

# REPORT DEL P.I.A.O. 2023

---



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



## REPORT DEL PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

# INDICE

<b>PRESENTAZIONE DEL REPORT DEL PIAO.....</b>	<b>1</b>
Presentazione del report del PIAO.....	1
Criteri di qualità del documento, dei soggetti e del processo.....	2
Metodologia.....	3
Struttura .....	4
Fonti alimentanti.....	5
Ambiti d'intervento.....	6
 <b>SEZIONE N.1 - ATTIVITA' REALIZZATE.....</b>	 <b>7</b>
Sintesi attività trasversali.....	8
Le nostre risorse.....	16
Sostenibilità economica finanziaria.....	17
Sintesi risultati di performance .....	18
 <b>SEZIONE N.2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	 <b>19</b>
2.1 Sottosezione Valore Pubblico.....	20
Processo di creazione del valore.....	20
Quanto valore pubblico.....	23
 2.2 Sottosezione performance.....	 30
-parte funzionale.....	30
-parte generale.....	31
 2.3 Sottosezione anticorruzione.....	 34
-parte funzionale.....	34
-parte generale.....	35
 <b>SEZIONE N.3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	 <b>37</b>
3.1 Sottosezione struttura organizzativa.....	38
-parte funzionale.....	38
-parte generale.....	38
 3.2 Sottosezione fabbisogno del personale.....	 40
-parte funzionale.....	40
-parte generale.....	41
 3.3 Sottosezione formazione del personale.....	 43
-parte funzionale.....	43
-parte generale.....	44
 <b>SEZIONE N.4 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....</b>	 <b>47</b>
4.1 Sottosezione Misurazione e valutazione della performance.....	48
 Aree di miglioramento .....	 50
Tabella allegati .....	51



## Presentazione del Report del PIAO

Il presente Report illustra agli stakeholders interni ed esterni, i risultati programmati all'interno del PIAO 2023-2025, al fine di migliorare la qualità del servizio offerto.

Il documento descrive come l'organizzazione ha orientato le risorse in risultati, gli input in output, creando Valore Pubblico (VP) per l'ambiente di riferimento.

Il VP viene generato attraverso scelte consapevoli e strategie responsabili, misurato attraverso adeguati indicatori di impatto, sostenuto facendo leva sulle dimensioni dell'efficacia/efficienza/economicità, valorizzando il proprio patrimonio intangibile (umano, organizzativo, sociale, finanziario, materiale e naturale), ma anche protetto da misure di prevenzione della corruzione/trasparenza.

L'obiettivo del Report è illustrare la misurazione e la valutazione del contributo da parte di una organizzazione alla creazione di benessere, attraverso la rendicontazione integrata degli impatti indiretti, in modo che il processo di reporting possa fornire una rappresentazione completa e rilevante sulla governance, sull'approccio gestionale, sulla strategia e sulle performance, per consentire agli stakeholders di valutare quanto l'organizzazione contribuisca al perseguimento di obiettivi sostenibili.

Il framework adottato si è sviluppato secondo logiche innovative e più estensive rispetto a quanto previsto dall'art. 5 del D.M. 132/2022, con il fine ultimo della realizzazione del "ONE REPORT".

Esso contiene una serie di informazioni qualitative, quantitative, finanziarie e non, mostrando come gli aspetti legati al contesto esterno ed interno hanno influenzato i risultati attesi.

Si presenta quindi come :

- uno strumento di miglioramento gestionale: l'amministrazione può riprogrammare e ripensare gli obiettivi e le risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente al fine di migliorare progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- uno strumento di accountability: l'amministrazione rendiconta a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti e le relative cause rispetto agli obiettivi programmati.

Il presente Report è stato validato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) nella seduta del 06.06.2024 e adottato dal Consiglio di Amministrazione con la deliberazione n. \_\_\_ del 19.06.2024, verrà pubblicato sul sito istituzionale, in Amministrazione Trasparente, per una più ampia e trasparente diffusione dei contenuti.

## Criteri di qualità del documento, dei soggetti e del processo

I principi ispiratori che hanno sostenuto la redazione del presente Report, sono quelli già esposti nel PIAO:

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, anche attraverso la digitalizzazione di processi e documenti.

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 attenzione 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 documento in cui tutte le sezioni sono funzionali alla creazione e alla protezione del Valore Pubblico.

6) **Processo e soggetti del Report del PIAO:** identificazione chiara dei soggetti coinvolti nel processo di predisposizione del Report del PIAO (Integration Team Funzionali, Aree tematiche, Team Valore Pubblico) con relativa programmazione delle attività (cronoprogramma delle attività).

## Metodologia

Il documento è redatto ai sensi dell'art. 10, comma 1, D Lgs 150/2009 e sulla base della Linea Guida n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'approccio metodologico utilizzato per la redazione si basa sulla sinergia e integrazione tra le diverse prospettive, sia in un'ottica verticale (dal mandato alla tattica) che orizzontale (tra performance/misure anticorruzione/previsioni eco-patrimoniali).

E' ispirato alla logica dell'integrazione, ed essendo simmetrico al PIAO, è strutturato in Sezioni e SottoSezioni.

La struttura delle Sezioni e SottoSezioni, progettata per migliorare la leggibilità e la navigabilità del documento, è articolata in due parti:

- una parte generale: destinata ad accogliere i contenuti generali in conformità alla normativa vigente, indirettamente funzionali a generare VP;
- una parte funzionale: destinata ad accogliere gli obiettivi/azioni direttamente funzionali a generare VP.

Per la sua realizzazione IZSLER si è avvalso della collaborazione del Centro di Ricerca sul Valore Pubblico ([www.cervap.it](http://www.cervap.it)) dell'Università degli Studi di Ferrara, del prezioso contributo del NVP e del supporto degli Integration Teams. La redazione del documento è ad opera del Controllo di Gestione e Performance (COGEP).

Di seguito si presenta la struttura del Report in formato tabellare e le sue fonti alimentanti.

# Struttura

## SEZIONE N.1 - RISULTATI RAGGIUNTI DALL' AMMINISTRAZIONE

## SEZIONE N. 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

### SOTTOSEZIONE 2.1 - VALORE PUBBLICO

Espone i risultati in termini di Valore Pubblico creato

#### SOTTOSEZIONE N. 2.2 PERFORMANCE

#### SOTTOSEZIONE N. 2.3 PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

##### PARTE FUNZIONALE

espone i principali risultati legati agli obiettivi di performance quali leve per la creazione degli Obiettivi di VP

##### PARTE FUNZIONALE

espone le misure/azioni per la protezione degli Obiettivi di VP

##### PARTE GENERALE

espone i principali risultati legati agli obiettivi istituzionali di gestione dell'ente

##### PARTE GENERALE

espone i risultati principali in tema di prevenzione della corruzione e massima trasparenza (Ex PTPCT 2023-2025)

## SEZIONE N.3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)

### SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)

#### SOTTOSEZIONE N.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

#### SOTTOSEZIONE N.3.2 ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

#### SOTTOSEZIONE N.3.3 FABBISOGNI DEL PERSONALE

#### SOTTOSEZIONE N.3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

PARTE FUNZIONALE:  
espone i dati/azioni quali fattori abilitanti per sostenere gli Obiettivi di VP

PARTE FUNZIONALE:  
espone i dati/azioni quali fattori abilitanti per sostenere gli Obiettivi di VP

PARTE FUNZIONALE: espone i dati/azioni quali fattori abilitanti per sostenere gli Obiettivi di VP in termini di di fabbisogno del personale

PARTE FUNZIONALE:  
espone i dati/azioni quali condizioni abilitanti per sostenere gli Obiettivi di VP in termini di fabbisogno di competenze.

PARTE GENERALE: espone le eventuali misure organizzative adottate finalizzate al buon andamento dell'azione amministrativa

PARTE GENERALE:  
espone i dati relativi al ricorso alla modalità di lavoro agile

PARTE GENERALE: espone i risultati e i dati circa l'attuazione dell'ex PTFP 2023 -2025 e la verifica della relativa spesa

PARTE GENERALE:  
espone i risultati e i dati circa l'attuazione dell'ex PAF 2023 e la verifica della relativa spesa;

## SEZIONE N.4 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

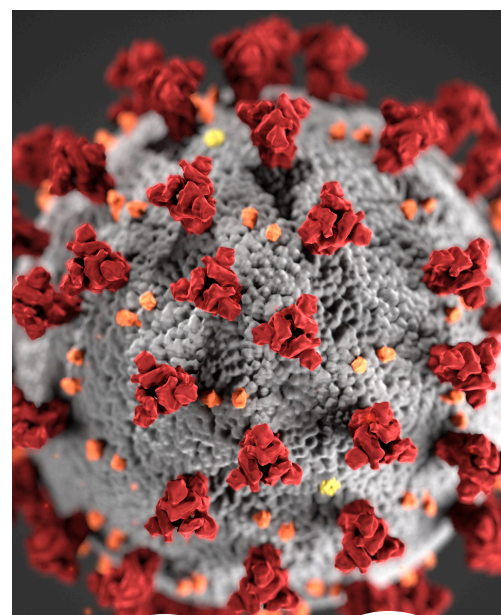
## Fonti alimentanti

Per la stesura del Report sono stati analizzati i dati e le informazioni fornite e certificate dal Controllo di Gestione, ma anche da altre fonti alimentanti, sulla base degli esiti del monitoraggio sintetico ed analitico.

Lo schema mette in evidenza la connessione di informazioni e dati, necessari per l'analisi dei processi decisionali, supportati da diversi flussi di reporting.



# AMBITI D'INTERVENTO



SALUTE  
ANIMALE

BENESSERE  
ANIMALE

SICUREZZA  
ALIMENTARE

FORMAZIONE

SNPS

LABORATORIO  
CLINICO

RICERCA



## CARTA DEI SERVIZI

LINK:<https://trasparenza.izsler.it/docForward.jsp?idDoc=1380>

## SEZIONE 1 - ATTIVITA ' REALIZZATE 2023



### SINTESI ATTIVITA' REALIZZATE

---

- Principali attività nei vari ambiti
- Le nostre interne
- Sostenibilità economica-finanziaria
- Sintesi risultati di performance





## SINTESI ATTIVITA' REALIZZATE

---

Nella presente sottosezione si intende focalizzare l'attenzione sulle principali attività realizzate, nei vari ambiti di intervento, collegate alle specifiche funzioni di competenza di questo Istituto.

La rendicontazione mette in evidenza anche come il contesto esterno ed interno ha impattato sul raggiungimento degli obiettivi, focalizzando l'attenzione su eventuali mutamenti di contesto (emergenze sanitarie) o difficoltà/opportunità riscontrate, che hanno provocato eventuali scostamenti e/o relative riprogrammazioni.

Per ogni ambito verranno fornite le seguenti informazioni:

- descrizione dei principali risultati raggiunti e analisi d'impatto del contesto;
- i numeri che hanno caratterizzato l'ambito;

- un focus sulle novità più importanti,

che saranno presentate in formato sintetico nelle prossime pagine, con un livello di approfondimento maggiore nell'Allegato A1.

Si sottolinea come tutte le attività hanno contribuito a far crescere l'ente nel panorama nazionale e internazionale; a garantire l'erogazione dei servizi relativi ai compiti istituzionali; a rafforzare la competitività della ricerca; a migliorare l'organizzazione al fine di valorizzare il ruolo del personale che vi opera e generare apprendimento e crescita professionale.

Le attività sono state realizzate, come si vedrà nelle prossime pagine, grazie alla copertura del bilancio, che garantisce la piena sostenibilità delle attività istituzionale e assicura, con ampi margini, la copertura dei costi; grazie ad una programmazione adeguata del fabbisogno di personale e a un continuo lavoro di valorizzazione delle competenze, attraverso la pianificazione di corsi di formazione.



# SANITA' ANIMALE

## PRINCIPALI ATTIVITA' REALIZZATE

- A. Rapida attivazione di 3 laboratori per lo sviluppo di strategie di controllo ed eradicazione a supporto delle autorità regionali**
- B. Ampliamento delle attività dei laboratori entomologici regionali per il controllo delle arbovirosi**
- C. Identificazione sorgenti di antibiotico resistenza nelle popolazioni selvatiche**
- D. Sorveglianza di patogeni virali emergenti negli animali selvatici**

## FOCUS

### EMERGENZE EPIDEMICHE: INFLUENZA AVIARIA - PESTE SUINA AFRICANA

L'influenza aviaria si è manifestata con elevata frequenza negli uccelli selvatici, ma le rigide misure di sicurezza e l'adozione di misure di monitoraggio e controllo da parte di Autorità competenti supportate da IZSLER per la parte analitica, hanno di fatto impedito il passaggio al comparto avicolo intensivo. Similmente a quanto segnalato nel resto dell'Europa, di rilievo in estate la moria di gabbiani sulle rive dei principali laghi (Garda e Iseo) e specchi d'acqua della Pianura Padana che hanno suscitato un aumento della attenzione del pubblico verso questa problematica anche per la velata possibilità di un adattamento e passaggio del virus ai mammiferi. Le infezioni nell'uomo sono state segnalate in Paesi extra-UE in sporadiche occasioni, ma il rischio per la popolazione rimane basso. LA PSA ha fatto la sua comparsa in Lombardia, in provincia di Pavia, ad inizio dapprima nei cinghiali e due mesi dopo anche in allevamenti suini (8 in tutto i focolai), come conseguenza della diffusione della malattia tra i cinghiali e dell'aumento della carica virale ambientale. Gli sforzi congiunti per mitigare i potenziali impatti economici diretti e indiretti sull'industria suinicola italiana e mondiale, l'indagine epidemiologica e le misure attuate a seguito delle normative nazionali ed europee, nonché le misure eccezionali ad hoc volte a proteggere l'industria suinicola hanno fornito un approccio pratico ed efficace alla lotta alla PSA, almeno negli allevamenti suinicoli.

