALORE PUBBLICO

IMPATTO



Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è sia di tipo sanitario che economico e si riferisce alla capacità dell'Istituto di partecipare al sistema di prevenzione e controllo della diffusione delle malattie animali e delle zoonosi in un'ottica one-health



Il Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è sia di tipo sanitario che economico e si riferisce alla capacità dell'Istituto di partecipare al sistema di prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari, delle zoonosi trasmesse con gli alimenti e di patologie conseguenti al consumo di alimenti contenenti contaminati chimici anche di origine ambientale.



Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è sia di tipo sanitario, economico ma anche sociale e si riferisce alla capacità dell'Istituto di garantire il benessere degli animali allevati.



Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è legato all'aumento della conoscenza scientifica negli ambiti di competenza dell'Istituto che può comportare un maggior livello sanitario della collettività.



Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è di tipo sanitario in quanto prevede la partecipazione dell'istituto al Sistema di Sorveglianza Umana con riferimento alla diagnostica delle malattie batteriche e virali



Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è sia di tipo ambientale che sanitario in quanto l'Istituto svolge la funzione di prevenzione dalle malattie legate ai rischi ambiente-salute-clima



Il Valore Pubblico creato in quest'ambito è di tipo formativo in quanto l'Istituto essendo un ente di formazione accreditato opera costantemente nella diffusione e promozione della formazione di alta qualità

- **IMPATTO SANITARIO:** riduzione del rischio diffusione malattie infettive degli animali e zoonosi. Riduzione dell'uso degli antibiotici e della diffusione dell'antibiotico-resistenza.
- **IMPATTO ECONOMICO:** maggiore introito per il comparto zootecnico e minor costo per il SSN.

- **IMPATTO SANITARIO:** riduzione del rischio di malattie conseguenti al consumo di alimenti .
- **IMPATTO ECONOMICO:** minor costo per il SSN, maggiore introito per il comparto della filiera alimentare, aumento dell'esportazione di alimenti.

- **IMPATTO SANITARIO:** Riduzione del rischio di malattie animali indotte da condizioni di vita non adeguate; riduzione dell'uso di farmaci.
- **IMPATTO ECONOMICO:** Aumento della produttività degli allevamenti con riduzione dei costi dell'uso dei farmaci.
- **IMPATTO SOCIALE:** Maggior consenso dell'opinione pubblica per migliori condizioni di vita degli animali da reddito.

- **IMPATTO SCIENTIFICO:** miglioramento della produzione scientifica al servizio della comunità scientifica e della collettività.

- **IMPATTO SANITARIO :** aumento delle azioni volte alla prevenzione e controllo delle malattie batteriche e virali nell'uomo

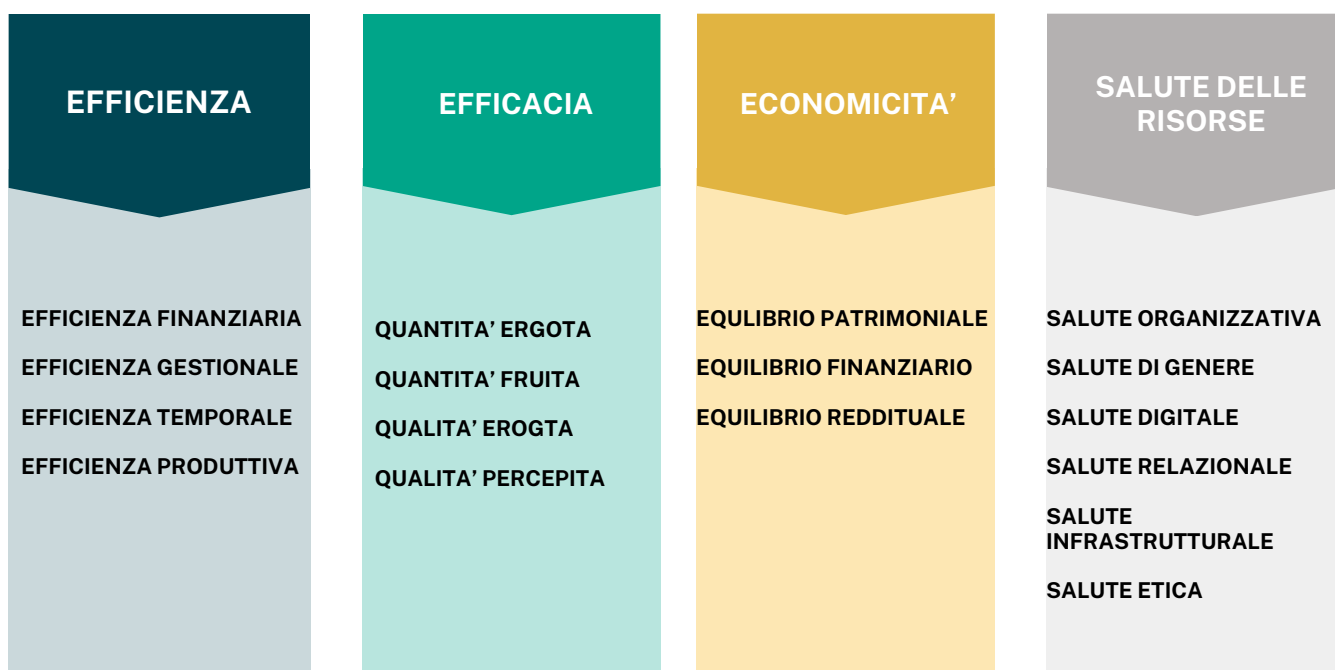
- **IMPATTO SANITARIO:** riduzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, associate ai rischi ambientali e climatici
- **IMPATTO AMBIENTALE:** aumento di azioni volte al sostegno della prevenzione primaria (LEPTA), controllo delle malattie acute e croniche legate ai rischi ambientali e climatici; assicura il necessario supporto alle Autorità competenti per implementazione della valutazione dell'impatto sulla salute

- **IMPATTO FORMATIVO:** aumento della conoscenza specialistica fra gli operatori della salute a vantaggio della salute pubblica
- **IMPATTO SANITARIO:** aumento applicazione buone pratiche da parte degli operatori, miglioramento delle condizioni di vita degli animali, riduzione del rischio di malattie infettive, riduzione tossinfezioni alimentari, riduzione costi del SSN/PRP, uso del farmaco.

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:

DIMENSIONI DI PERFORMANCE



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 "Aumentare 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 stakeholders e la valorizzazione delle risorse umane".

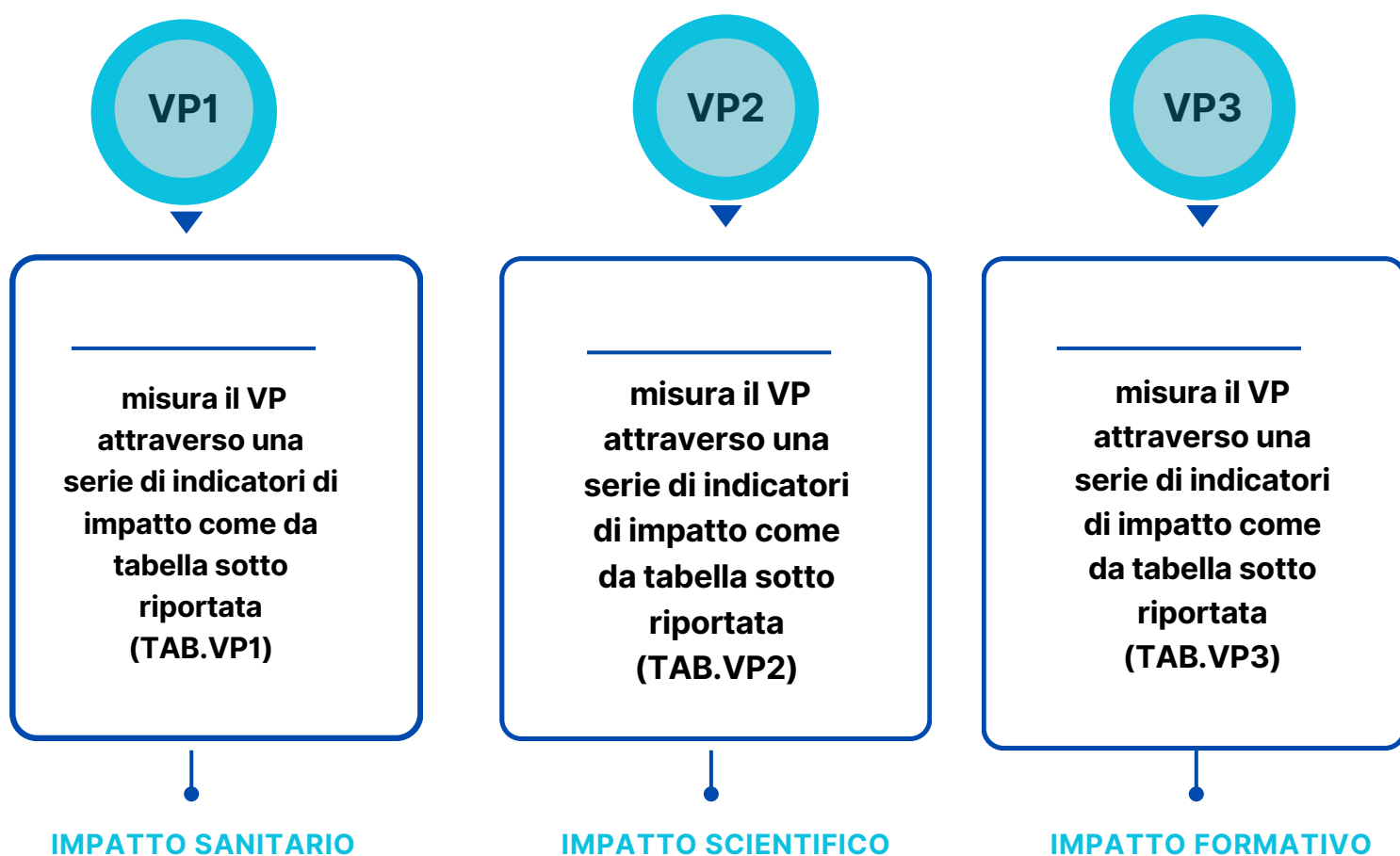
E' importante precisare che non sarà sempre necessario raggiungere la massima performance se questa è controproducente al benessere pubblico.

L'IZSLER genererà Valore Pubblico solo quando sarà garantito l'equilibrio ottimale delle due dimensioni.



Quanto Valore Pubblico CREATO

Al fine di misurare il Valore Pubblico creato, l'Istituto ha individuato una serie di indicatori di impatto che rappresentano la misurazione dell'effetto della strategia nel generare VP, come di seguito evidenziato:



MISURAZIONE DEL VALORE PUBBLICO



La misurazione del Valore Pubblico è stata effettuata, secondo la metodologia CERVAP/COGEP, basata sulla media degli indicatori normalizzati, che si riporta integralmente nell'Allegato A3 (Misurazione del VP). Il VP è così l'espressione dei risultati ottenuti nei tre impatti indagati, a favore della collettività di riferimento, come sotto rappresentato. La misurazione del VP è stata effettuata, sia in senso ampio che in senso stretto.

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

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

Le tabelle di seguito riportate mettono a confronto la baseline e i target attesi su base triennale per ogni indicatore (formula), individuati sulla base del trend storico degli ultimi anni e i traguardi attesi per ogni VP.

NOME STRATEGIA: ottimizzazione e sviluppo delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall’istituto nei vari ambiti di intervento

TAB.VP1

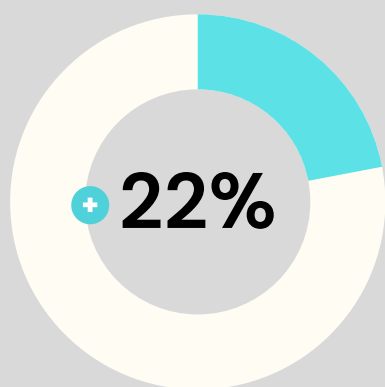
CODICE	FORMULA	BASELINE (2021)	TARGET 2024	TARGE T 2025	TARGET 2026	FONTE
VP1.AS1	1) n. metodi di prova nuovi (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	40	45	50	52	FONTE DATI INTERNA
	2) n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	10	15	18	20	
	3) n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti. (ambito Benessere animale)	92.792	330.000	370.000	400.000	
	4) n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm. (ambito Benessere animale)	4.010	2.500	3.000	3.500	
	5) n. allevamenti che accedono a Classyfarm ai fini dell'etichettatura dei prodotti alimentari attraverso la certificazione SQNBA. (ambito Benessere animale)	50	100	500	1.000	
	6) n. specie batteriche/virali sottoposte con continuità a sequenziamento NGS (indicatore ridefinito) (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	4	12	13	14	

CAMPO NOTE: i target si intendono cumulativi, per cui il dato inserito include il dato di partenza del 2021 .

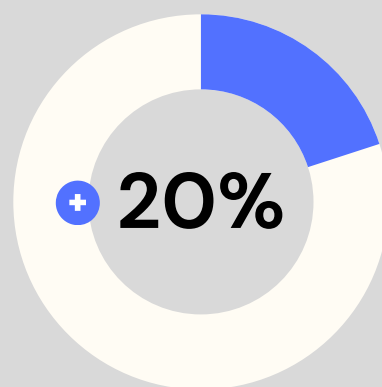
VP1



TRAGUARDI ATTESI



VALORE PUBBLICO IN SENSO STRETTO



**VALORE PUBBLICO IN SENSO
AMPIO**

**VP STIMATO PER L'ANNO 2026 IN TERMINI DI INCREMENTO % RISPETTO
ALLA BASELINE (2021)**

NOME STRATEGIA: Rafforzamento delle attività di ricerca in modo funzionale all'aumento della competitività

TAB.VP2

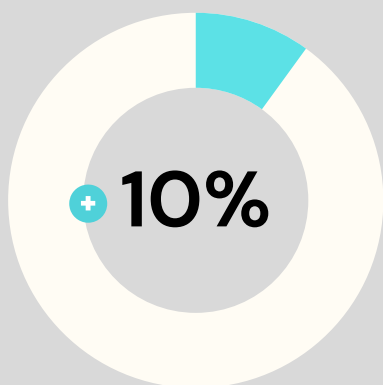
CODICE	FORMULA	BASELINE (2021)	TARGET 2024	TARGET 2025	TARGET 2026	FONTE
VP2.AS2	1) IF totale dell'Istituto	564	575	590	600	FONTE DATI INTERNA
	2) n. di citazioni medio per articolo/anno	2,41	4	5	5,5	
	3) n medio di visualizzazioni per pubblicazione/anno	24,4	27	28	29	
	4) % di articoli pubblicati su riviste open access	58	85	90	100	

CAMPO NOTE: i target si intendono cumulativi, per cui il dato inserito include il dato di partenza del 2021 .

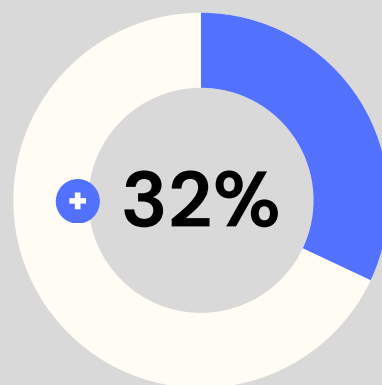
VP2



TRAGUARDI ATTESI



VALORE PUBBLICO IN SENSO STRETTO



VALORE PUBBLICO IN SENSO
AMPIO

VP STIMATO PER L'ANNO 2026 IN TERMINI DI INCREMENTO % RISPETTO
ALLA BASELINE (2021)

NOME STRATEGIA: Aumento della diffusione della conoscenza di qualità attraverso la realizzazione di corsi esterni rivolti a tutti gli operatori della salute pubblica (veterinari, medici, farmacisti, tecnici della prevenzione, operatori del settore alimentati, allevatori, ricercatori, operatori della macellazione e del trasporto animale ecc...)