# 2.446.598

## TOTALE ESAMI



# SICUREZZA ALIMENTARE

## PRINCIPALI ATTIVITA' REALIZZATE

**A. Piena applicazione della procedura della contro perizia e delle controversie (D.Lvo 27/2021)**

**B. Ampliamento dell'attività analitica resa all'utenza**

**C. Estensione dell'utilizzo dei metodi WGS in ambito di epidemiologia genomica nei casi di tossinfezioni alimentari**

**D. Supporto analitico all'individuazione delle cause di malattie trasmesse da alimenti**

## FOCUS

### SUPPORTO ANALITICO PER LE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI

Il termine di malattie trasmesse da alimenti (MTA), comprende una serie di sindromi causate dall'ingestione di cibi contaminati da una quantità sufficiente di sostanze tossiche o di microrganismi patogeni, in grado di dare origine a sintomi di malattia. Indubbiamente il mutamento delle abitudini alimentari, le tecnologie alimentari e la globalizzazione dei mercati sono i fattori di maggiore criticità. Anche la percentuale sempre più significativa di persone allergiche pone l'attenzione sull'insorgere di MTA legate al consumo di sostanze contenenti hidden food tenuto anche conto che la quantità di sostanza in grado di indurre reazione avversa non è misurabile ed è ospite dipendente. Il contesto interno all'IZSLER vede coinvolte tutte le strutture che effettuano attività analitica nell'ambito della sicurezza alimentare presenti in sede e presso le Sedi Territoriali delle 2 Regioni con una spiccata specializzazione perché in questo settore si spazia dalla ricerca di microbiologia classica, alla virologia alimentare, all'applicazione di tecniche in PCR, di sequenziamento genomico, ELISA e LC-MS/MS. Oltre alle storiche MTA causate da Salmonella, Listeria e tossine batteriche di Stafilococchi, E. coli e B. cereus e istamina, stanno assumendo un ruolo rilevante anche quelle causate da virus come il Norovirus e il virus dell'epatite A. A queste classiche cause di MTA si stanno aggiungendo 2 nuove categorie di potenziali agenti patogeni: le sostanze che determinano allergia o intolleranza alimentare e le tossine di origine naturale presenti prevalentemente negli alimenti di origine vegetale come gli alcaloidi tropanici, pirrolizidinici ecc. Per la prima categoria, quella definita come "classica", c'è un coinvolgimento trasversale un po' di tutte le strutture dell'ente, per le altre 2 invece c'è una forte specializzazione con concentrazione dell'attività analitica in 2 reparti. Poi, ulteriore elemento caratterizzante, per la prima categoria c'è già una consolidata disponibilità di metodi e di attività con oltre 300 campioni conferiti nel 2023, per le altre 2 si è ancora nella fase di sviluppo, validazione e accreditamento di nuove metodiche analitiche per raggiungere il maggior grado di copertura. Per queste nel 2023 ci sono stati dei casi di forte impatto sanitario e mediato con rilievo di  $\beta$ -lattoglobuline e altri allergeni (proteine dell'uovo) in dolci somministrati in un ristorante e in un secondo caso sempre determinato dalla presenza di proteine del latte ( $\beta$ -lattoglobuline e caseine) in una frittata somministrata in una mensa scolastica. A questi vanno aggiunti 3 casi con il riscontro di tossine del tropano in prodotti a base di spinaci.

# 2.085.806

## TOTALE ESAMI



# BENESSERE ANIMALE

## PRINCIPALI ATTIVITA' REALIZZATE

- A. Continuo sviluppo del sistema Classyfarm**
- B. Definizione del piano nazionale del benessere animale in collaborazione con il Ministero della Salute e regioni**
- C. Erogazione corsi di formazione per medici veterinari pubblici e privati in tema di benessere animale**
- D. Valutazioni di nuovi sistemi per l'abbattimento di suini in corso di emergenze epidemiche**

## FOCUS

### BENESSERE ANIMALE E SVILUPPO DEL SISTEMA CLASSYFARM

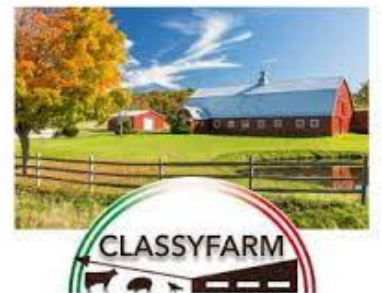
Nel corso del 2023 il sistema ClassyFarm è stato oggetto di nuove applicazioni a favore della veterinaria pubblica e della zootecnia. Alla fine del 2022, il sistema è stato incorporato in numerose leggi nazionali come uno dei pilastri fondamentali della veterinaria e della zootecnia italiana. Si vedano a tal proposito i contenuti i) del Decreto n. 341750 del 2 agosto 2022 del MASAF e del MINSAN, che disciplina il "Sistema di qualità nazionale per il benessere animale"; ii) del Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 136 recante attuazione del Regolamento (UE) 2016/429; iii) del Decreto del 23 dicembre 2022 del MASAF che disciplina il Nuovo Piano Strategico per la PAC 2023-2027; iv) dei Decreti 28 giugno 2022 e 30 maggio 2023 del Ministero della Salute, in tema di biosicurezza degli stabilimenti che detengono rispettivamente suini e avicoli.

Queste novità hanno amplificato notevolmente l'interesse e l'utilizzo di ClassyFarm che è stato oggetto di numerose attività correlate, volte alla costruzione-revisione dei questionari di valutazione del benessere animale e della biosicurezza per le specie ruminanti, suini, avicoli e conigli in modo da renderli uniformemente interpretabili e fruibili. Anche l'attività di estrazione e analisi dei dati inseriti e la loro interpretazione a supporto delle associazioni di filiera e Autorità competenti è stata fortemente implementata.

Lo sviluppo di un unico applicativo per la valutazione del rischio per il benessere animale, la biosicurezza degli allevamenti e il consumo di antibiotico è diventato nel corso del 2023 un forte motivo di collaborazione fra la rete degli IZZSS e fra questi e le attività sul territorio svolte dagli organi di sanità pubblica veterinaria.

# 332.194

### N. ACCESSI A CLASSYFARM



# RICERCA

## PRINCIPALI ATTIVITA' REALIZZATE

- A. Individuazione del partner ed avvio di un servizio di supporto alla ricerca finalizzato a potenziare le attività di Fund Raising e Grant Writing**
- B. Candidatura, pianificazione e partecipazione alla Partnership Europea per la salute e benessere animale (EUPAHW)**
- C. Partecipazione al progetto INF-ACT in ambito PNRR**

## FOCUS

### PERCORSI DI FORMAZIONE E SUPPORTO DEL PERSONALE DELLA RICERCA SANITARIA

Nel corso del 2023 è proseguito il percorso di formazione e supporto al personale della Ricerca Sanitaria. In particolare la formazione ha insistito sullo sviluppo delle capacità di presentazione orale, grafica, e di scrittura di progetti. Uno di questi eventi ha visto la partecipazione dello Chief Scientist di EFSA, Carlos Das Neves, nell'ambito della ormai consolidata "Anteprima" della Giornata della Ricerca Corrente IZSLER. È continuato il supporto ai ricercatori per la partecipazione al programma EU-FORA finanziato da EFSA, grazie al quale è stato ricevuto un grant per un programma di scambio con l'Università di Cartagena per la valutazione del rischio su batteri sporigeni.

In collaborazione con gli atenei di Parma, Brescia, e Bologna, IZSLER ha deciso di stanziare parte dei fondi destinati alla ricerca autofinanziata (i.e. € 200.000) al co-finanziamento di tre borse di dottorato, una per ogni ateneo coinvolto. Questa iniziativa, congiuntamente all'attivazione di percorsi di dottorato industriale riservati ai dipendenti, contribuirà a rafforzare i rapporti di collaborazione con le università del territorio su cui IZSLER agisce, e più in generale a far crescere la capacità e la cultura della ricerca dell'istituto.

# 151

### N. PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE



# ATTIVITA' TRASVERSALI: FORMAZIONE



<b>N. UTENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE FORMATI SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE</b>	24.805
<b>N. PARTECIPANTI AI CORSI FORMATIVI EROGATI DALL'IZSLER</b>	44.194
<b>N. TOTALE DEI CREDITI ECM PRODOTTI DA IZSLER</b>	416.553,50
<b>N. MEDIA CORSI PER DIPENDENTE</b>	5,05

## SI SEGNA LA:

### FORMAZIONE NAZIONALE PER IL BENESSERE DEGLI ANIMALI

A distanza di 15 anni dalla prima formazione in materia di benessere degli animali allevati, viste le notevoli innovazioni introdotte negli ultimi anni in particolare nel controllo ufficiale e nell'autocontrollo il Ministero della Salute ha avviato un percorso per la formazione e per il continuo aggiornamento professionale dei veterinari ufficiali in tale settore. Il percorso prevede la formazione di un primo nucleo di veterinari pubblici che faranno da referenti per la formazione a cascata di altri veterinari per arrivare infine anche alla formazione degli allevatori sotto il controllo delle Regioni e delle ASL che dovranno autorizzare i corsi, seguirli ed essere presenti alla formazione degli allevatori. I primi corsi sono stati realizzati a partire da Settembre 2023.

### FORMAZIONE DEI VETERINARI PUBBLICI ALLA VALUTAZIONE DEGLI IMPIANTI DESTINATI AGLI ALIMENTI VERSO GLI USA

Sono stati realizzati n.8 eventi formativi che proseguiranno anche nel 2024



### TRASFERIMENTO DI COMPETENZE AL TERRITORIO

L'anno 2023 ha visto la realizzazione di corsi di disseminazione degli eventi BTSF (Better Training for Safer Food), eventi svoltisi in Italia e in Europa, destinati ai veterinari pubblici. L'UE prevede, per questi corsi, la disseminazione all'interno del proprio territorio delle procedure e cognizioni apprese. La Direzione ha pertanto stabilito una procedura secondo la quale al rientro da un evento BTSF i laureati IZSLER che spesso vengono invitati procedano alla predisposizione di un corso teorico-pratico di disseminazione per 25 partecipanti destinato ai dipendenti, ma con almeno 5 posti riservati ai veterinari delle due regioni di competenza.



# ATTIVITA' TRASVERSALI: QUALITA'



<b>MP ACCREDITATI</b>	380
<b>NUOVI METODI EMESSI</b>	49
<b>DOCUMENTI DELLA QUALITA' REVISIONATI</b>	585

<b>CONTROLLI INTERNI SISTEMA QUALITA'</b>
106.545



## SI SEGNALE:

- Attivazione accreditamento flessibile per i metodi chimici per i due reparti chimici di Brescia e Bologna;
- Continua l'informatizzazione del percorso di emissione dei documenti nuovi/revisionati della qualità e delle registrazioni legate alle dotazioni strumentali;
- E' divenuto completamente operativo il sistema Labguard per il monitoraggio delle temperature delle camere climatiche, con 1570 sonde attualmente operanti nell'ente.

**1073**

n. documenti del SQG emessi con procedura esclusivamente informatica.

**8800**

n. schede di registrazione delle apparecchiature digitalizzate.

## RIESAME DELLA QUALITA'

Ogni anno l'Istituto elabora il Riesame, secondo la normativa ISO 17025, al fine di assicurare l'efficacia del sistema nel soddisfare gli obiettivi di qualità e analizzare le performance dell'organizzazione. Lo scopo del riesame è aiutare l'organizzazione a migliorare analizzando le informazioni raccolte, prendendo decisioni e svolgendo apposite azioni in conseguenza di ciò che si è rilevato. Inoltre l'Istituto ogni anno adotta il Piano di Audit che contiene la pianificazione di tutti gli audit che verranno svolti nell'anno. Per la definizione del Piano stesso si è tenuto conto anche degli atti di indirizzo adottati da ANAC. Il Piano è redatto secondo lo schema definito da ACCREDIA.

## VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE:

- n. 28 sulla base della norma ISO 17025;
- n. 2 sulla base della norma ISO 9001;
- n.4 per la biosicurezza;
- n.6 gestionali.

Gli esiti degli audit gestionali amministrativi e sanitari sono considerati nella relazione annuale della RPCT.

# LE PRODUZIONI DEL MONDO



<b>REAGENTI</b>	€ 456.983
<b>VACCINI STABULOGENI</b>	€ 1.074.324
<b>MATERIALI DELLA BIOBANCA</b>	€ 72.162
<b>ANTIGENI</b>	€ 29.881

## ANALISI DEL RISCHIO ED EPIDEMIOLOGIA GENOMICA

Nel corso del 2023, il sistema di sorveglianza WGS ha identificato diversi focolai di tossinfezione che sono stati oggetto di allerte a livello nazionale e internazionale da parte delle autorità competenti italiane. In particolare, IZSLER ha dato un contributo sostanziale a livello nazionale e internazionale alle indagini di focolaio relative a contaminazioni da:

- L.monocytogenes di ST1 associate al consumo di olive nere al forno (RASFF 2023.5454);
- L.monocytogenes di ST1607 associate al consumo di salmone prodotto in Danimarca (RASFF 2022.7482, RASFF 2023.4705) ancora in corso a livello europeo;
- L.monocytogenes di ST155 associate al consumo di prodotti ittici lituani e per le quali IZSLER ha contribuito alla stesura del JOINT ECDC-EFSA RAPID OUTBREAK ASSESSMENT "Prolonged multi-country cluster of Listeria monocytogenes ST155 infections linked to ready-to-eat fish products" (ROA\_2023-FWD-00023) pubblicato a dicembre 2023.



Relativamente alla sanità animale, la sorveglianza WGS condotta conferma l’espansione di una epidemia di salmonellosi bovina nel territorio di competenza sostenuta principalmente da alcuni cloni di Salmonella Thyphimurium e Salmonella Dublin. Nell’ottica di rendere sempre più efficiente e tempestivo il sistema di sorveglianza WGS di IZSLER, nell’anno 2023 è stato sviluppato un Sistema Gestionale di Laboratorio per la tracciabilità e gestione dei ceppi sottoposti a WGS e dei loro metadati utilizzati a fini epidemiologici; ulteriori futuri sviluppi di questo strumento permetteranno di supportare sia le esigenze del laboratorio, sia le richieste dall’utenza (ASL, Regioni ecc) per finalità di tipo sanitario.