TAB.VP3

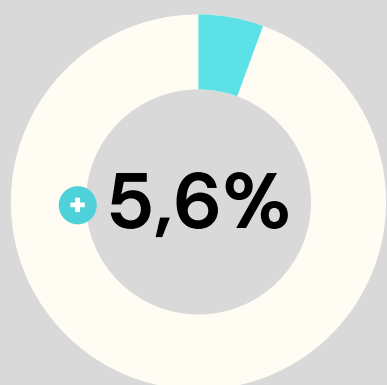
CODICE	FORMULA	BASELINE (2021)	TARGET 2024	TARGET 2025	TARGET 2026	FONTE
VP3.AS4	1) n. Operatori abilitati su Classyfram tramite formazione esterna (bovini-suini-polli)	1.600	1.760	1.936	2.129	FONTE DATI INTER NA
	2) n. Operatori formati in materia di biosicurezza allevamento suino	145	170	190	220	

CAMPO NOTE: i target si intendono cumulativi, per cui il dato inserito include il dato di partenza del 2021 .

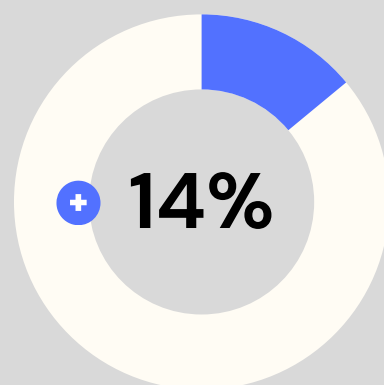
VP3



TRAGUARDI ATTESI



VALORE PUBBLICO IN SENSO STRETTO



VALORE PUBBLICO IN SENSO AMPIO

VP STIMATO PER L'ANNO 2026 IN TERMINI DI INCREMENTO % RISPETTO ALLA BASELINE (2021)

INTEGRAZIONE obiettivi del Ciclo Gestione della Performance con la pianificazione economico-finanziaria

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

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

Nella giornata del 10.11.2023, l'istituto ha invitato tutti i suoi stakeholders, per condividere il percorso fatto fin ora nella programmazione degli obiettivi di Valore Pubblico, al fine di individuare ambiti di miglioramento e rispondere meglio alle richieste e alle esigenze degli stakeholders.

Dall'analisi degli esiti dell'incontro, emerge che gli stakeholders 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 la possibilità di costruire un PIAO di filiera.

L'Amministrazione si riserva quindi la possibilità di accogliere le proposte nelle prossime fase programmatiche.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE

PREMESSA

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

PARTE FUNZIONALE

In riferimento a quanto indicato nella tabella di sintesi TAB.VP1, TAB.VP2 e TAB.VP3 della sezione VP, è necessario ora individuare gli obiettivi operativi direttamente funzionali alla strategia per la creazione di Valore Pubblico e gli indicatori di performance (efficienza-efficacia) per la relativa misurazione. Per erogare un servizio di qualità (VP1), l’Istituto ha ritenuto importante puntare sulla qualità e sulla velocità della risposta, puntando sull’efficacia e sul calcolo dei tempi necessari per l’erogazione, anche attraverso percorsi di digitalizzazione, come qui di seguito rappresentato.

Tabella VP1.AS1.PERF

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE					
Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)					
CODICE: VP1.AS1.PERF1 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: VELOCITA' DI RISPOSTA NELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
EFFICEINZA GESTIONALE	% di cluster di infezione umane di cui izsler identifica la sorgente alimentare	47,37	50	50	50
EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Firma	99	95	95	97
EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Prova	90	91	92	95

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE					
Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)					
CODICE: VP1.AS1.PERF2 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: INCREMENTO QUALI-QUANTITATIVO DEI SERVIZI OFFERTI					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
QUANTITA' EROGATA	N. di richiesta di assistenza risolte per classyfarm/ totale richieste pervenute	92	95	96	96
QUANTITA' EROGATA	% dei ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS	33	40	44	90
QUALITA' EROGATA	% di prove conformi sul totale del Ring test	85	82	95	95
QUALITA' EROGATA	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da visite ispettive interne in ambito documentale risolte nei tempi previsti e approvati dal RAQ rispetto a quelle rilevate	75	80	90	90
QUALITA' EROGATA	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da ACCREDIA e risolte nei tempi previste e approvati da ACCREDIA rispetto a quelle rilevate	85	90	95	95
Sottosezione "Performance" (DIGITALIZZAZIONE)					
CODICE: VP1.AS1.PERF3 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI E DOCUMENTI					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
DIGITALIZZAZIONE	% di schede di registrazione/manutenzione/taratura delle apparecchiature di prova digitalizzate	0	90%	100%	ATTIVITÀ CONCLUSA
DIGITALIZZAZIONE	N. processi digitalizzati relativi alla gestione delle apparecchiature di prove -WEBQUALITY	0	100%	ATTIVITÀ CONCLUSA	ATTIVITÀ CONCLUSA

Sottosezione "Performance" (COMPETENZE)

CODICE: VP1.AS1.PERF4 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
VALORIZZAZIONE	n. di corsi interni su ambiti sanitari	83	85	85	85
VALORIZZAZIONE	n. di ore di formazione interna dic arattere sanitario	813	820	820	820

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

Tabella VP2.AS2.PERF

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)

CODICE: VP2.AS2.PERF1 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: MASSIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITA' A PARITA' DI FINANZIAMENTI

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
EFFICIENZA GESTIONALE	€ finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva / € finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva anno precedente (aumento finanz per la ricerca comp) in %	53	58,30	64,10	70,50
EFFICIENZA GESTIONALE	n. articoli scientifici prodotti/ € finanziamenti erogati dai finanziatori (x 1000000 di finanziamento)	96	98	99	105
EFFICEINZA GESTIONALE	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 in %	80	90	95	100
EFFICEINZA GESTIONALE	n di pubblicazioni su riviste peer review / numero ricercatori (dirigenti sanitari+ ricercatori sanitari cat.ds)	1,17	1,28	1,41	1,55

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)

CODICE: VP2.AS2.PERF2 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: AUMENTO QUALI-QUANTITATIVO DEI PRODOTTI DELLA RICERCA

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
EFFICACIA	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali	114	130	135	140
EFFICACIA	n. di pubblicazioni scientifiche prodotte	122	140	145	150
EFFICACIA	% pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1)	53	61	63	65

Sottosezione "Performance" (DIGITALIZZAZIONE)

CODICE: VP2.AS2.PERF3 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI E DOCUMENTI

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
DIGITALIZZAZIONE	% attività per la realizzazione del portale della ricerca	0	90	95	100

Sottosezione "Performance" (COMPETENZE)

CODICE: VP2.AS2.PERF4 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE

DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
VALORIZZAZIONE	n. corsi interni nell'ambito della ricerca	2	5	6	7

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

Tabella VP3.AS3.PERF

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE					
Sottosezione "Performance" (EFFICIENZA)					
CODICE: VP3.AS4.PERF1 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: MASSIMIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE ESTERNA					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
EFFICIENZA GESTIONALE	n. corsi erogati per formazione esterna	48	55	65	68
Sottosezione "Performance" (EFFICACIA)					
CODICE: VP3.AS4.PERF2 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO:AUMENTO QUALI-QUANTITATIVO DEI CORSI DI FORMAZIONE					
DIMENSIONE	FORMULA	BASELINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
EFFICACIA	Somma ECM dei corsi prodotti per gli esterni	434	477	524	576
EFFICACIA	n. di partecipanti esterni ai corsi	38.455	39.000	41.000	42.000
EFFICACIA	Livello di soddisfazione in merito all'attività formativa esterna erogata (soddisfazione rispetto alle aspettative)	3,28	3,30	3,40	4

Sottosezione "Performance" (DIGITALIZZAZIONE)

CODICE: VP3.AS4.PERF3 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI E DOCUMENTI

DIMENSIONE	FORMULA	BASLINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
DIGITALIZZAZIONE	% attività per la realizzazione del portale Nazionale degli allevatori (decreto 06.09.2023)	0	100	ATTIVITÀ CONCLUSA	ATTIVITÀ CONCLUSA