# LE NOSTRE RISORSE

Per il raggiungimento dei risultati come esposti nelle pagine precedenti l'ente ha potuto contare sulle seguenti risorse e sulla sostenibilità economica-finanziaria.

## RISORSE UMANE E RELAZIONALI



Operano alla data del 31.12.2023 n. 709 dipendenti con diverse professionalità. Molteplici sono i soggetti portatori di interesse che hanno correlazioni di diversa natura ( PA, Istituzione Pubbliche, associazioni, collettività, soggetti istituzionali, organizzazioni internazionali).

## RISORSE STRUMENTALI



L'Istituto ha investito una somma complessiva pari a € 11.480.526 per investimenti a vario titolo, i più rappresentativi sono i seguenti:

- Attrezzature sanitarie e scientifiche, impianti e macchinari € 6.457.763;
- Fabbricati strumentali € 4.030.534;
- Software € 300.336;
- Hardware (PC, server, notebook ecc) € 290.776;
- Automezzi € 110.008.

## RISORSE IMMATERIALI



L'Ente attua una politica di attenzione alle risorse naturali:

- Iniziative di razionalizzazione energetica;
- priorità a salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Sensibilizzazione ai temi ambientali, mobilità casa-lavoro iniziative del Comune di Brescia;
- raccolta differenziata.

## RISORSE INFRASTRUTTURALI



L'IZSLER ha investito in questi anni nello sviluppo di determinati applicativi e sistemi informatici per la gestione dei dati con particolare riguardo all'ambito Benessere/ Salute Animale e Sicurezza Alimentare, volti a fornire un maggior livello di innovazione e quindi di servizio.

## RISORSE FINANZIARIE



Il patrimonio netto è così strutturato:

- Fondo di dotazione: € 133.190.051;
- Finanziamenti per investimenti: € 13.551.315;
- Riserve da donazioni: € 12.200;
- Altre riserve: € 62.918.055;
- Utile d'esercizio: € 52.764.



## SOSTENIBILITA' ECONOMICA FINANZIARIA

Il risultato di esercizio del 2023 è di € 52.764. Nel complesso i ricavi dell'esercizio registrano un aumento del 4,08%, mentre i costi della gestione caratteristica aumentano del 5,16%. L'incremento del valore della produzione va correlato principalmente all'incremento dei contributi ricevuti dalle Aziende Sanitarie delle due Regioni e dai PCF per le attività diagnostiche svolte dall'IZSLER di cui al D. Lgs 32/202, all'incremento dei contributi in conto esercizio vincolati per la ricerca e al maggior utilizzo fondi per quote inutilizzate c/vincolati di esercizi precedenti. La consistenza patrimoniale rimane solida, ma, rispetto ai precedenti esercizi, il risultato di gestione non consente di individuare ulteriori fonti di finanziamento da destinare a futuri investimenti per l'ammodernamento delle attrezzature di laboratorio a supporto dell'attività di analisi e di ricerca scientifica. Anche nel 2023 i tempi di pagamento verso i fornitori si sono attestati su una media di 38 gg.: il dato è calcolato considerando nel conteggio anche le fatture oggetto di contestazione e quelle il cui pagamento è subordinato alla ricezione di finanziamento vincolato. Il bilancio di esercizio è stato predisposto secondo lo schema previsto dal Decreto Legislativo 23.06.2011, n.118 recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art.1 e 2 della Legge 5.05.2009, n.42". Il documento si differenzia in alcune parti dallo schema previsto per le Aziende Sanitarie al fine di fornire una migliore rappresentazione della diversa tipologia di attività svolta dall'Ente. Le modifiche apportate allo schema di bilancio sono state condivise con gli altri II.ZZ.SS. e la regione. Il costo del personale dipendente è di € 37.499.217 ed è aumentato del 3,5%. Esso rappresenta il 47,10% dei costi della produzione ed assorbe il 61,47% dell'assegnazione annuale dallo Stato.

L'incremento di € 1.268.075 è correlato ai seguenti fattori:

1. adeguamenti contrattuali per il personale
2. saturazione dei posti della dotazione organica
3. incremento del numero del personale a tempo determinato nell'ambito della cosiddetta Piramide della ricerca, che passa dalle n. 6 unità del 2021, alle n. 54 unità del 2022 fino alle n.61 unità al 31.12.2023. Il costo dell'esercizio è di € 2.168.384.

La composizione del costo del personale per ruolo è la seguente:

- a) ruolo veterinario € 10.545.481;
- a) ruolo sanitario € 10.742.550;
- b) ruolo professionale € 145.564;
- c) ruolo tecnico € 11.744.098;
- d) ruolo amministrativo € 4.321.524.

Il costo del personale a tempo indeterminato è aumentato da € 32.765.391 a € 33.541.049, mentre il costo del personale a tempo determinato è aumentato passando da € 3.465.751 a € 3.958.168, di cui € 2.168.384 riferito a quello assunto nell'ambito della cosiddetta Piramide della Ricerca. Il costo del personale dipendente rispetta il limite di spesa previsto dall' Ex Piano dei fabbisogni del personale.

Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla lettura della sezione "Bilanci" in Amministrazione Trasparente.

# SINTESI RISULTATI DI PERFORMANCE

## EQUILIBRIO ECONOMICO

VALORE DELLA  
PRODUZIONE:  
€ 81.951.852

COSTI DELLA  
PRODUZIONE:  
€ 79.611.826

## EQUILIBRIO PATRIMONIALE

PATRIMONIO  
NETTO:  
€ 209.724.385

FINANZIAMENTO  
DA TERZI:  
€ 14.177.650

## EQUILIBRIO FINANZIARIO

ATTIVO  
CIRCOLANTE:  
€ 198.030.814

PASSIVO  
CIRCOLANTE:  
€ 14.177.650

EFFICIENZA: RICAVO FULL TIME EQUIVALENTE COMPLESSIVO € 82.530

EFFICACIA: N.3.350.590 ESAMI EROGATI NEL RISPETTO DEI PRINCIPI DI QUALITA'

P  
E  
R  
F  
O  
R  
M  
A  
N  
C  
E

LS VP  
+ 9,63%

**PERFORMANCE ISTITUZIONALE**  
misura la capacità di creare VP in senso ampio, rispetto alla baseline. Per approfondimenti si rinvia alla lettura degli Allegati B1/D1.

LSE  
98,7%

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ENTE**  
misura la capacità di raggiungere gli obiettivi nel suo complesso. Per approfondimenti si rinvia alla lettura dell'allegato D1.

PI 98

**PERFORMANCE INDIVIDUALE**  
misura la mediana delle valutazioni del personale. Per approfondimenti si rinvia alla lettura dell'allegato D1.

IN SINTESI

S  
A  
L  
U  
T  
E

DIGITALE:

3,23

GENERE:

78,5%

ETICA:

95,8%

IN SINTESI

## SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE



### SOTTOSEZIONI

---

#### **2.1 Sottosezione Valore Pubblico**

#### **2.2 Sottosezione Performance**

#### **2.3 Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza**

## 2.1 SOTTOSEZIONE - VALORE PUBBLICO

### PROCESSO DI CREAZIONE DEL VALORE

L'Istituto nel PIAO 2023-2025 ha individuato 2 obiettivi di Valore Pubblico:

- ampliare l'offerta dei servizi erogati dall'Istituto finalizzati al miglioramento della Salute/Benessere Animale, Sicurezza Alimentare (VP1);
- incrementare l'attività di ricerca (VP2).

Per l'attuazione degli obiettivi di VP, Izsler ha pianificato delle strategie capaci di produrre impatti sulle diverse dimensioni del benessere, migliorativi rispetto alle condizioni di partenza. La scelta di tale strategia è preceduta da una attenta analisi del contesto esterno ed interno.

La creazione di Valore avviene attraverso un insieme interattivo di processi produttivi e di consumo, realizzati nel tempo. Quindi, prima di tutto, l'ente deve avere ben chiaro i luoghi di creazione del valore, gli elementi che lo compongono e i processi che possono influenzare la sua creazione.

La figura che segue, rappresenta il **processo di creazione del valore**, inteso come un processo trasformativo dove i principali input impiegati vengono trasformati in Output e Valore creato (impatti) sulla base della mission adottata.

Si delinea un sistema caratterizzato da una *governance* solida e trasparente, che persegue gli obiettivi del mandato istituzionale, con una strategia sostenibile, attenta alla qualità del servizio e rivolta all'innovazione continua, consapevole del fatto che gli stakeholder sono interessati non solo a conoscere i risultati raggiunti dall'ente, ma anche come questi risultati sono stati raggiunti, in un'ottica di responsabilità sociale.

Si precisa che essendo l'Istituto uno strumento tecnico-scientifico al servizio delle Regioni e del SSN, **esso opera tramite azioni di prevenzione e controllo sanitario che indirettamente agiscono sulla salute pubblica, non è quindi possibile avere una misurazione diretta dell'impatto dell'azione delle nostre politiche sui destinatari.**

Di conseguenza il valore viene misurato solo tramite indicatori di impatto indiretto, misurando di fatto il contributo alla realizzazione dei principi di protezione della salute umana, animale e ambientale.

COME

## INPUT

**CAPITALE FINANZIARIO**

Insieme delle risorse necessarie per finanziare le nostre attività

**STRUMENTAZIONE TECNICA**

Insieme dei beni materiali necessari per erogare servizi di qualità

**RISORSE UMANE E RELAZIONALI**

Insieme delle competenze, capacità ed esperienze delle nostre persone e insieme delle relazioni instaurate con tutti gli stakeholder

**RISORSE INFRASTRUTTURALI**

Insieme degli asset immateriali che contribuiscono alla creazione di valore

**RISORSE IMMATERIALI**

Insieme delle risorse naturali gestite

SOSTENIBILITÀ



PERFORMANCE,  
ECONOMIA E  
INVESTIMENTI



EFFICIENZA DEI SISTEMI  
GESTIONALI  
PROJECT MANAGEMENT

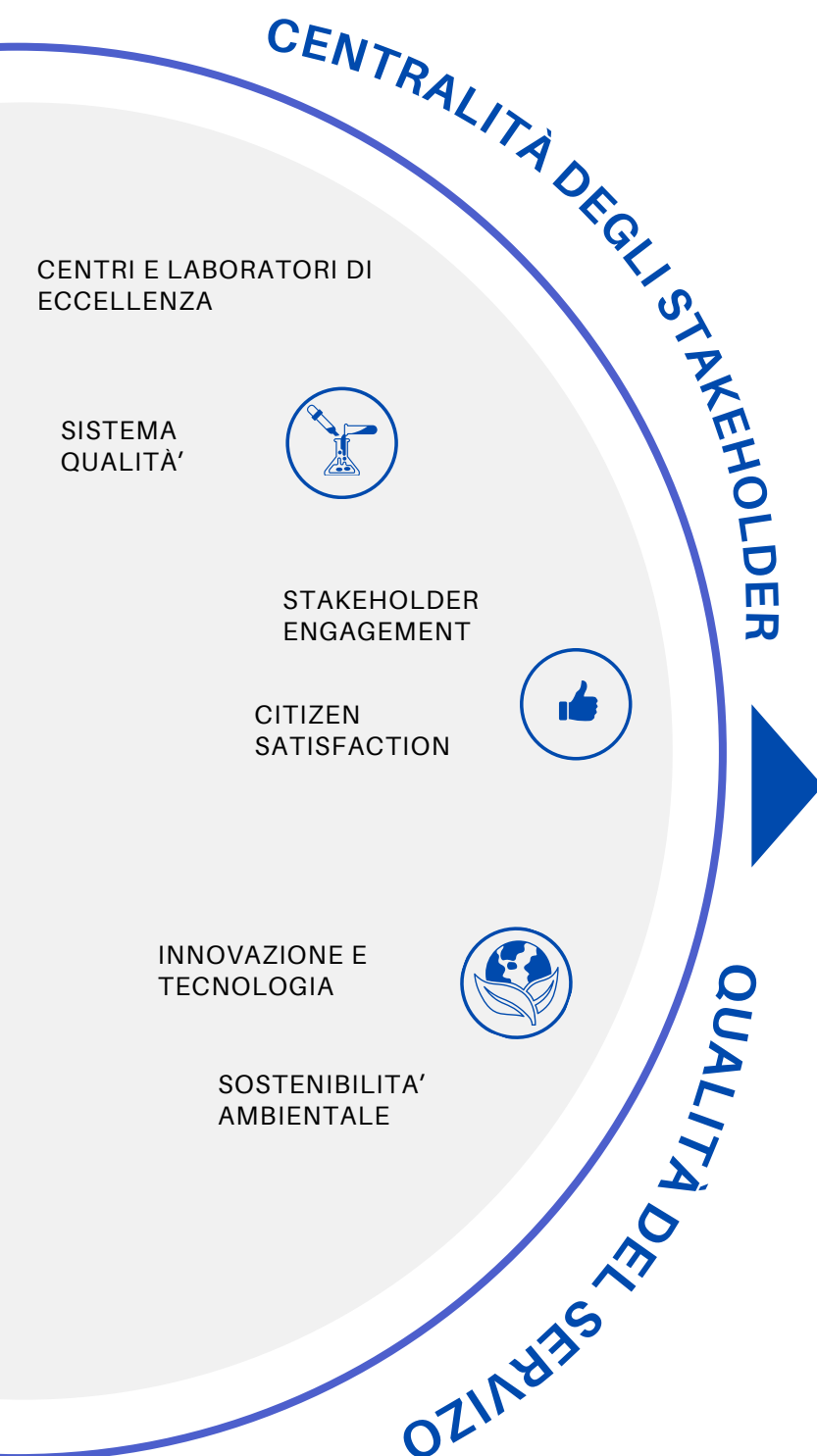
FORMAZIONE PROFESSIONALE



PEOPLE STRATEGY

INNOVAZIONE

# OPERIAMO



## RISULTATI



- Esami di laboratorio
- Corsi di formazione per esterni
- indagini epidemiologiche
- Pubblicazioni scientifiche
- Reportistica per il Ministero, Regioni
- Check list (Classyfarm)

## IMPATTI



### IMPATTO SANITARIO

### IMPATTO SCIENTIFICO



creazione di valore e competitività per il Paese

**SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS**



## QUANTO VALORE PUBBLICO

Il Valore Pubblico creato può essere misurato, in primis, tramite specifici indicatori di impatto, e associati ad essi, anche tramite gli indicatori di Benessere Equo Sostenibile e/o mediante i SDGs dell'Agenda ONU 2030. Ogni indicatore di impatto è collegato ad una baseline, ad un target atteso e ad un risultato.