Sottosezione "Performance" (COMPETENZE)

CODICE: VP3.AS4.PERF4 - OBIETTIVO OPERATIVO SPECIFICO: VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE

DIMENSIONE	FORMULA	BASLINE 2021	TARGET ANNO 2024	TARGET ANNO 2025	TARGET ANNO 2026
VALORIZZAZIONE	n. ore formazione erogate in eventi esterni	513	564	620	682

PARTE GENERALE

In riferimento all'art. 6 del DL 80/2021, che definisce i contenuti del PIAO in termini di obiettivi in questa sezione si illustrano le azioni per il perseguimento degli obiettivi collegati alle politiche di transizione digitali, transizione ecologica, semplificazione, pari opportunità, piena accessibilità e in materia di contrasto alla corruzione, che confluiranno nel Piano delle Azioni, sotto forma di obiettivi operativi, indirettamente funzionali alla creazione di Valore Pubblico

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB. OP. trasversali di semplificazione	AS1/AS3	SALUTE ORGANIZZATIVA

Le azioni a sostegno sono:

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

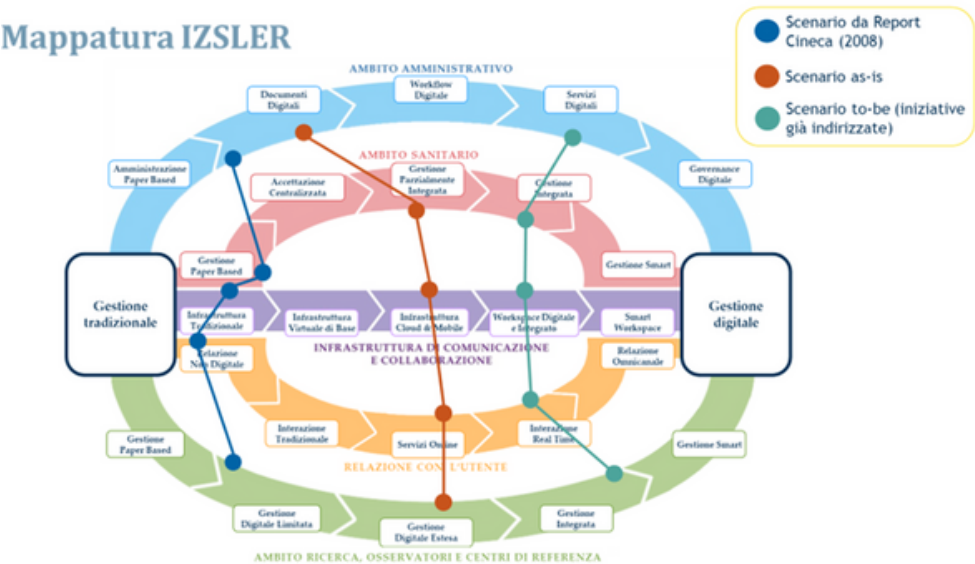
Con l'intento di ridurre i costi e contribuire a migliorare i risultati l'Izslr intende attuare una politica di semplificazione, che dovrebbe portare nel tempo ad una graduale reingegnerizzazione dei processi operativi, come sottolineato dal PNA 2022 e dal Consiglio di Stato (parere sezione atti normativi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

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

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di digitalizzazione	AS1/AS3	SALUTE DIGITALE

Le azioni a sostegno sono:

1) La realizzazione degli obiettivi contenuti nel "Piano Triennale per la digitalizzazione dell'IZSLER 2023-2025" che si suddividono nei seguenti ambiti



- Livello digitalizzazione IZSLER raggiunto anno 2023 da 1 a 5:**
- 1. Ambito Amministrativo - Liv. Raggiunto 2;**
 - 2. Ambito Sanitario - Liv. Raggiunto 3;**
 - 3. Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione - Liv. Raggiunto 3;**
 - 4. Ambito relazione con l'utente - Liv. Raggiunto 3;**
 - 5. Ambito ricerca, osservatori e centri di riferimento - Liv. Raggiunto 3.**

Da anni l'IZSLER, in collaborazione e con il supporto del Politecnico di Milano, ha avviato un percorso per la c.d. transizione digitale, con l'intento di "transitare" l'Istituto da una dimensione "paper" ad una "digital". Il progetto è partito nel 2008 con una mappatura delle infrastrutture e degli applicativi e loro integrazione per verificarne lo stato di "digitalizzazione". Il progetto è proseguito e nel 2022, come da immagine sopra riportata, il Politecnico di Milano ha designato lo stato di digitalizzazione su 5 ambiti (1-amministrativo, 2-sanitario, 3-infrastruttura di comunicazione e collaborazione, 4-relazione con l'utente, 5-ricerca, osservatori e centri di riferimento), determinandone un livello medio complessivo di digitalizzazione pari a 3 su 6, con un obiettivo per il prossimo futuro (verosimilmente nel 2024) di raggiungere un livello di 5 su 6, grazie agli investimenti sia in infrastrutture che di applicativi.

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

Si allega il Piano Triennale Digitalizzazione 2024 2026 - (Allegato B1).

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE
OB.OP. trasversali di piena accessibilità	AS3/AS4	SALUTE RELAZIONALE

Le azioni a sostegno sono:

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

Come stabilito dall'art. 6 del DL 80/2021 alla lettera f) , il PIAO deve definire "le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità". Resta prioritario anche per l'anno 2024 continuare in questa direzione. IZSLER eroga prevalentemente servizi alle imprese, mentre i servizi forniti direttamente ai privati cittadini sono estremamente residuali, pari a meno del 2,5% del totale dei conferimenti (su numero conferimenti anno 2021), garantendo le attività sul territorio attraverso un'ampia e articolata collocazione delle sedi territoriali diffuse sulle aree regionali della Lombardia e dell'Emilia Romagna, con un particolare attenzione all'assenza di barriere architettoniche in conformità alla normativa vigente in materia di superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 e al D. Lgs. 81/2008). Oltre alla accessibilità fisica l'IZSLER si è adoperata per consentire la cd "accessibilità digitale" ovvero facilitando il ricorso a tutte le modalità di erogazione dei "Servizi in modalità digitale" per gli utenti e rappresentano una risposta concreta alla necessità di piena accessibilità alle informazioni. Per quanto riguarda il sito WEB, questo è stato sottoposto alla sua revisione anche allo scopo di raggiungere la piena accessibilità dello stesso (certificata nel 2020 ai sensi del D. Lgs 106/2018) e con costante revisione al fine di garantire il mantenimento degli standard di settore. Nel rapporto con gli operatori economici e gli enti pubblici l'Istituto ha avviato da tempo la completa digitalizzazione del processo per cui gli esiti della propria attività (detti Rapporti di Prova o RdP) sono comunicati in forma elettronica nelle diverse modalità previste (PEC, Web Service, Posta Elettronica Ordinaria) ed in aderenza a quanto previsto dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale, D. Lgs. 82/2005).

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	SALUTE DI GENERE

Le azioni a sostegno sono:

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

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

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

L’Istituto in data 28.11.2023 ha adottato con Delibera n. 376 del Direttore Generale il secondo Gender Equality Plan 2024-2026. Questo documento coerentemente con la mission istituzionale, rappresenta un ulteriore e strategico tassello per superare il divario di genere, adottando reali politiche di pari opportunità in risposta anche agli obiettivi sovranazionali definiti dall’UE. L’Unione Europea ha ritenuto necessario rafforzare alcune misure per superare i persistenti divari di genere nella ricerca scientifica. Inoltre, nell’ambito di Horizon Europe, è previsto un finanziamento specifico dedicato alla ricerca di genere e intersezionale, allo sviluppo di politiche inclusive sulla parità di genere a sostegno del nuovo Spazio europeo della ricerca e all’empowerment femminile. Si allega il GEP 2024-2026 (Allegato B2)

b) Ex Piano Triennale delle Azioni Positive

Il PIAO ormai entrato a regime, deve comprendere anche il “Piano Triennale delle Azioni Positive”, adottato dall’IZSLER su proposta del Comitato Unico di Garanzia (CUG), tenuto conto della normativa di riferimento e delle Linee guida contenute nelle Direttive Ministeriali emanate in materia. L’Istituto con l’adozione di questo documento, auspica risultati positivi per il benessere organizzativo dell’Ente nel suo complesso. Si allega l’ex Piano Azioni Positive 2024 2026. (Allegato B3).