Tale misurazione permette di valutare il miglioramento del livello di benessere degli utenti e stakeholders della collettività di riferimento, ma anche il miglioramento del livello di salute interna, secondo due direttrici:

- analisi degli impatti generati rispetto a quelli attesi attraverso gli indicatori di impatto di ogni VP (impatti degli impatti) per una misurazione in senso stretto;
- analisi delle altre dimensioni della performance, così come definite dal Dipartimento della Funzione Pubblica: efficacia, efficienza e stato delle risorse, per una misurazione in senso ampio. La definizione di un set di indicatori per ogni dimensione permette di valutare il contributo di ciascun ambito alla creazione del Valore.

Alla fine viene calcolato il VP complessivo creato, attraverso la messa a sistema dei risultati di tutte le dimensioni e degli impatti, tramite le variazioni percentuali positive o negative del VP, rispetto alla baseline, creando la performance istituzionale, rappresentata da un indice sintetico complessivo (LS VP).

Il VP è calcolato con la metodologia sviluppata dal CERVAP, che si riporta integralmente in allegato (Allegato B1), su base triennale, con monitoraggi annuali rispetto al programmato. La misurazione prende a riferimento come baseline l'anno 2021 e la prima valutazione a seguito del triennio sarà effettuata nell'anno 2025.

Nelle prossime pagine viene illustrato le attività realizzate per il VP1/2, i risultati conseguiti rispetto alla baseline, le risorse utilizzate, la strategia, la tattica operativa che ha consentito di raggiungere gli obiettivi, ma anche il contributo dato al valore sulla base dei seguenti elementi:

- il contributo effettivo delle performance alla sua creazione;
- il contributo effettivo delle misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza alla sua protezione);
- il contributo effettivo delle condizioni di salute delle risorse dell'ente alla sua abilitazione.

**ATTIVITA' REALIZZATE:**

- Analisi di laboratorio:
  - Sanità Animale
  - Sicurezza Alimentare
  - Prevenzione della salute dai rischi ambientali/climatici
- Attività finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita degli animali in allevamento
- Sviluppo del sistema Classyfarm
- Attività di analisi genomica per prevenire i focolai epidemici
- Analisi epidemiologica a supporto della Autorità Sanitarie

**COLLEGAMENTO al seguente obiettivo strategico:**

Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato;

**STRATEGIA****COLLEGAMENTO ai seguenti obiettivi operativi:**

- Potenziamento dell'offerta e dei servizi erogati anche attraverso l'uso della tecnologia, con una maggiore integrazione delle funzioni e razionalizzazione delle attività;
- Sviluppo, implementazione e miglioramento delle funzioni e di tutte le attività di supporto alle politiche sanitarie migliorando la capacità di risposta in tutte le aree di intervento;
- Realizzazione e attuazione della visione olistica "One Health".

**TATTICA**

**N. 6 OBIETTIVI  
OPERATIVI**  
per l'attuazione della  
tattica

**RISORSE/STRUMENTAZIONE/PROFESSIONALITA' CHE SONO STATE IMPIEGATE per il raggiungimento delle attività:**

- acquisto strumentazione per un valore complessivo di € 6.457.763;
- impiego n. 317+116 dipendenti ruolo tecnico/sanitario;
- n. 80 corsi di formazione svolti nei vari ambiti.

**IMPIEGO DI  
RISORSE UMANE,  
FINANZIARIE,  
TECNOLOGICHE**



Rispetto alla baseline  
di partenza (2021)

**+ 11 %**



### MISURIAMO:

L'IMPATTO SANITARIO in termini di contributo al contrasto delle diffusione delle principali malattie animali, delle tossinfezioni alimentari, antimicrobico-resistenza, connessi ai rischi biologici e chimici, sulla base di 5 indicatori (Tabella pag. seguente)



## VALORE PUBBLICO CREATO 2023



### CON IL CONTRIBUTO:

- **della realizzazione di tutti gli obiettivi specifici di efficienza/efficacia e trasversali di digitalizzazione quali LEVE per l'incremento di VP (All.B1)**
- **della realizzazione di tutte le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza PROTEZIONE del VP (All.B1)**
- **della realizzazione di tutte le azioni formative/reclutamento del personale/azioni agili per l'ABILITAZIONE del VP (All.B1)**

## MISURAZIONE IN SENSO STRETTO

INDICATORE	BASELINE (2021)	TARGET ATTESO 2023	RISULTATO RAGGIUNTO 2023
1) n. metodi di prova nuovi (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale)	40	42	49
2) n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale)	10	12	22
3) n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti. (ambito Benessere animale)	128.292	280.000	332.134
4) n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm. (ambito Benessere animale)	3.233	2.000	5.651
5) n. specie batteriche/virali sottoposte con continuità a sequenziamento	4	8	8

**Breve commento**

Tutti i target relativi agli indicatori del VP1 sono stati raggiunti. La disponibilità di nuove metodiche, ed in particolare, di nuovi metodi accreditati è essenziale per fare fronte alle nuove richieste provenienti dagli stakeholders. L'aumento degli accessi al sistema Classyfarm e dell'utilizzo da parte dell'utenza degli strumenti in esso contenuti rappresentano una chiara indicazione del successo che il progetto sta riscuotendo. L'estensione delle attività di sequenziamento NGS a nuove specie batteriche testimonia l'elevato livello tecnologico con cui IZSLER affronta le sfide dell'innovazione di ambito di epidemiologia genomica.

**ATTIVITA' REALIZZATE:**

- Progetti di ricerca in ambito internazionale-nazionale
- Accordi di collaborazione scientifica con altri enti di ricerca e università
- Pubblicazioni scientifiche
- Partecipazioni a partnership internazionali
- Partecipazioni a convegni nazionali e internazionali

**COLLEGAMENTO al seguente obiettivo strategico:**

Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale;

**COLLEGAMENTO ai seguenti obiettivi operativi:**

- Mantenere e migliorare l'efficacia e l'efficienza della ricerca sanitaria;
- Aumentare le quote di finanziamento esterni della ricerca.

**RISORSE/STRUMENTAZIONE/PROFESSIONALITA' CHE SONO STATE IMPIEGATE per il raggiungimento delle attività:**

-impiego di n.61 dipendenti del comparto Sanità, ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca;  
 -n. 23 corsi di formazione svolti nell'ambito della ricerca;  
 -Stipula di una convenzione con società esterna per supporto alle attività di Grant office.

**STRATEGIA****TATTICA**

**N. 7 OBIETTIVI  
OPERATIVI per  
l'attuazione della tattica**

**IMPIEGO DI  
RISORSE UMANE,  
FINANZIARIE,  
TECNOLOGICHE**

Rispetto alla baseline  
di partenza (2021)

**+2,9 %**



### MISURIAMO:

L'IMPATTO SCIENTIFICO in termini di contributo al miglioramento della produzione scientifica al servizio della Comunità scientifica e della Collettività, sulla base di 4 indicatori (Tabella pag. seguente)



## VALORE PUBBLICO CREATO 2023



### CON IL CONTRIBUTO:

- **della realizzazione di tutti gli obiettivi specifici di efficienza/efficacia e trasversali di digitalizzazione quali LEVE per l'incremento di VP ( All.B1)**
- **della realizzazione di tutte le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza PROTEZIONE del VP (All.B1)**
- **della realizzazione di tutte le azioni formative/reclutamento del personale/azioni agili per l'ABILITAZIONE del VP (All.B1)**

## MISURAZIONE IN SENSO STRETTO

INDICATORE	BASLINE (2021)	TARGET ATTESO 2023	RISULTATO RAGGIUNTO 2023
1) IF totale dell'Istituto	564	570	588,3
2) n. di citazioni medio per articolo/anno	2,41	3,5	4,3
3) n. medio di visualizzazioni per pubblicazioni/anno	24,4	25	16,8
4) % di articoli pubblicati su riviste open access	58	60	79

**Breve commento**

La ricerca rappresenta una sfida costante attraverso la quale IZSLER crea interconnessioni crescenti con il mondo scientifico. I parametri legati alle pubblicazioni scientifiche sono in costante miglioramento indicando un trend in crescita sia in termine di numero di pubblicazioni che della qualità e della fruizione delle informazioni prodotte da parte della comunità scientifica. Unico dato in contro tendenza risulta essere quello relativo al punto 3 che dovrà essere valutato all'interno di un trend pluriennale. L'indicatore non è controllabile direttamente dall'attività dell'istituto, perchè riflette l'interesse che le pubblicazioni dell'Istituto hanno sulla comunità scientifica, che non sempre sono coincidenti. Per migliorare questo indicatore la ricerca deve tendere alla produzione di articoli di maggiore interesse della comunità stessa.

## 2.2 SOTTOSEZIONE DI PERFORMANCE

### PREMESSA

Il processo di elaborazione degli obiettivi di performance, parte dal mandato istituzionale, dall'analisi del contesto, ricercando la coerenza con la programmazione economica-finanziaria e di bilancio, integrando processi, funzioni, strumenti e gruppi di lavoro. Nella presente sezione si riportano i risultati legati agli obiettivi suddivisi in :

- PARTE FUNZIONALE: misure e azioni che sono state attuate come leve per la creazione di VP;
- PARTE GENERALE: misure e azioni più rilevanti messe in atto, indirettamente funzionali alla creazione del VP.

### PARTE FUNZIONALE

Gli obiettivi operativi di performance funzionali al VP1, si sono indirizzati lungo le seguenti tre dimensioni:

DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	+ 2,53 %
EFFICACIA	+ 7,71 %
DIMENSIONE	% ATTUAZIONE
OB.SP. TRASV.DIGITALIZZAZIONE individuati all'interno della sottosezione performance del PIAO 2023-2025	100%

- sul miglioramento del rispetto dei tempi di risposta nell'erogazione dei servizi, come espresso nella nostra carta dei servizi e standard di qualità, attraverso un lavoro continuo e costante di monitoraggio dei dati;
- sul miglioramento qualitativo e ampliamento quantitativo dei servizi offerti attraverso l'aumento dei metodi di prova, delle specie batteriche/virali e un sistema continuo di controlli interni;
- sulla digitalizzazione dei processi o dei documenti per migliorare l'efficienza operativa e la sostenibilità in un'ottica di *digital transformation*, soprattutto inerenti il sistema Qualità, lo sviluppo di una piattaforma gestionale AREG e lo sviluppo di una APP per il benessere animale.

Fonte dati COGEP

Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi di cui alle rispettive dimensioni. ( Allegato A1)

Gli obiettivi operativi di performance funzionali al VP2, si sono indirizzati lungo le seguenti tre dimensioni:

DIMENSIONE	CONFRONTO TRA RISULTATO/BASELINE
EFFICIACIA	+ 4,57 %
EFFICIENZA	+ 11,96 %
DIMENSIONE	% ATTUAZIONE
OB.SP. TRASV.DIGITALIZZAZIONE individuati all'interno della sottosezione performance del PIAO 2023-2025	100%

- sul miglioramento della qualità delle pubblicazioni scientifiche e contestualmente sull'incremento dei prodotti della ricerca grazie all'intensa attività del personale addetto alla ricerca sanitaria che opera al potenziamento;
- sul miglioramento della capacità dell'istituto di attirare nuove forme di finanziamento e di farle fruttare in modo produttivo.
- sulla creazione di percorsi di digitalizzazione di documenti/dati/analisi riguardante la ricerca tramite la creazione di applicativi specifici.

Fonte dati COGEP

Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali degli indicatori di cui alle rispettive dimensioni. ( Allegato A1.)

PARTE GENERALE

Tra gli obiettivi istituzionali relativi al PIAO 2023-2025, indirettamente funzionali alla generazione di VP, si illustrano qui di seguito quelle azioni/attività realizzate ai fini dell'attuazione delle politiche legate alla transizione ecologica, digitale, alle misure di semplificazione, pari opportunità ecc, che concorrono a sostenere la dimensione interna del VP, così come richiesto dall'art. 6 del DL 80/2021.

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE	RAGG OB
OB. OP. trasversali di semplificazione	AS1/AS3	SALUTE ORGANIZZATIVA	azioni ancora in corso e riprogrammate per l'anno 2024

Le azioni relative alla “semplificazioni” hanno riguardato n. 10 obiettivi operativi: per l’ambito sanitario si segnala lo sviluppo dell’applicativo “macelli” che ha snellito molte attività di gestione dei protocolli di macellazione; per l’ambito amministrativo si segnala invece l’attuazione dell’obiettivo relativo “all’analisi dei flussi e movimentazione beni fisici interni al fine di identificare soluzioni di ottimizzazione e miglioramento” che ha riguardato determinati servizi “no core” e nella fattispecie i trasporti interni della sede di Brescia. L’analisi ha evidenziato le possibilità per una parziale esternalizzazione e l’opportunità per il coinvolgimento di Cooperative sociali in modo da comprendere aspetti sociali quali l’inclusività di soggetti svantaggiati nelle attività lavorative. Così anche tutte le attività relative allo sviluppo dell’ERP e di SIGLA, tutt’ora in corso.