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

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

Le azioni a sostegno sono:

1) Passi verso la transizione ecologica

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

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

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

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

Le azioni a sostegno sono:

1) Attuazione di tutti gli obblighi previsti dalla sottosezione Anticorruzione

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 1, comma 8 della legge n.190/2012, sono definiti dall'organo di indirizzo e costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione del PIAO relativa all'Anticorruzione e alla Trasparenza. La necessità di garantire una "sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance" era già stata evidenziata dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e confermata nel PNA 2022; veniva ribadita la necessaria integrazione degli strumenti di programmazione, mantenendo al contempo il patrimonio di esperienze maturate dalle amministrazioni. Precisa l'Autorità come l'intento del legislatore sia quello di arrivare ad una reingegnerizzazione dei processi delle attività delle PP.AA. in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell'anticorruzione. Con il documento "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza" del 2/02/2022, l'Autorità ha sottolineato il necessario coordinamento tra il sistema dell'anticorruzione e quello della 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 rilevano pertanto anche in forma di obiettivi di performance nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti e altresì della performance individuale. Il tema della trasparenza e dell'anticorruzione viene perseguito con un approccio volto a garantire trasversalmente la conformità alla normativa in materia per il miglioramento della qualità dei processi. Si segnala per i prossimi anni la necessità di realizzare un miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente; la necessità di consolidare un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione del PIAO ed effettuare un monitoraggio integrato (PNA 2022); la necessità di migliorare il ciclo della performance in una logica integrata tra performance, trasparenza e anticorruzione.

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

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSA

La disciplina sul 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 funzionale e una generale.

PARTE FUNZIONALE

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

TAB.VP1.AS1.AC

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

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

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

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE													
Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"													
Misura di gestione						Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA							
Processo	Area e Livello di rischio	Codice	Nome misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte	
Sequenziamento di specie batteriche/virali (attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area; Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica Livello: alto	VP1 .AS 1.A C6	Verifica anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro anonimi nel campione / numero Fogli di lavoro controllati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
			Separazione funzioni del personale (fase pre analitica e analitica)	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / Totale numero conferimenti	90%	90%	90%	90%	RPCT	
			Verifica separazione funzioni del personale (fase pre analitica e analitica)	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento verificati in sede di audit	90%	90%	90%	90%	RPCT	

TAB.VP2.AS2.AC

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

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

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

TAB.VP3.AS3.AC

SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione "Anticorruzione" e "Trasparenza"

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

PARTE GENERALE

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 valore pubblico. La presente sottosezione prevede due parti, una generale e una funzionale. L'analisi del contesto esterno rappresenta uno dei momenti fondamentale dell'intero sistema di gestione del rischio corruttivo che, coordinata all'analisi del contesto interno, ha come obiettivo necessario quello di evidenziare le caratteristiche ambientali nelle quali opera l'Istituto. E' pertanto indispensabile individuare le informazioni che identificano il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera al fine di individuare gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che possono influenzare la sensibilità della struttura al rischio corruttivo. 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 e corruzione. A tal fine, sono considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti. Nella parte generale sono altresì individuati, oltre all'obiettivo strategico definito dall'organo di indirizzo, gli strumenti e le misure a presidio della buona amministrazione e della corretta gestione del rischio corruttivo.

Si rinvia poi al dettaglio di specifici allegati al presente PIAO per la definizione di tutti gli strumenti e le misure individuate dall'Istituto a presidio di tutti i processi non direttamente collegati agli obiettivi di valore pubblico.

CONTESTO DELL' ILLEGALITA'

REGIONE LOMBARDIA

1. Dai dati contenuti nella Relazione della Direzione Investigativa antimafia pubblicata a settembre 2023 emerge e relativa all'anno 2022 emerge:

- la presenza di fenomeni di criminalità c.d. tradizionale, sia italiana che straniera, con reati di estorsione, corruzione e traffico di stupefacenti;
- l'infiltrazione della criminalità organizzata nazionale di stampo mafioso (principalmente 'ndrangheta ma anche, per quanto di minor rilievo, consorterie siciliane e campane) nell'economia legale e nella Pubblica amministrazione, in settori quali quello degli appalti pubblici, dell'edilizia e dell'acquisizione illecita di fondi pubblici stanziati, prima, per l'emergenza sanitaria da Covid-19 e, successivamente, per il perfezionamento del PNRR;
- l'emissione nel 2022, da parte degli uffici governativi competenti, di complessivamente n.42 provvedimenti antimafia;

2. La Relazione dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata pubblicata a settembre 2023, indica che nel 2022, in Lombardia, sono stati confiscati alla criminalità organizzata e successivamente destinati n.1687 immobili (per un totale di n.3285 immobili confiscati) e n.168 aziende.

CONTESTO DELL' ILLEGALITA'

REGIONE EMILIA
ROMAGNA

1. Dai dati contenuti nella Relazione della Direzione Investigativa antimafia pubblicata a settembre 2023 emerge e relativa all'anno 2022 emerge:

- L'infiltrazione della criminalità organizzata italiana, soprattutto di origine calabrese, nell'economia legale e nella Pubblica Amministrazione, con reati di bancarotta fraudolenta, autoriciclaggio, usura estorsione e reati contro la persona;
- La presenza di organizzazioni criminali di origine straniera interessate al settore del narcotraffico, dello spaccio di stupefacenti oltreché dello sfruttamento della prostituzione;
- L'emissione, da parte degli uffici governativi competenti, di n.136 provvedimenti antimafia;

2. La Relazione dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata pubblicata a settembre 2023, indica che nel 2022, in Emilia Romagna, sono stati confiscati alla criminalità organizzata e successivamente destinati n.245 immobili e n.55 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 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 individua misure idonee a contrastarlo.
- il Comitato Tecnico Scientifico per la legalità e il contrasto alle mafie, 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.
- Il Gruppo di lavoro dei Responsabili anticorruzione presso la Conferenza dei Presidenti delle Assemblee legislative regionali, che rappresenta un punto di convergenza, raccordo e coordinamento organizzativo in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Si segnala inoltre:

- 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;
- il protocollo di intesa siglato tra ORAC e ANAC, per promuovere sinergie nel campo dei controlli e migliorare la trasparenza amministrativa;
- il rinnovo della collaborazione tra Regione Lombardia, ORAC e Università Bicocca, in tema di auditing, risk management, controlli interni nel settore pubblico;
- la giornata regionale dell'impegno contro le mafie e in ricordo delle vittime, organizzata al fine di sensibilizzare la società civile e le istituzioni e di contribuire all'educazione alla legalità.

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

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Tra gli interventi di contrasto alla criminalità si segnalano:

- 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'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.
- L'osservatorio regionale sui fenomeni connessi al crimine organizzato e mafioso nonché ai fatti corruttivi, istituito con l'obiettivo di monitorare l'attuazione coerente e coordinata delle iniziative di prevenzione della corruzione.

Si segnalano inoltre:

- 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 2022-2023;
 - Il patto di legalità sottoscritto tra l'Assemblea legislativa della Regione e l'Associazione Libera Emilia Romagna, finalizzato a favorire una maggiore consapevolezza sulla prevenzione e sul contrasto della criminalità organizzata e della corruzione;
 - L'accordo tra l'Assemblea legislativa e il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Bologna, con riferimento al contrasto alle infiltrazioni criminali e alla corruzione nel settore degli appalti pubblici;
- La settimana della legalità, nel corso della quale vengono organizzati seminari per discutere di cittadinanza attiva e buone pratiche per contrastare e riconoscere le mafie.