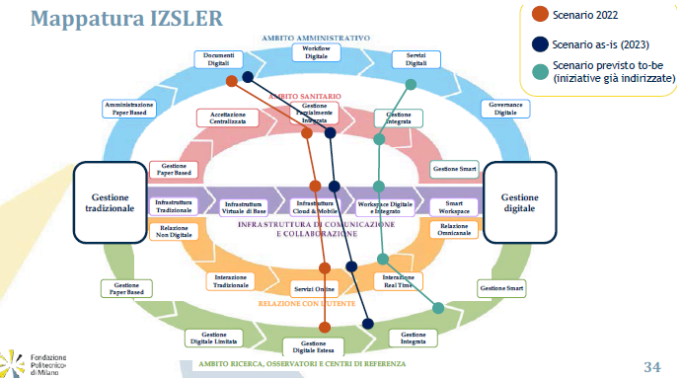
DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE	RAGG OB
OB.OP. trasversali di efficientamento energetico	AS3	SALUTE INFRASTRUTTURALE	azioni ancora in corso e riprogrammate per l’anno 2024

Le azioni relative all’efficientamento energetico” hanno riguardato lo studio di fattibilità per ricercare nuove azioni utili per sostenere la transizione ecologica, che ha previsto l’analisi per l’attivazione di soluzione tecnologiche per la sostenibilità ambientale, attraverso il potenziamento della produzione energetica, per le strutture esistenti e di prossima realizzazione. Tale analisi sarà approfondita nel corso dell’anno 2024 per il proseguo delle attività.

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE	RAGG OBB
OB.OP. trasversali di digitalizzazione	AS1/AS3	SALUTE DIGITALE	3,23 ( da 1 a 5)

Le azioni relative alla “digitalizzazione” hanno riguardato: per l’ambito amministrativo sono state avanzate le attività e le funzionalità dei moduli in vista del completo avvio dell’ERP a regime a inizio 2025. Il 2024 vedrà una definizione ulteriore di alcuni moduli e l’avvio della formazione; per l’ambito sanitario vede da una lato una evoluzione progressiva del LIMS con una definizione del primo modulo (Pilota A) che partirà a fine maggio 2024; dall’altro lato lo sviluppo quasi completato del nuovo sistema di BioBanca Virtuale (progetto WOA) che partirà a metà 2024, nonché l’avvio di un supporto specialistico costante di un BioInformatico per le attività di laboratorio.

Livello di attuazione



Nel 2023 si è definito il sistema di gestione della Qualità (WebQuality) con completa dematerializzazione e implementazione di moduli affini (attrezzature, magazzino terreni colturali). Sempre nel settore sanitario sono stati introdotti i nuovi sistemi integrati di preaccettazione universale (60%), l’avvio nel 2024 del Portale del Cliente, il servizio di messaggistica SMS per esiti latte e l’avvio del sistema SMeL (Servizio Medicina di Laboratorio). Altro asset importante è l’ambito infrastrutturale con l’avvio del rinnovamento dei server delle sedi territoriali.



DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE	RAGG OB
OB.OP. trasversali di piena accessibilità	AS3/AS4	SALUTE RELAZIONALE	azioni riprogrammate anno 2024

Le azioni principali riguardano: la mappatura dei fabbricati per verificarne il grado di accessibilità secondo le tipologie di disabilità: fisica, psichica e sensoriale (udito e vista). Tutte le sedi territoriali e la sede di Brescia sono accessibili. Comunque l'attività di mappatura più analitica è stata spostata all'anno 2024.

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE	% RAGG.OB
OB.OP. trasversali di pari opportunità, di equilibrio di genere e di benessere organizzativo (ex PAP- GEP)	AS4	SALUTE DI GENERE	78,5 %

In riferimento agli artt. 8 e 9 del D. Lgs 150/2009 le PA devono individuare obiettivi relativi alle pari opportunità, che possono essere sviluppati in un'ottica di genere, entrando di fatto nella misurazione della performance organizzativa ed individuale. Tale prospettiva è stata inclusa all'interno del Ciclo di gestione delle Performance come da SMVP vigente. A tal fine si rappresenta nella tabella la percentuale di raggiungimento obiettivi riguardanti tale dimensione, assegnati alle strutture/personale nel corso dell'anno. Per un maggior dettaglio si allegano i seguenti documenti:

- Report Gender Equality Plan 2023 ( Allegato C1);
- Report ex PAP 2023 ( Allegato C2).

DIMENSIONI	CRUSCOTTO DI ENTE	SALUTE RISORSE	% RAGG OBI
OB.OP. anticorruzione e trasparenza	AS3	SALUTE ETICA	95,85%

Il raggiungimento degli obiettivi relativi all'attuazione degli obblighi previsti nell'ex PTPCT 2023-2025 è così suddiviso:

- Strutture Sanitarie - Ambito prevenzione corruzione - 98,9%;
- Strutture Amministrative - Ambito Prevenzione corruzione e trasparenza - 92,8%.

Il livello di attuazione del piano e di realizzazione delle misure ivi previste si considera in costante miglioramento così come la consapevolezza del personale. L'applicazione dei modelli organizzativi individuati in Istituto per la gestione dei sistemi dell'anticorruzione e della trasparenza coordinati alle attività di monitoraggio, anche integrate nel sistema degli audit gestionali sanitari e amministrativi, hanno garantito un adeguato e apprezzabile livello di realizzazione delle misure generali e specifiche.

## 2.3 SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### PREMESSA

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) con riferimento alle iniziative assunte in materia di anticorruzione e trasparenza pianificate per l’anno di riferimento.

Si riportano qui di seguito gli esiti delle attività suddivise in:

- PARTE FUNZIONALE: misure e azioni che sono state attuate per proteggere il VP;
- PARTE GENERALE: misure e azioni più rilevanti messe in atto in tema di prevenzione e riduzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguimento di una maggiore trasparenza.

### PARTE FUNZIONALE

La prevenzione della corruzione rappresenta la dimensione del VP 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. Il PIAO aggiunge significato al sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, non solo per la convergenza nella parte degli obiettivi strategici di valore pubblico, ma anche in quanto inserisce in modo trasversale in tutti i livelli dell’organizzazione dell’ente la previsione dei comportamenti tipici della buona amministrazione, quali la trasparenza e la prevenzione dei conflitti di interesse.

MISURE	% ATTUAZIONE
MISURE DI PROTEZIONE DEL VP1 individuate all’interno della sottosezione anticorruzione trasparenza del PIAO 2023-2025	100%

### Supporto tecnico scientifico all’Autorità sanitaria pubblica

Come Documentato dalla relazione della Direzione Sanitaria sulle rendicontazioni dei processi sanitari previsti nella Sezione anticorruzione e trasparenza (prot. 26601/2023) le strutture Sanitarie hanno correttamente applicato le misure a protezione del valore pubblico in modo più che soddisfacente. La gestione del conflitto di interesse per le attività di prova, consulenza e sopralluogo, alla luce delle evidenze degli audit gestionali, è stata applicata in modo corretto dal punto di vista formale e sostanziale.

Fonte dati rapporto RPCT

Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi. ( Allegato A1)

L’anonimizzazione dei fogli di lavoro, verificata nel corso delle verifiche ispettive interne del Servizio Assicurazione Qualità, è risultata applicata nel 100% dei casi verificati e la separazione delle attività di prova in fasi è risultata correttamente applicata nel 100% dei casi verificati. L’attività di sensibilizzazione sul personale di nuova introduzione è stata realizzata secondo quanto pianificato come attestato dai verbali di formazione prodotti dalle singole strutture. Tutti gli scostamenti registrati sono stati considerati nella valutazione dell’applicazione delle misure nelle diverse strutture e sono stati oggetto di azione correttiva.

MISURE	% ATTUAZIONE
MISURE DI PROTEZIONE DEL VP2 individuate all’interno della sottosezione anticorruzione trasparenza del PIAO 2023-2025	100%

Gestione delle attività di ricerca

Nel corso del 2023 sono stati avviati 13 Progetti di ricerca corrente come capofila, 8 Progetti di ricerca corrente come Unità Operativa di altri enti, 1 Progetto di ricerca finalizzata come Unità Operativa di altri enti, 1 Progetto ICRAD e 7 Progetti di ricerca autofinanziata. Per tutti questi progetti sono state acquisite le dichiarazioni assenza di conflitto di interesse dei Responsabili scientifici.

Fonte dati rapporto RPCT

Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi. ( Allegato A1)

PARTE GENERALE

ATTUAZIONE SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2023-2025

Il livello di attuazione del piano e di realizzazione delle misure ivi previste si considera in costante miglioramento. Nel corso del 2023 sono stati realizzati tutti i monitoraggi e le verifiche programmate, occasione importante di confronto e miglioramento. E' proseguita l'attività formativa e di sensibilizzazione sui temi dell'etica e legalità, fattore fondamentale per il buon funzionamento del sistema. Nel 2023 è stato ulteriormente aggiornato il regolamento sugli incarichi extraistituzionali. Si conferma, anche per il 2023, come emerso nelle precedenti relazioni e come verificato nel corso degli audit gestionali, la consapevolezza del personale rispetto alle segnalazioni di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale e dei dirigenti sovraordinati competenti nella gestione di eventuali conflitti segnalati dai propri collaboratori. Concluso nel 2022 il primo programma triennale di audit gestionale del Dipartimento Amministrativo, nel corso del 2023 è stato avviato il nuovo triennio di programmazione, realizzando nella prima annualità la verifica di tutte le strutture del Dipartimento Amministrativo.

Anche per quanto riguarda i Dipartimenti Sanitari nel corso del 2023 si è concluso il primo ciclo di audit gestionale. Si è trattato di verifiche integrate, sulla base di check list predefinite, che hanno permesso una migliore conoscenza dei processi e delle eventuali criticità dei procedimenti gestiti dalle strutture. Gli esiti delle verifiche, formalizzati con verbali di chiusura dei singoli audit e condivisi con le strutture oggetto di verifica e la direzione strategica, sono stati occasione per proporre azioni di miglioramento nonché di revisione delle mappature dei processi. Si conferma che, con riferimento alla trasparenza, il modello organizzativo adottato ormai dall'anno 2017 e adeguato e consolidato negli anni, che definisce ruoli, competenze e responsabilità di tutti gli attori del sistema, ha garantito un adeguato livello di trasparenza da parte dell'Ente. Parimenti il sedimentato modello di monitoraggio permette il costante confronto e la condivisione degli esiti delle verifiche tra le strutture e il RPCT finalizzate al miglioramento del sistema. Nel corso del 2023 il sistema della trasparenza relativa agli appalti pubblici, è stato interessato da due importanti momenti di riorganizzazione, dapprima l'adeguamento richiesto dalle nuove disposizioni del PNA 2022 ed in seconda battuta l'adeguamento alle disposizioni del nuovo Codice degli appalti. Tra le novità principali l'introduzione, a partire dall'01.01.2024, del principio dell'invio unico degli atti da parte della stazione appaltante alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso ANAC, la quale "assicura la tempestiva pubblicazione sul proprio portale dei dati ricevuti anche attraverso la piattaforma unica della trasparenza e la periodica pubblicazione degli stessi in formato aperto".

Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla lettura della Relazione annuale del RPCT al seguente LINK: <https://trasparenza.izsler.it/firstPage.js>.

## SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



### SOTTOSEZIONI

---

**3.1 Sottosezione Struttura Organizzativa, Organizzazione del Lavoro Agile**

**3.2 Sottosezione Fabbisogno del Personale**

**3.3 Sottosezione Formazione del personale**

### 3.1 SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LAVORO AGILE

#### PREMESSA

In questa sottosezione si presenta la struttura e il modello organizzativo adottato, mettendo in evidenza come questi aspetti hanno impattato sul raggiungimento delle attività.

#### PARTE FUNZIONALE

AZIONI ORGANIZZATIVE	% ATTUAZIONE
STRUTTURA E MDOELLI ORGANIZZATIVI individuati per il VP1 e VP2 all'interno della sottosezione organizzazione del PIAO 2023-2025	non sono state individuate azioni specifiche

La struttura organizzativa proposta è al momento funzionale all’abilitazione degli obiettivi di VP1 e VP2, sarà importante per il futuro porre una maggiore enfasi sulla capacità dell’ente di essere flessibile e di saper adottare anche modelli organizzativi più trasversali, per gestire progetti/lavori di team, stimolando l’empowermet, garantendo anche una maggiore conciliazione dei tempi vita lavoro/vita lavorativa, garantendo nel contempo livelli ottimali di erogazione dei servizi.

#### PARTE GENERALE

La struttura è organizzata in Dipartimenti, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa ed economica dell’ente, nonché dare concreta attuazione agli indirizzi dello Stato e delle Regioni nell’assolvimento dei compiti istituzionali. Essa raggruppa un insieme di strutture complesse, semplici e altre articolazioni organizzative, costituite da un insieme di attività omogenee per le prestazioni erogate, per le competenze specialistiche richieste. Svolgono un ruolo sia gestionale che funzionale.

E’ da sottolineare che i risultati descritti sono stati raggiunti grazie all’effort del personale impiegato, la tabella posta a fianco illustra gli FTE erogati.

STRUTTURA	TOTALE FTE EROGATO
DIP. AREA TERR.EMILIA ROMAGNA	89,53
DIP.AREA TERR.LOMBARDIA	95,89
DIP.SICUREZZA ALIMENTARE	97,29
DIP.TUTELA E SALUTE ANIMALE	125,72
DIP.AMMINISTRATIVO	72,35
STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZ.SANITARIA	57,3

Fonte dati COGEP

## LIVELLO DI ATTUZIONE DELLO SMART WORKING

Nel contesto dell'emergenza COVID-19, sino al 31.03.2022, data in cui è terminato lo stato emergenziale, è stato possibile accedere al lavoro agile con modalità semplificata, ovvero senza appendici contrattuali, né adempimenti ulteriori.

Successivamente è stata confermata la priorità di accesso al lavoro agile nei confronti del personale in condizioni di "fragilità", come disposto dalla normativa vigente. L'IZSLER, tuttavia, non ha ancora adottato un regolamento per il lavoro agile ordinario nel contesto post emergenziale, quale strumento potenzialmente utile per il miglioramento della produttività aziendale e per conciliare le esigenze di vita personale dei dipendenti.