OBIETTIVI IN MATERIA DI PREVENZIONE

Gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione, per esplicita previsione di legge, sono definiti dall'organo di indirizzo politico e costituiscono contenuto necessario dei piani di prevenzione e pertanto dell'attuale Piano integrato di attività e organizzazione. Allo scopo il Consiglio di Amministrazione nella seduta del 08.11.2023 ha confermato per il triennio 2024-2026 l'obiettivo di carattere generale in tema di anticorruzione e trasparenza declinato quale "attuazione del PNA 2022 per creare un contesto sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti e consolidamento e implementazione delle procedure". Tale obiettivo è pertanto finalizzato a contrastare ogni forma di illegalità in Istituto intervenendo per:

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

CONTESTO INTERNO E GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Da tutto ciò consegue che l'attuale sezione anticorruzione e trasparenza dell'attuale PIAO 2024-2026, 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. Rileva la centralità della mappatura dei processi e della gestione del rischio corruttivo, nonché l'individuazione delle misure sia di carattere specifico che generale per cui si rinvia ai documenti allegati (sezione anticorruzione e trasparenza, misure generali e specifiche, elenco degli obblighi di pubblicazione). A tal fine l'attuale mappatura dei processi è stata oggetto di verifica e integrazione sia per quanto riguarda i processi dei Dipartimenti Sanitari che per quanto riguarda i processi del Dipartimento Amministrativo.

LA TRASPARENZA

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

DIRITTO DI ACCESSO

Completa il concetto di trasparenza quello di accesso nelle sue differenti declinazioni (ai documenti, ai dati e alle informazioni). Nel rispetto delle disposizioni di legge l'Istituto garantisce l'esercizio del diritto di accesso di cui all'articolo 5 del d.lgs. n.33/2013, nelle forme del diritto di accesso civico semplice che riguarda il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali sia prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi sia stata omessa la pubblicazione e accesso civico generalizzato che si estrinseca nel diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n.33/2013. L'Istituto ha adottato un regolamento nel quale sono declinate le modalità di esercizio del diritto di accesso, 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.

FORMAZIONE

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. Nell'ottica di fornire strumenti decisionali adeguati, che permettano di affrontare correttamente casi critici e situazioni lavorative problematiche che richiedano l'attivazione di misure di prevenzione, il percorso individuato dall'Istituto è stato quello proprio quello di garantire la conoscenza dei contenuti specifici dei piani anticorruzione individuando momenti di confronto con il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. 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:

- livello generale: rivolto a tutti i dipendenti al fine di garantire un approccio basato sull'etica e per presentare gli aggiornamenti fondamentali delle disposizioni in materia;
- livello specifico: 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.

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

CODICE DI COMPORTAMENTO

Nella strategia di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono un ruolo essenziale in quanto costituiscono uno strumento essenziale per regolare le condotte dei dipendenti e per orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico. L'Istituto, recependo le indicazioni fornite da ANAC, in particolare avuto riguardo alle "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche" di cui alla delibera n.177/2020, adottava già a fine anno 2021 un nuovo Codice di comportamento.

Alla luce della recente riforma del codice nazionale di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n.81/2023 è stato avviato il processo di integrazione dei contenuti. Gli ambiti di integrazione riguarderanno i comportamenti dei dipendenti nell'ottica della massima garanzia e tutela dell'immagine della pubblica amministrazione.

Si allega:

Allegato C1 - Ex PTPCT E DOCUMENTI ALLEGATI.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



SOTTOSEZIONI

**3.1 Sottosezione di programmazione
Struttura organizzativa**

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

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

**3.4 Sottosezione di programmazione
Formazione del Personale**



3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

PREMESSA

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

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.

TAB.VP1.AS1.ORG

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 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP1.AS1.ORG1	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.ORG2	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.ORG3	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.ORG4	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.ORG5	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP1.AS1.ORG6	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											

TAB.VP2.AS2.ORG

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 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP2.AS2.O RG1	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.O RG2	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.O RG3	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.O RG4	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP1 per il prossimo triennio											

TAB.VP3.AS4.ORG

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 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP3.AS 4.ORG1	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP3.AS 4.ORG2	Non sono previste misure organizzative funzionali al VP2 per il prossimo triennio											

PARTE GENERALE

1) ORGANIGRAMMA

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

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

2) LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

La catena organizzativa dei livelli di responsabilità dell'IZSLER alla data del 30.10.2023 è costituita da:

- Dirigenti n. 124 ;
- Posizioni Organizzative/Incarichi di funzione n. 1.

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

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

TIPOLOGIA DI INCARICO GESTIONALE	NR. DIRIGENTI
Incarico di direzione di struttura complessa	17
Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale	0
Incarico di direzione di struttura semplice afferente a struttura complessa	19

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	24
Incarico professionale di base D	29

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	1
Incarico professionale di base D	1

3) DIMENSIONI DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

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

STRUTTURA	FTE Dirigente 2021	FTE Comparto 2021	FTE Dirigente 2022	FTE Comparto 2022
Dipartimento di Tutela e Salute Animale	22,76	102,14	23,35	103,16
Dipartimento Sicurezza Alimentare	17,63	85,01	16,85	82,16
Dipartimento Area Territoriale Lombardia	30,71	81,50	30,29	75,29
Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna	26,72	73,26	25,50	70,38
Dipartimento Amministrativo	5	78,58	5,3	78,58
Strutture in Staff alla Direzione Generale	6	21,44	6	21,44
Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria	9,50	20,24	9,50	17,92

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 funzionale e una generale.

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.

TAB. VP1.AS1.AGIL

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Lavoro Agile"												
Azione organizzativa agile						Indicatori delle azioni organizzative agili						
Cod.	Nome	Resp onsa bile	Area organiz zativa	Contri butor s	Tempi	Dime nson e	Form ula	Baseli ne 2021	Target 2024	Targe t 2025	Targe t 2026	Font e
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											
VP1.AS1.AGIL6	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											

TAB. VP2.AS2.AGIL

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Lavoro Agile"												
Azione organizzativa agile						Indicatori delle azioni organizzative agili						
Cod.	Nome	Resp onsa bile	Area organiz zativa	Contri butor s	Tempi	Dime nsion e	Form ula	Baseli ne 2021	Target 2024	Targe t 2025	Targe t 2026	Font e
VP2.AS2.AGIL1	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.AGIL2	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.AGIL3	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											
VP2.AS2.AGIL4	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP1 per il prossimo triennio											

TAB. VP3.AS4.AGIL

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Lavoro Agile"												
Azione organizzativa agile						Indicatori delle azioni organizzative agili						
Cod.	Nome	Resp onsa bile	Area organiz zativa	Contri butor s	Tempi	Dime nsion e	Form ula	Baseli ne 2021	Target 2024	Targe t 2025	Targe t 2026	Font e
VP3.AS4.AGIL1	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP2 per il prossimo triennio											
VP3.AS4.AGIL2	Non sono previste misure organizzative del lavoro agile funzionali al VP2 per il prossimo triennio											

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) può così essere compendiate:

Lavoro agile dal 01.11.2022 al 31.10.2023	Fruito da n. 29 dipendenti	Totale giorni fruiti n.902
---	----------------------------	----------------------------

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.

3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

PREMESSA

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

PARTE FUNZIONALE

L'obiettivo della programmazione delle risorse umane è garantire lo svolgimento efficiente dell'intera organizzazione per la piena realizzazione del Piano 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, VP2 e VP3 attraverso processi di ottimizzazione nell'impiego delle risorse umane, come di seguito rappresentato:



STRATEGIA PER SOSTENERE IL VP1, VP2 e VP3: 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, 2 e 3 come sotto evidenziato :

TAB.VP1.AS1.PERS

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione “Fabbisogno di personale”												
Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabil e	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseli ne 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP1.AS 1.PERS1	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprirne le attività	Dott. Gabriele Ceresetti	Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria e SAQ	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E						Data Base interni Personale
VP1.AS 1.PERS2	Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprirne le attività	Dott. Gabriele Ceresetti	Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direzione Sanitaria e SAQ	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E						Data Base interni Personale
VP1.AS 1.PERS3	Reclutamento personale addetto alla ricerca sanitaria a supporto delle attività Classyfarm	Dott. Gabriele Ceresetti	Classyfarm	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E	n. collaboratori sanitari addetti alla ricerca cat. D	7	5 (nuove acquisizioni)	5	5	Data Base interni Personale
VP1.AS 1.PERS4		Dott. Gabriele Ceresetti	Classyfarm	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E						Data Base interni Personale
VP1.AS 1.PERS5		Dott. Gabriele Ceresetti	Classyfarm	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E						Data Base interni Personale
VP1.AS 1.PERS6	Reclutamento dirigente biologo a tempo indeterminato per lo sviluppo delle attività bioinformatiche e di sequenziamento	Dott. Gabriele Ceresetti	Areg	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONAL E	n. dirigente biologo tramite concorso pubblico	-	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

TAB.VP2.AS2.PERS

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione “Fabbisogno di personale”												
Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Base line 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP2.AS2.PER S1	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	dott. Gabriele Ceresetti	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	n.di personale addetto alla ricerca sanitaria (ricercatore sanitario cat. Ds - Collaboratore professionale di ricerca sanitaria cat. D)	62	67	70	72	Data Base interni Personale
VP2.AS2.PER S2	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	dott. Gabriele Ceresetti	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						
VP2.AS2.PER S3	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	dott. Gabriele Ceresetti	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						
VP2.AS2.PER S4	Reclutamento personale comparto fino a copertura completa delle unità	dott. Gabriele Ceresetti	Strutture inettressate dal servizio Ricerca	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						

TAB.VP3.AS4.PERS

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione “Fabbisogno di personale”												
Azione professionale						Indicatori delle azioni professionali						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP3.AS4.PER S1	Reclutamento del personale necessario per espletare le attività inerenti la formazione esterna su Classyfarm	dott. Gabriele Ceresetti	Formazione	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE	n. collaboratore professionale della ricerca sanitaria cat. D	-	1	1	1	Data Base interni Personale
VP3.AS4.PER S2	Reclutamento del personale necessario per espletare le attività inerenti la formazione esterna su Classyfarm	dott. Gabriele Ceresetti	Formazione	UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze	Annuale	SALUTE PROFESSIONALE						

NOTE: I Target inseriti sono frutto di una stima sulla base dei dati attualmente disponibili suscettibili di eventuali modifiche/integrazioni. Nel corso dell’anno 2023 si sono verificate alcune dimissioni.

PARTE GENERALE

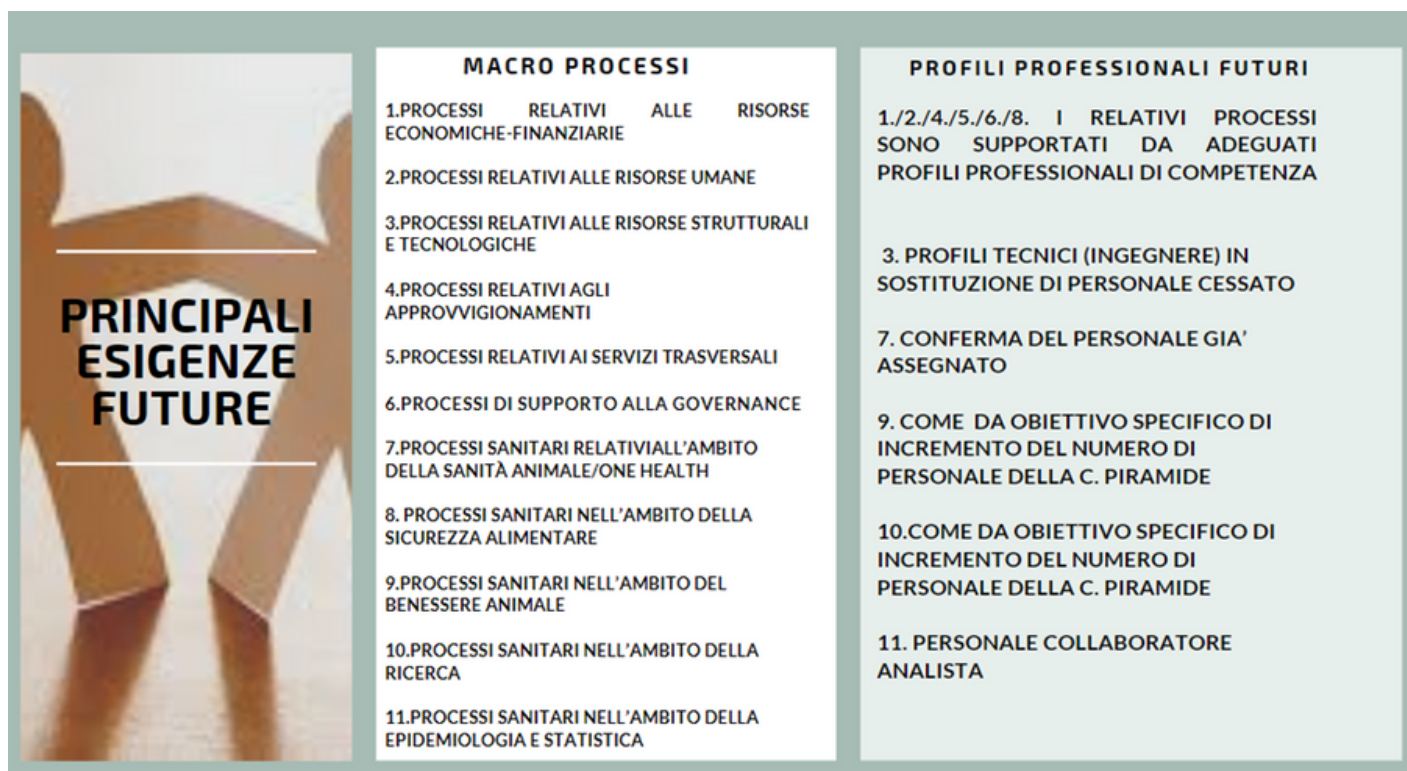
L'individuazione del fabbisogno di personale è stata preceduta da una puntuale analisi dei compiti complessivamente assolti dall'IZSLER, in quanto assegnati dalla vigente normativa e dagli enti cogherenti (stato, regione Lombardia e Emilia Romagna) in termini di competenze, attività, prestazioni erogate 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.



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.

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

Contenutisticamente la programmazione 2024 - 2025 si pone in linea di assoluta continuità con quella dell'anno precedente, sia per ovvie ragioni di coerenza con le misure occupazionali già assunte negli esercizi precedenti sia per assicurare il rispetto dei vincoli contingenti in particolare di natura economico - finanziaria. In tal senso le politiche del personale mirano a garantire un efficace turn over e l'applicazione degli istituti contrattuali che consentono, anche in prospettiva di carriera, una progressione del personale.

Allegato E1: ex PTFP 2024-2026 + Documenti allegati (ai sensi dell'articolo 12, comma 2 dell'intesa tra Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna concernente il riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, l'ex PTFP è stato trasmesso alle giunte regionali per l'esercizio delle funzioni di controllo)

3.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - FORMAZIONE DEL PERSONALE

PREMESSA

La formazione e lo sviluppo delle conoscenze del personale costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane e si collocano al centro dell'attuale processo di riforma della pubblica amministrazione, anche a livello europeo.