È stato comunque monitorata la potenziale domanda di lavoro agile e interesse da parte dei lavoratori, cercando di capire la compatibilità reale di tale strumento con le necessità e obiettivi dei Servizi aziendali. Contestualmente, si è proceduto a verificare il livello di sicurezza delle infrastrutture tecnologiche al fine di evitare casi di hackeraggio come accaduto nei confronti di aziende sanitarie pubbliche lombarde, con pesanti rallentamenti delle attività e ricadute sugli utenti, oltre a evidenti violazioni della privacy a seguito del data breach subito.

Il Sistema Informativo dell'IZSLER ha reso stringenti le misure di sicurezza della dotazione informatica aziendale, comportando anche una impossibilità temporanea nell'accesso alla rete aziendale (VPN) al di fuori dei locali aziendali.

Nel rispetto della normativa, i lavoratori "fragili" hanno comunque la possibilità di lavorare in smart working, cercando di privilegiare l'accesso a strumenti aziendali web e non tramite cartelle di rete. Allo stato attuale il regolamento sul lavoro agile non è stato ancora introdotto. Il lavoro agile ha la stessa efficacia del lavoro in presenza e non sono ammesse discriminazioni nei confronti del personale che lo svolga.

L'accesso a forme di lavoro agile (o più in generale di lavoro a distanza) nel corso dell'anno 2023 è stata così compendiate:

N° OPERATORI	DIRIGENTI	COMPARTO	N° GIORNI DIRIGENTI	N° GIORNI COMPARTO	TOTALE GIORNI
28	10 ( 7 UOMINI- 3 DONNE)	18 ( 6 UOMINI- 12 DONNE)	307	566	873



### 3.2 SOTTOSEZIONE - FABBISOGNO DI PERSONALE

#### PREMESSA

L'ex Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023-2025 (PTFP), adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.2 del 25.01.2023 e successivamente assorbito nella sottosezione fabbisogno del personale, individua le esigenze in tema di risorse umane che l'Izsler intende soddisfare nel triennio di riferimento, nel rispetto dei principi di efficiente organizzazione delle attività e ottimizzazione delle risorse. Si riportano qui di seguito gli esiti delle attività suddivise in:

- PARTE FUNZIONALE: misure e azioni che sono state attuate come condizioni abilitanti per creare VP;
- PARTE GENERALE: azioni di reclutamento messe in atto per l'attuazione dell'ex PTFP .

#### PARTE FUNZIONALE

Assunzioni/proroghe realizzate come condizioni abilitanti alla creazione degli obiettivi di cui:

OBIETTIVI/AZIONI	% ATTUAZIONE	
AZIONI DI RECLUTAMENTO PERSONALE per il VP1 e VP2 individuate all'interno della sottosezione organizzazione del PIAO 2023-2025	100%	<p>VP1: rispetto all'esigenza di copertura dei fabbisogni necessari a garantire l'attività istituzionale nell'ambito del benessere animale, Sanità animale e sicurezza alimentare, nell'anno 2023 sono state reclutate tutte le figure necessarie.</p> <p>VP2: rispetto all'esigenza di copertura dei fabbisogni necessari a garantire il potenziamento della ricerca, nell'anno 2023 sono state reclutate tutte le figure necessarie. Trattandosi di impiego a tempo determinato questa tipologia di personale è di fatto soggetta ad elevato turn over.</p>

Fonte dati banche dati Risorse Umane

Il dato è corroborato anche dall'alta percentuale di copertura del fabbisogno di personale. Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi. ( Allegato B1)

## PARTE GENERALE

Nel corso dell'anno 2023 è stata ulteriormente potenziata, secondo gli indirizzi della Direzione, l'attività di reclutamento del personale con rapporto di lavoro dipendente, volto ad assicurare la sostanziale copertura della dotazione organica prevista nell'ex Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023 - 2025, ritualmente approvato. Al 31.12.2023, la copertura con riguardo ai fabbisogni ordinari riporta i seguenti valori:

DOTAZIONE ORGANICA		Ruolo	PIANO 2023	COPERTURA AL 31.12.2023	% COPERTURA AL 31.12.2023
TESTE					
PERSONALE DIRIGENTE	DIRIGENZA SANITARIA VETERINARIA	S	81	79	98%
	DIRIGENZA SANITARIA NON VETERINARIA	S	35	32	91%
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	1	1	100%
	DIRIGENZA TECNICA	T	3	3	100%
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	6	6	100%
TOTALE DIRIGENZA			126	121	96%
PERSONALE NON DIRIGENTE	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	98	92	94%
	PERSONALE SANITARIO	S	122	116	95%
	PERSONALE TECNICO ADDETTO AI SERVIZI DI LABORATORIO	T	255	243	95%
	PERSONALE TECNICO NON ADDETTO AI SERVIZI DI LABORATORIO	T	59	45	76%
TOTALE COMPARTO			534	496	93%
TOTALE COMPLESSIVO			660	617	93%

Per quanto concerne il personale del ruolo della ricerca e di supporto alla ricerca, al 31.12.2023, la situazione è così riassunta:

PROFILO	Dotazione organica PTFP	Copertura al 31.12.2023	Copertura % al 31.12.2023
COMPARTO - RICERCA	80	61	76%

I dati di cui sopra, confermando una sostanziale copertura del fabbisogno sotto il profilo delle teste di unità di personale, hanno corrispondenti effetti sotto il profilo economico riportato nel bilancio di esercizio.

Mentre si conferma il sostanziale rispetto dei limiti di spesa previsti dalla normativa vigente in materia di costo del personale, si assiste, come risulta anche dagli atti di bilancio, ad un significativo incremento in valori assoluti del costo per il personale dipendente. Ciò sia per effetto dei seguenti fattori:

- dinamica assunzionale (incremento della percentuale di copertura della dotazione organica)
- incrementi di natura contrattuale che incidono sul trattamento fisso ed accessorio del personale
- assunzioni obbligatorie (in deroga al limite di spesa per espressa previsione normativa) che impattano comunque sul bilancio dell'ente.

L'evoluzione della spesa complessiva (esclusa l'IRAP) nel triennio, come risultante dagli atti di bilancio, può essere così compendiata.

	2021	2022	2023
<b>COSTO DEL PERSONALE da conto economico – bilancio di esercizio</b>	€ 33.488.283	€ 36.231.142	€ 37.499.217
<b>di cui personale della piramide della ricerca</b>	€ 409.776	€ 1.917.017	€ 2.354.276

Essa segna nell'anno 2023 un incremento del 3,50% rispetto al 2022.

### 3.3 SOTTOSEZIONE - FORMAZIONE DEL PERSONALE

#### PREMESSA

La formazione in istituto si rivolge sia all'interno, per soddisfare il fabbisogno formativo e la valorizzazione del capitale umano, sia all'esterno, in quanto ente accreditato per la formazione al sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), secondo la certificazioni di qualità UNI EN ISO 9001:2015. L'ex Piano Formativo descrive le azioni a supporto delle linee strategiche di sviluppo del capitale umano perviste nell'anno di riferimento. Si riportano qui di seguito gli esiti delle attività suddivise in:

- PARTE FUNZIONALE: corsi/attività formative che sono state attuate come condizioni abilitanti per creare VP;
- PARTE GENERALE: azioni formative messe in atto per l'attuazione dell' ex PAF.

#### PARTE FUNZIONALE

Lo sviluppo delle competenze dei dipendenti pubblici ha una duplice relazione con il Valore Pubblico:

- 1) produce un impatto esterno, migliorando la qualità dei servizi rivolti agli Stakeholders, attraverso percorsi di alta specializzazione, in linea con gli standard europei ed internazionali;
- 2) produce un impatto interno, elevando e valorizzando le competenze dei singoli individui, potenzia strutturalmente la capacità amministrativa e genera un maggior benessere organizzativo.

OBIETTIVI/AZIONI	% ATTUAZIONE	Tutte le attività formative programmate, abilitanti gli obiettivi di VP, sono state attuate come segue:
ATTIVITA' FORMATIVE per il VP1 e VP2 individuate nella sottosezione Formazione del PIAO 2023 2025	100%	<p>VP1: sono stati realizzati i seguenti corsi di formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ambito benessere animale: n. 58 corsi per un totale di n.11.835 partecipanti;</li><li>• ambito sanità animale: n.33 corsi per un totale di n. 25.118 partecipanti;</li><li>• ambito sicurezza alimentare: n.16 corsi per un totale di n.733 partecipanti.</li></ul> <p>VP2: n.23 corsi per un totale di n. 1.948 partecipanti , per l'ambito della ricerca.</p>

Fonte dati banche dati Formazione

Il dato è corroborato anche dall'alta percentuale di copertura dell' ex Piano formativo. Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi. ( Allegato B1)

PARTE GENERALE

La programmazione della formazione mira a promuovere gli interventi formativi presso i dipendenti a partire da una riflessione sistematica sulle priorità strategiche e sugli effettivi fabbisogni di competenze riscontrati all'interno dell'Amministrazione, a livello organizzativo ed individuale. L'attività formativa svolta dall'IZSLER è stata caratterizzata, anche per l'anno 2023, dall'utilizzo pressoché costante della formazione in forma mista con eventi in presenza e online. Parimenti, anche la formazione a distanza sincrona (webinar con presenza contemporanea online di docenti e discenti) è diventata una soluzione di sempre maggiore richiesta, potendo garantire una certa interazione d'aula e ottimizzando le tempistiche di alternanza tra lavoro e formazione, grazie all'abbattimento dei costi e dei tempi degli spostamenti. Una terza modalità di formazione è quella cosiddetta "ibrida" ovvero accanto alla formazione residenziale in aula si richiede, sempre più spesso, la contemporanea presenza di una aula virtuale con la quale interagire, oppure si chiede che il contenuto dell'evento formativo erogato in presenza sia registrato per essere reso disponibile in forma FAD in un tempo successivo. La formazione di carattere obbligatoria è stata implementata con corsi sulla trasparenza, sulla sicurezza informatica e sulla violenza di genere.

N. CORSI PREVISTI	N. CORSI EROGATI	% LIVELLO DI ATTUAZIONE
n. 144	n. 187	100%

Si segnale che i corsi realizzati nell'anno 2023 sono stati maggiori rispetto a quelli previsti, in ragione anche delle attività dei Centri di Referenza Nazionali, che hanno anche il compito della formazione verso le figure sanitarie connesse alle diverse tematiche di sanità pubblica. Il numero dei discenti che hanno partecipato ai corsi è pertanto molto superiore ai dipendenti IZSLER e coinvolgono discenti esterni di diverse categorie professionali di determinati settori.

In riferimento all'analisi sulle competenze necessarie per meglio programmare il fabbisogno di personale, si segnala che nell'anno 2023 le iniziative formative sono riconducibili alle competenze come da tabella sotto rappresentata.

TIPO COMPETENZE	INIZIATIVE FORMATIVE	N. ATTIVITA' FORMATIVE
COMPETENZE SPECIALISTICHE SANITARIE	nell'ambito della sanità/benessere animale, sicurezza alimentare e ricerca	103
COMPETENZE STRATEGICHE MANAGERIALI	nell'ambito della pianificazione , internal auditing, risk management, performance, soft skills	7
COMPETENZE SPECIALISTICHE AMMINISTRATIVE	nell'ambito della contabilità, bilancio, fisco e tributi, giuridico e legale, acquisti e contrattualistica, gestione risorse umane, informatico digitale.	10
COMPETENZE OBBLIGATORIE	iniziative formative rivolte alla trasparenza e anticorruzione, salute e sicurezza sul lavoro	18
COMPETENZE TRASVERSALI	iniziative formative nell' ambito inclusione sociale, pari opportunità e benessere organizzativo	6
COMPETENZE DI NEO FORMAZIONE	corsi obbligatori per i neo assunti	pacchetto di corsi

Lo sviluppo delle competenze dei dipendenti pubblici, con particolare riferimento alle competenze digitali, rappresenta una delle principali direttrici dell'impianto riformatore della P.A. avviato negli ultimi anni, per questo motivo l'IZSLER ha aderito al progetto "Competenze digitali per la PA" promosso dal Dipartimento per la funzione pubblica con lo scopo di "favorire i processi di trasformazione digitale e migliorare il livello dei servizi della PA, consentendo a tutti i dipendenti pubblici di accrescere le proprie competenze digitali accedendo a piani formativi personalizzati sulla base di una rilevazione strutturata ed omogenea dei gap formativi; promuovere attività di auto-rilevazione e mappatura delle competenze nelle amministrazioni anche nell'ottica di favorire più efficaci politiche di gestione del personale, inclusa la rilevazione dei fabbisogni assunzionali".

## SEZIONE 4 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE



### SOTTOSEZIONI

---

#### **4.1 Misurazione e valutazione della performance**





## 4.1 MISURAZIONE E VALUTAZIONE PERFORMANCE ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

### PREMESSA

L'attività di misurazione e valutazione della performance si colloca, al centro della riforma del lavoro pubblico, configurata a partire dagli anni novanta con le disposizioni normative confluite poi nel D Lgs 165/2001 e s.m.i. fino alle disposizioni della legge n.15/2009 e del D Lgs n.150/2009 e s.m.i. L'impostazione della riforma porta al centro dell'azione amministrativa la logica della misurazione della performance e di risultati, in un'ottica di recupero di efficienza e di efficacia al fine del miglioramento della qualità dell'azione della P.A. e un più ottimale utilizzo delle risorse. Ai fini dell'attuazione dei principi di cui all'art. 3 D Lgs 150/2009, le Pubbliche Amministrazioni, definiscono e assegnano gli obiettivi che si intendono raggiungere, volte alla misurazione della performance organizzativa e individuale. La misurazione è permessa perché per ogni obiettivo vengono definite le azioni, la tempistica, le risorse economiche, umane e strumentali e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Ad ogni obiettivo sono associati uno o più indicatori e i relativi target, sulla base dei quali la performance sarà misurata e valutata.

La misurazione e valutazione della performance riguarda:

- la performance istituzionale che valuta l'impatto dell'azione dell'ente nel creare VP;
- la performance organizzativa, nella duplice accezione di risultati raggiunti dalle strutture e dall'organizzazione nel suo complesso;
- la performance individuale, ovvero quella del personale, dirigenziale, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato.