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

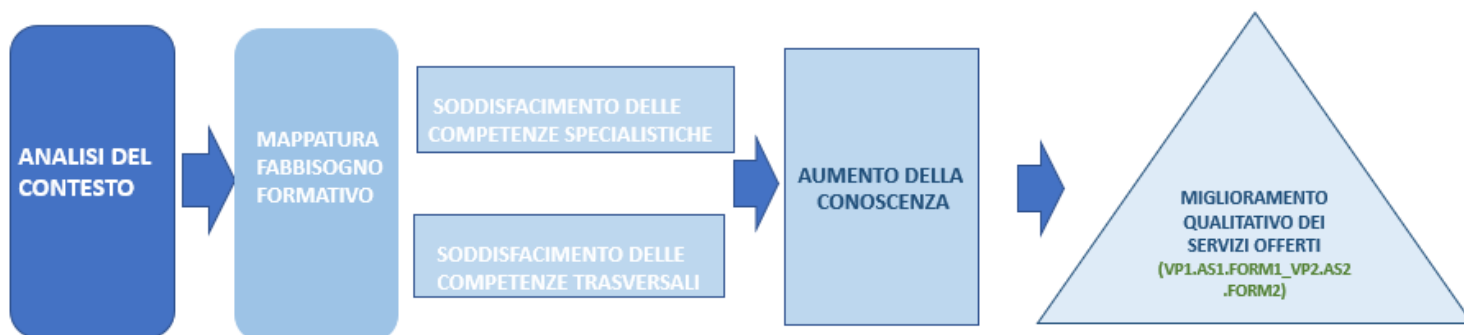
PARTE FUNZIONALE

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

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

FORMAZIONE INTERNA

Per il 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, diventando una LEVA per la creazione di VP, come sotto specificato:



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

VP1: Per il prossimo anno si affronterà ancora lo sviluppo delle competenze digitali, in linea con le richieste Europee e il rafforzamento della conoscenza della lingua inglese per il personale dirigente e per coloro che collaborano con organismi internazionali (centri di riferimento).

TAB.VP1.AS1.FORM

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Formazione del personale"												
Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Base line 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP1.AS1.FORM1	Miglioramento delle competenze inerenti la sicurezza alimentare (aggiornamento normativa)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SICUREZZA ALIMENTARE	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulla sicurezza alimentare	25	32	33	33	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM2	Miglioramento delle competenze inerenti la sanità animale (decreti attuativi)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SANITA' ANIMALE	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulla sanità animale	28	34	35	35	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM1/2	Miglioramento delle competenze inerenti tecniche analitiche	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	METODI PROVA	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi sulle tecniche analitiche	27	33	35	35	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM1/2	Miglioramento delle competenze inerenti tematiche ambientali	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	METODI PROVA	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi su SNPS	-	1	1	1	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM3.FORM4.FORM5	Miglioramento delle competenze inerenti CLASSYFARM	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	CALSSYFARM	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	N. di corsi su CLASSYFARM	20	20	20	20	Data base interni formazioni
VP1.AS1.FORM6	Non sono programmati corsi specifici di formazione	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	AREG	Formazione		SALUTE PROFESSIONALE						

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:

TAB.VP2.AS2.FORM

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Formazione del personale"												
Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP2.AS 2.FORM 1.2.3.4	Miglioramento competenze per il personale addetto alla ricerca tramite corsi mirati	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	RICERCA	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	n. corsi sulla ricerca in Izler	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.

FORMAZIONE ESTERNA

Per il VP3 questo si traduce nel generare Valore Pubblico attraverso una programmazione formativa che punta sulla qualità e quantità del servizio, in grado di soddisfare il fabbisogno di competenze esterne, come sotto specificato:

TAB.VP3.AS3.FORM

SEZIONE 3) ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO												
Sottosezione "Formazione del personale"												
Azione formativa						Indicatori delle azioni formative						
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Contributors	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2021	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonte
VP3.AS 4 .FORM1	Formazione delle competenze per gli operatori della sanità	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	FORMAZIONE ESTERNA	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE	n. corsi per abilitazione uso Classyfarm/S QNBA/Biosicurezza	-	10	10	10	Data base interni formazioni
VP3.AS 4 .FORM2	Formazione delle competenze per gli operatori della sanità	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	FORMAZIONE ESTERNA	Formazione	Annual e	SALUTE PROFESSIONALE						

VP3: 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.

PARTE GENERALE

I VALORI DELLA FORMAZIONE

La Formazione si configura come una delle mission più importanti per la nostra organizzazione, con il fine di:

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

PIANIFICAZIONE DELLA FORMAZIONE

Il processo di pianificazione della formazione prevede i seguenti step:

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

PIANO FORMATIVO

Sulla base di questi presupposti si articola l'offerta annuale di formazione che si concretizza nel Piano annuale della formazione. 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 formazione si suddivide in formazione interna, rivolta ai dipendenti dell'istituto, ed esterna, rivolta agli operatori della salute pubblica veterinaria, con il rilascio dei crediti ECM.

Si allega l'ex Piano annuale Formativo anno 2024 (Allegato E1).

IL RUOLO DELLE COMPETENZE nella Pianificazione del fabbisogno personale

Il fabbisogno formativo, che risponde alla necessità di migliorare, accrescere il bagaglio di conoscenze e abilità, può portare alla luce la necessità di rafforzare e sviluppare nuove competenze, anche alla luce del nuovo sistema di classificazione del personale, adottato a seguito del CCNL 2019-2021 comparto sanità. La mappatura delle competenze diventa elemento funzionale ad orientare le strategie di programmazione del fabbisogno di personale.

Le recenti modifiche normative e le linee di indirizzo unitamente all'evoluzione dei sistemi valutativi, orientano la PA in tal senso e costituiscono aspetti importanti da considerare per rendere più efficace l'intera organizzazione.



PRIORITA' AMBITI FORMATIVI DELLA FORMAZIONE INTERNA ANNO 2024

Per i prossimi anni, 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.

PRIORITA' AMBITI FORMATIVI DELLA FORMAZIONE ESTERNA ANNO 2024

La formazione esterna riguarda le esigenze formative verso gli operatori sanitari, di norma a valenza specialistica e professionalizzante, che prevedono per l'anno 2024 Classyfarm, e la formazione per la biosicurezza nella specie suina.

STRUTTURA/RISORSE PER LA FORMAZIONE

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

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

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

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO



SOTTOSEZIONI

4.1 Monitoraggio integrato

DIALOGO CON GLI STAKEHOLDERS: "PIAO sintetico documentale e interattivo"

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

In allegato è stato predisposto anche un PIAO documentale sintetico (Allegato F1).



CONCLUSIONI

L'obiettivo del presente documento è quello di esporre in modo semplice e chiaro il filo conduttore che lega tutti gli aspetti strategici dell'Istituto, al fine della creazione di Valore Pubblico per il soddisfacimento dei nostri stakeholders.

Il PIAO offre un'occasione per sollevare lo sguardo rispetto ai singoli adempimenti richiesti alle amministrazioni e ricostruire una visione complessiva delle scelte di programmazione e di gestione: in questo modo, si intende favorire una continuità logica e operativa tra la traiettoria della pianificazione strategica, la programmazione economico-finanziaria e gli interventi di traduzione della strategia a livello gestionale e operativo.

Per questa seconda edizione del PIAO è stato curato maggiormente l'aspetto comunicativo per rafforzare e migliorare il coinvolgimento degli stakeholders, consapevoli del fatto che il percorso è ancora in continua crescita.

Direttore Generale
Dott. Piero Frazzi

ALLEGATI

SEZIONE 2.1 - SOTTESEZIONE VALORE PUBBLICO	
A1	ANALISI DI CONTESTO
A2	CRUSCOTTO DI ENTE
A3	MISURAZIONE DEL VP
SEZIONE 2.2 - SOTTESEZIONE PERFORMANCE	
B1	PIANO TRIENNALE DI DIGITALIZZAZIONE 2024 2026
B2	GENDER EQUALITY PLAN 2024 2026
B3	EX PIANO AZIONI POSITIVE 2024 2026
SEZIONE 2.3 - SOTTESEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	
C1	EX PTPCT 2024-2026 E DOCUMENTI ALLEGATI
SEZIONE 3.1 - SOTTESEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	
NESSUN ALLEGATO	
SEZIONE 3.2 - SOTTESEZIONE ORGINIZZAZIONE LAVORO AGILE	
NESSUN ALLEGATO	
SEZIONE 3.3 - SOTTESEZIONE PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE	
D1	EX PTFP 2024 2026 E DOCUMENTI ALLEGATI
SEZIONE 3.4 - SOTTESEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE	
E1	EX PIANO ANNUALE FORMATIVO
F1	PIAO DOCUMENTALE SINTETICO