Nella pagina successiva si illustrano i risultati sintetici dei vari livelli di performance rinviando all'Allegato D1 per gli ulteriori approfondimenti.

LIVELLO	Elementi	Performance	Pianificazione	Misurazione	Valutazione	Rendicontazione
Livello di Mandato Individuazione delle priorità	Valore Pubblico	Performance istituzionale	Piano Pluriennale attività			
Livello Strategico Ob. Strategici		Performance organizzativa	PIAO	Alimentazione obiettivi e KPI	report	Relazione gestione e risultati
Livello Operativo Ob. Operativi			Piano Azioni obiettivi			
Livello Individuale Ob. Individuali	Comportamenti	Performance Individuale			Scheda	
						Report del PIAO

**LS VP****+ 9,63%****PERFORMANCE ISTITUZIONALE**

valuta l'impatto dell'azione dell'ente ai fini della creazione di VP, nei confronti del contesto di riferimento, rispetto alla baseline, calcolata come media sulle dimensioni della performance. Per la sua misurazione è stato costruito il livello sintetico del VP (LS VP) calcolato come media del VP1 e VP2 .

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DI ENTE**

rappresenta i traguardi che l'ente ha raggiunto nel suo complesso rispetto ad un target atteso (87%). Per la sua misurazione è stato costruito il livello sintetico di Ente (LSE), come media della percentuale di raggiungimento degli obiettivi rispetto al target.

**98,7%****LSE****PI****98****PERFORMANCE INDIVIDUALE**

espressa come mediana delle valutazioni del personale, espressa in punti da 0 a 100 .

## AREE DI MIGLIORAMENTO

Per i prossimi anni l'Istituto sarà impegnato sui seguenti aspetti :

- Proseguire nello studio del VP generato da IZSLER per una adeguata costruzione della "Piramide del Valore Pubblico" e migliorare la condivisione del VP con gli Stakeholder;
- Proseguire nello sviluppo di un report del PIAO in una logica di rendicontazione integrata degli impatti, sanitari ed ambientali, creati dall'Istituto in relazione al territorio di riferimento;
- Proseguire nell'integrazione del PIAO con gli altri strumenti di governo e di programmazione (orientare maggiormente la governance verso il VP anche nel Piano pluriennale delle attività, attuare una maggiore integrazione con la programmazione economico/finanziaria dell'Ente e nei suoi documenti, attuare una mappatura integrata dei processi in un'ottica di semplificazione);
- Proseguire, in linea con i principi contenuti nella riforma del D. Lgs. n. 150/2009, nella direzione del cambiamento culturale verso una maggiore focalizzazione sui risultati e nell'affinamento degli strumenti manageriali (indicatori KPI) per una corretta misurazione e valutazione delle prestazioni anche in un'ottica di maggiore valorizzazione del merito e delle competenze;
- Promuovere lo sviluppo di un'organizzazione del lavoro per obiettivi e risultati anche in un'ottica di organizzazione "agile";
- Sviluppare un nuovo sistema informativo, di controllo direzionale, strategico e gestionale, anche a supporto dell'attività di misurazione e valutazione della performance;
- Sviluppare la valutazione partecipativa.

**VUOI PROPORCI AZIONI DI MIGLIORAMENTO ?**

**COMUNICA CON NOI: e-mail:performance@izsler.it**

# TABELLA DEGLI ALLEGATI

SEZIONE 1 - RISULTATI RAGGIUNTI DALL'AMMINISTRAZIONE	
A1	ATTIVITA' REALIZZATA PER AMBITO
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO -PERFORMANCE -ANTICORRUZIONE	
B1	MISURAZIONE E VALUTAZIONE VALORE PUBBLICO
C1	REPORT GENDER EQUALITY PLAN 2023
C2	REPORT EX PIANO AZIONI POSITIVE 2023
SEZIONE 4 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	
D1	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
D2	REPORT DEL VALORE PUBBLICO



# **ALLEGATO A1**



## PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

### **A. Sviluppo di strategie di controllo ed eradicazione della PSA a supporto delle autorità regionali a seguito della comparsa di focolai nel domestico e selvatico in Lombardia**

- riorganizzazione del laboratorio del Reparto Virologia in termini di personale coinvolto, definizione del flusso dei campioni, ottimizzazione dei processi e tempi di analisi, approvvigionamento kit diagnostici, aspetti legati alla biosicurezza.
- Attivazione di due ulteriori laboratori IZSLER presso le sedi territoriali di Modena e Pavia per la diagnosi molecolare di PSA a seguito del considerevole incremento della richiesta di esami PSA
- Attivazione del servizio di pronta Disponibilità nelle giornate di sabato, domenica e festivi dalle ore 8.00 alle 14.00 che è continuato fino alla metà di gennaio 2024.
- Nel corso dell'ultimo trimestre sono stati eseguiti oltre 18000 analisi in PCR, con tempi di risposta inferiori alle 48 dal conferimento.
- Organizzazione con i Servizi Veterinari delle province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena di corsi di formazione riguardo l'individuazione precoce della PSA, e le misure di biosicurezza degli operatori coinvolti negli abbattimenti di cinghiali in zone di restrizione per PSA.

### **B. Estensione e implementazione delle attività dei Laboratori Entomologici Regionali per il controllo delle arbovirosi emergenti ed esotiche**

- Consolidamento del contributo a supporto dei piani di monitoraggio (West Nile e Leishmaniosi) e nel settore dell'entomologia forense applicata al settore della sanità animale e della sicurezza alimentare
- Attuazione di piani di controllo delle malattie trasmesse da zecche ed monitoraggio delle specie di vettori stanziali (flebotomi) e invasive (es. Aedes spp.) e dei relativi virus trasmessi.
- Ulteriore ampliamento la gamma di servizi offerti attraverso uno sviluppo continuo di metodi virologici e sierologici per la diagnosi di arbovirus.
- Supporto al monitoraggio straordinario di Aedes Albopictus a seguito di numerose segnalazioni di casi di dengue di importazione e nel corso di un importante episodio autoctono in provincia di Lodi.
- Individuazione di Tick Borne Encephalitis virus, responsabile di casi sporadici umani, in popolazioni di ungulati selvatici, in piccoli ruminanti e nelle zecche. Erogazione di eventi formativi per i Servizi Veterinari, altre figure sanitarie di concerto con le autorità sanitarie locali e regionali nonché specifiche lezioni all'interno di corsi universitari.

## ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO

A. La situazione epidemiologica della PSA viene considerata classificata come una seria minaccia per l'industria suinicola in tutto il mondo.

A seguito della comparsa in Lombardia, le azioni messe in atto, correlate al controllo ufficiale rafforzato nei confronti della PSA sono conseguite al recepimento delle indicazioni previste dalle normative ministeriali e regionali.

Vi era infatti la necessità stringente e urgente di salvaguardare il comparto produttivo suinicolo, limitando e circoscrivendo l'estensione del focolaio. Il potenziale danno, derivante da una estensione del focolaio verso le zone a maggior vocazione produttiva, comporterebbe infatti un danno enorme in ottica di mancata produzione e restrizioni alle movimentazioni di animali e prodotti imposte quali il divieto di esportazione dei prodotti tipici (salami, prosciutto etc.).

B. Il cambiamento climatico ha permesso la introduzione, diffusione e proliferazione di nuove specie di zanzare anche nelle nostre pianure inoltre si è assistito ad un aumento di malattie trasmesse da vettori, alcune delle quali, West Nile (Febbre del Nilo) ed Usutu vengono considerate endemiche in Italia. Al tempo stesso altre virosi come Dengue, Chikungunya, Zika sono malattie identificate sul territorio italiano più spesso come casi di importazione, ma talora anche in forma epidemica (ad es. Chikungunya in Emilia Romagna nel 2007 e nel Lazio nel 2017, Dengue in Lombardia e Lazio nel 2023), e di queste la stampa e i media stanno dando ampiamente notizia.

L'approccio One Health applicato alla sorveglianza degli arbovirus nasce dalla concreta esigenza delle strutture ospedaliere e dei servizi di igiene e prevenzione di collegare i casi umani di malattie trasmesse da vettori con i virus circolanti negli animali e ai potenziali vettori in una determinata area, consentendo di individuare le aree più a rischio per mettere in atto misure mirate di prevenzione e controllo.

All'IZSLER viene quindi chiesto in maniera pressante di sviluppare metodi e piani di sorveglianza e controllo che concretizzino un approccio integrato "One Health" in grado di garantire la diagnosi precoce, la comprensione completa delle dinamiche di trasmissione, la valutazione del rischio zoonotico e lo sviluppo delle capacità di preparazione e risposta che consentano di individuare misure proattive per mitigare l'impatto e ridurre l'onere delle malattie trasmesse da vettori sulla sicurezza sanitaria globale.



## PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

### **C. Studio del ruolo delle popolazioni selvatiche nella trasmissione di antibiotico resistenza (AMR)**

-Identificazione delle sorgenti di infezioni AMR nelle popolazioni selvatiche e nell'ambiente ha permesso di implementare misure di biosicurezza non solo verso l'allevamento, per limitare l'introduzione di batteri resistenti, ma anche dall'allevamento per prevenire e limitare la contaminazione ambientale.

### **D. Sorveglianza di patogeni virali emergenti negli animali selvatici a tutela della salute pubblica e della biodiversità.**

-attività di sorveglianza sanitaria verso patogeni noti potenzialmente condivisi con le popolazioni domestiche (Influenza, WNV, TBE, Malattia di Aujeszky, Epatite E, etc. etc.)  
estensione della sorveglianza anche a patogeni o specie poco investigati, ma con caratteristiche di rischio potenziale alto come i chiroteri e i ricci, capaci di veicolare numerosi coronavirus (CoV) e un'ampia varietà di Mammalian orthoreovirus (MRV).

## ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO

**C.** Il settore veterinario e le produzioni zootecniche risentono di una forte pressione mediatica che tende ad attribuire all'uso indiscriminato di antibiotici, millantando anche un uso non solo a scopo terapeutico, come causa principale della crescente comparsa di batteri multiresistenti.

In questo contesto si assistono sempre più spesso a richieste e pressioni che dimostrino la volontà dell'intero settore a ridurre drasticamente l'uso di antibatterici nelle produzioni zootecniche e a identificare e quantificare il ruolo epidemiologico e l'impatto svolto dagli animali domestici, selvatici e dell'ambiente nella diffusione di batteri antibiotico resistenti.

**D.** L'emergenza pandemica da Covid-19 ha reso di pubblica comprensione il concetto base di "spillover" relativo al ruolo ed importanza degli animali selvatici come serbatoi od ospiti occasionali di patogeni potenzialmente zoonosici. Del resto, oggi è di comune dominio il fatto che le infezioni emergenti dell'uomo, anche a potenziale pan-demico, provengono per il 60% dagli animali e di queste il 72% hanno origine dagli animali selvatici.

La comprensione dei fattori che regolano l'escrezione virale nell'ospite serbatoio sono elementi utili nell'analisi del rischio di diffusione delle infezioni e per lo sviluppo interventi di sanità pubblica.

Al mondo veterinario viene quindi chiesto di indagare i possibili drivers che regolano le dinamiche di escrezione virale e di ottenere indicazioni utili ai fini della valutazione del rischio derivante da eventi di contatto con le specie animali selvatiche. Da qui ne deriveranno elementi utili a mitigare l'impatto per la salute pubblica e animale in caso di emergenze sanitarie fornendo, nel contempo, anche utili indicazioni in ambito di conservazione della fauna selvatica e mantenimento della biodiversità.

# NUMERI:

**N.ESAMI/ANNO  
NELL'AMBITO DEI CONTROLLI  
UFFICIALI**

**1.464.437**

**N.ESAMI/ANNO NELL'AMBITO DEI  
CONTROLLI NON UFFICIALI  
(attività per privati a supporto della  
filiera agro-alimentare)**

**982.161**

**174.306**

**N.CONFERIMENTI  
UFFICIALI E NON : 174.306**



**2.446.598**

**1.544.777**

**N.CAMPIONI  
UFFICIALI E NON**

**TOTALE ESAMI**



## FOCUS:

## EMERGENZE EPIDEMICHE: INFLUENZA AVIARIA (IA) - PESTE SUINA AFRICANA (PSA)

L'influenza aviaria si è manifestata con elevata frequenza negli uccelli selvatici, ma le rigide misure di sicurezza e l'adozione di misure di monitoraggio e controllo da parte di Autorità competenti supportate da IZSLER per la parte analitica, hanno di fatto impedito il passaggio al comparto avicolo intensivo. Similmente a quanto segnalato nel resto dell' Europa, di rilievo in estate la moria di gabbiani sulle rive dei principali laghi (Grada e Iseo) e specchi d'acqua della Pianura Padana che hanno suscitato un aumento della attenzione del pubblico verso questa problematica anche per la velata possibilità di un adattamento e passaggio del virus ai mammiferi. Le infezioni nell'uomo sono state segnalate in Paesi extra-UE in sporadiche occasioni, ma il rischio per la popolazione rimane basso



LA PSA ha fatto la sua comparsa in Lombardia, in provincia di Pavia, ad inizio dapprima nei cinghiali e due mesi dopo anche in allevamenti suini (8 in tutto i focolai). come conseguenza della diffusione della malattia tra i cinghiali e dell'aumento della carica virale ambientale. Gli sforzi congiunti per mitigare i potenziali impatti economici diretti e indiretti sull'industria suinicola italiana e mondiale. L'indagine epidemiologica e le misure attuate a seguito delle normative nazionali ed europee, nonché le misure eccezionali ad hoc volte a proteggere l'industria suinicola hanno fornito un approccio pratico ed efficace alla lotta alla PSA, almeno negli allevamenti suinicoli.

La scorsa estate in provincia di Lodi ha fatto scalpore un focolaio autoctono di Dengue, una malattia febbrile virale dell'uomo trasmessa da zanzare del genere *Aedes* tra cui anche la ben nota zanzara tigre (*Aedes albopictus*) ampiamente diffusa nel nostro Paese. Tra la metà di agosto e la fine di ottobre sono stati 45 i casi umani accertati e la sorveglianza entomologica operata da IZSLER in collaborazione con la locale ATS ha permesso di accertare anche la presenza di zanzare infette. Quel caso si è risolto da un lato con la massiccia disinfestazione, che ha bloccato la circolazione virale e dall'altro con il calo delle temperature che ha ridotto le popolazioni di zanzare vettrici.

### MALATTIE DA VETTORI



Ciononostante, lo stato di allerta nei sistemi sanitari è sempre al massimo e vengono sistematicamente applicate le misure previste dal Piano Nazionale Arbovirosi (PNA 2020-25). Ai Servizi Veterinari delle ATS/AUSL e all'IZSLER sono quindi demandate le attività di sorveglianza entomologica che si concretizzano con l'esecuzione di Piani di controllo (es. Piano West Nile Disease, Piano Leishmania, Piano Zecche) e con l'esecuzione di attività mirate in occasione di potenziali focolai di arbovirosi d'importazione, nel 2023 anch'essi particolarmente numerosi. Tali attività di sorveglianza entomologica, rivolta anche ad altri generi di vettori, ha permesso di rilevare nel territorio lombardo la presenza del virus della TBE trasmesso dalle zecche, in alcune persone così come in ruminanti selvatici e in piccoli ruminanti domestici (ovicapri) e in Emilia Romagna la presenza del Toscana virus, causa di sindromi simil-influenzali e meningiti estive, e della leishmaniosi, una malattia trasmessa da flebotomi dei carnivori domestici (cane e gatto) e selvatici, ma soprattutto malattia dell'uomo anche a decorso molto grave nella sua forma viscerale.

### NUOVI METODI DIAGNOSTICI

IZSLER ha avviato e reso concreto nel 2023 nuovi sistemi di diagnosi e caratterizzazione di agenti patogeni. In particolare, hanno trovato continuità applicativa:

- 1)il servizio di sequenziamento genomico completa (NGS) di seconda generazione con piattaforma Illumina MiniSeq; oggi impiegato in modo continuativo per la produzione dati di sequenza completa del genoma/WGS, analisi e confronto dei dati WGS degli agenti patogeni analizzati a fini tipizzativi e di studi filogenetici, sia di virus che di batteri quali *Mycobacterium tuberculosis complex*/M.bovis/M.caprae.
- 2)il servizio di caratterizzazioni di specie batteriche mediante spettrometria di massa MALDI-TOF. Il servizio, caratterizzato da elevate performances, tempi di risposta ridotti ed alta processività è disponibile per tutte le strutture dell'ente e permette l'identificazione accurata di un elevato numero di batteri, lieviti e muffe isolate nell'ambito della diagnostica, della sicurezza alimentare e della ricerca. Nell'ambito della ricerca viene inoltre applicato all'identificazione di artropodi vettori (zecche). Il servizio è attivo anche per l'utenza esterna, sia privata che per altri Enti pubblici



**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 )

## PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

**A. applicazione della procedura della controperizia e della controversia previste dal D. L.vo 27/2021 in attuazione dell'art. 35 del Regolamento 625/2017**

- Adeguamento delle procedure operative per l'analisi degli alimenti in seguito all'emissione da parte del Ministero della Salute della nota prot.21355 del 22/5/2023 che ha impattato prevalentemente sull'attività analitica di tipo chimico.
- Supporto alle AC nella gestione delle controperizie ed emissione di pareri tecnici a supporto della valutazione di conformità
- Partecipazione alle interlocuzioni indette dall'ISS nell'ambito delle controversie documentali.
- Espletamento della fase di controversia analitica come attività sub appaltata dall'ISS.

**B. Ampliamento dell'attività analitica e del servizio reso all'utenza**

- Attivazione di processi di stesura, validazione e accreditamento di nuovi metodi di analisi nel settore chimico con l'estensione a nuovi settori di attività e applicazione di nuove tecnologie analitiche in spettrometria di massa (triplo quadripolo e ad alta risoluzione).
- Attivazione di processi di stesura, validazione e accreditamento di nuovi metodi di analisi nell'ambito dell'identificazione di specie animale e vegetale anche con l'applicazione di metodiche basate sul sequenziamento genomico.
- Applicazione di nuove metodiche molecolari di maggiore sensibilità rispetto ai metodi enzimatici, per la ricerca di allergeni
- Potenziamento e automazione dell'attività analitica per la microbiologia culturale.
- Potenziamento della sostenibilità legale dei metodi di prova con ampliamento delle prove accreditate, ottenimento dell'accREDITAMENTO flessibile per l'attività chimica e della designazione ministeriale in deroga all'accREDITAMENTO.
- Introduzione dell'accREDITAMENTO delle prove nel campo flessibile

## ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO

**A. L'emanazione del Decreto L.vo 27/2021 ha determinato uno stravolgimento delle procedure operative nei laboratori ufficiali (LU) di analisi degli alimenti. In linea generale l'attività analitica di carattere microbiologico si è semplificata e uniformata con l'estensione a tutti gli alimenti e mangimi delle analisi irripetibili con garanzia dei diritti alla difesa. Con questa modalità procedurale sono state soppresse l'attività di controperizia e controversia analitica. D'altra parte per le analisi ripetibili, come quasi tutte le chimiche e quelle per gli OGM e allergeni, il contesto si è particolarmente complicato con l'introduzione di 2 fasi, quella della controperizia e della controversia, ciascuna ulteriormente suddivisa in 2 momenti diversi (documentale e analitico). Ulteriore aggravio è stata l'introduzione di un'aliquota aggiuntiva (6° aliquota) prevista per lo scambio di campioni tra IZZSS o altri LU. Altro elemento di cambiamento importante è stata la variazione della competenza nella valutazione di conformità delle analisi che dal LU è stata trasferita all'AC. Il laboratorio ha quindi dovuto supportare le AC nelle valutazioni tecniche delle risultanze analitiche e ha attivato dei percorsi formativi rivolti alle AC stesse. La partecipazione alle interlocuzioni con l'ISS nell'ambito della controversia documentale, è stata impegnativa e ha visto il coinvolgimento anche di un rappresentante del SAQ. Per la prima volta l'IZSLER è stato coinvolto, su incarico dell'ISS, nell'esecuzione della controversia analitica, ex analisi di revisione**

**B. Le recenti norme comunitarie hanno fissato dei nuovi limiti massimi di residuo, hanno normato nuove matrici alimentari e hanno definito dei nuovi requisiti in merito alle prestazioni analitiche. Queste nuove disposizioni impattano prevalentemente sull'attività analitica chimica e in parte minore su quella microbiologica e di virologia alimentare. La principale variazione del contesto interno è stato lo sviluppo e l'adozione di metodiche in grado di rispondere in modo sempre più stringente alle nuove esigenze dell'utenza, sia pubblica che privata, e soprattutto che queste prove rispettino il requisito dell'accREDITAMENTO per supportarne la sostenibilità legale.**



**PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI**

C. Estensione dell'utilizzo dei metodi WGS in ambito di epidemiologia genomica nei casi di tossinfezione alimentare e contaminazione delle filiere alimentari.

- Identificazione e segnalazione alle autorità competenti di 25 possibili focolai di tossinfezione alimentare a livello regionale (Emilia-Romagna).
- Identificazione di tre diversi focolai di tossinfezione alimentare che sono stati oggetto di allerte a livello nazionale e internazionale da parte delle autorità competenti italiane.
- Formazione dei Servizi Sanitari, di concerto con le autorità sanitarie locali e regionali, sul tema del ruolo della genomica nelle indagini di focolai MTA.
- Implementazione di un metodo di prova per valutazioni di epidemiologia genomica per le MTA batteriche.

D. Supporto analitico all'individuazione delle cause di MTA

- fornire assistenza analitica per la diagnosi differenziale in casi di sospetta MTA sia di origine biologica che chimica

**ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO**

B. Tutto questo in un contesto che rende necessaria l'applicazione di tecnologie innovative caratterizzate da una maggiore sensibilità, specificità e automazione. In tale contesto rientrano le metodiche in screening e in conferma con l'applicazione della spettrometria di massa, di sequenziamento genomico e metodiche molecolari. Inoltre, la sempre maggiore diffusione fenomeni allergici e di intolleranze alimentari richiede l'adozione di metodi sempre più specifici, sensibili e rapidi per garantire la sicurezza dei consumatori. Questo ha stimolato l'avvio di percorsi più strutturati di messa a punto di metodiche per rispondere alle nuove richieste. Requisito essenziale delle prove nell'ambito della sicurezza alimentare è l'accreditamento. Questo ha determinato un forte ampliamento delle prove accreditate. Nel complesso i metodi accreditati nel campo fisso e flessibile con applicazione nel settore della sicurezza alimentare sono poco meno di 300 MMPP. A questi vanno aggiunti 3 metodi (determinazione dell'ossido di etilene e 2 nel settore degli aromi alimentari) per cui il Ministero della Salute ha designato dei laboratori in deroga per motivi di urgenza e di copertura a livello nazionale

C. Crescente attenzione da parte delle autorità competenti (ASL, Regioni, Ministero della Salute, Commissione Europea) verso l'applicazione di strumenti di epidemiologia genomica basati sul sequenziamento dell'intero genoma (WGS) per l'identificazione di focolai di malattie trasmesse da alimenti e individuazione delle sorgenti di contaminazione. L'utilizzo di strumenti di sequenziamento WGS nell'ambito di crisi in sicurezza alimentare è in linea con la Decisione (UE) 2019/300 (art. 8).

In questo ambito, le attività di valutazione del rischio basate sull'epidemiologia genomica condotte da IZSLER hanno contribuito in maniera sostanziale alle indagini su focolai di MTA a livello nazionale (allerta RASFF 2023.5454) e internazionale (allerta RASFF 2023.4705 e ECDC/EFSA Rapid Outbreak Assessment: doi:10.2900/042880).





**PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI**

**ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO**

D.Il contesto all’interno dell’Istituto vede, per i casi che necessitano maggiore attenzione, come il botulismo e l’avvelenamento da alcaloidi tropanici, l’applicazione di linee guida nazionali che prevedono dei protocolli d’intervento rapido tra cui l’attivazione del meccanismo della pronta disponibilità. Nel 2023 i campioni analizzati per sospetta intossicazione botulinica dai 2 centri incaricati sono stati 25 e in buona parte conferiti da 16 diversi ospedali del territorio di competenza; quelli per alcaloidi tropanici i casi sono stati 3. Complessivamente i campioni conferiti nell’ambito delle MTA sono stati oltre 400 con una netta prevalenza di attività per cause di origine biologica; quelle di origine chimica sono state circa il 5%. L’impatto sulle attività è notevole in quanto prevede una rapida esecuzione degli esami e un coordinamento tra diversi laboratori e ST per le diverse competenze che vanno dalla microbiologia e virologia alimentare, alla ricerca delle tossine batteriche e degradazione oltre alle tossine vegetali naturalmente presenti.

## FOCUS:

### ESECUZIONE ATTIVITA' ANALITICA RIENTRANTE NEI PIANI NAZIONALI E REGIONALI

L'attività rientrante nella sicurezza alimentare, come attività di controllo pubblico, è impostata sul principio della prevenzione e agisce, anche e non solo, con dei piani di controllo e di campionamento. I risultati di questa attività di laboratorio sono oggetto di dettagliata rendicontazione da parte degli osservatori epidemiologici dove i destinatari finali sono le Regioni, il Ministero della Salute ed EFSA. La rendicontazione prevede la messa a disposizione di una serie rilevante di informazioni che vanno in estrema sintesi dalla tipologia dell'alimento, alla tecnologia di produzione, alla provenienza e alle risultanze analitiche. In questo settore l'attività pianificata è nettamente prevalente rispetto all'attività rientrante nelle emergenze. La rilevanza dei piani di controllo può essere comunitaria in quanto prevista da norme specifiche come lo sono il Piano Nazionale Residui, il Piano Alimentazione Animale, il Piano pesticidi, la ricerca delle Trichine e tutta l'attività oggetto di campionamento da parte dei PCF sugli alimenti in ingresso da Paesi terzi, ecc. Altri piani assumono una rilevanza nazionale come il Piano alimenti, il Piano contaminanti ecc. mentre altri ancora hanno una rilevanza regionale come l'attività di controllo sul latte (piano per la verifica delle fasi di rientro delle aziende per parametri sanitari del latte, piano cisterne, piano alpeggi, ecc.), gli esami batteriologici e la ricerca degli inibenti nelle MSU. A questi vanno aggiunti dei piani a sostegno dell'export degli alimenti, come il Piano export USA, Giappone, Russia, Canada ecc. L'impegno dell'IZSLER come attività analitica erogata, in questo settore è rilevante con l'esecuzione di esami su circa 65.000 campioni complessivi. I 5 piani con maggiore attività nell'ordine sono il piano Trichinella (19.000 campioni analizzati), il piano MSU (16.000 campioni analizzati), i piani regionali alimenti (11.000) e il PNR (12.000). In questa attività sono coinvolte tutte le strutture del dipartimento di sicurezza alimentare ma anche le ST che effettuano analisi su campioni conferiti dalle ATS/Az.USL.

---

### SUPPORTO ANALITICO ALLE MTA

Il termine di malattie trasmessa da alimenti (MTA), comprende una serie di sindromi causate dall'ingestione di cibi contaminati da una quantità sufficiente di sostanze tossiche o di microrganismi patogeni e in grado di dare origine a sintomi di malattia. Indubbiamente il mutamento delle abitudini alimentari, le tecnologie alimentari e la globalizzazione dei mercati sono i fattori di maggiore criticità. Anche la percentuale sempre più significativa di persone allergiche pone l'attenzione sull'insorgere di MTA legate al consumo di sostanze contenenti hidden food tenuto anche conto che la quantità di sostanza in grado di indurre reazione avversa non è misurabile ed è ospite dipendente. Il contesto interno all'IZSLER vede coinvolte tutte le strutture che effettuano attività analitica nell'ambito della sicurezza alimentare presenti in sede e presso le ST delle 2 Regioni con una spiccata specializzazione perché in questo settore si spazia dalla ricerca di microbiologia classica, alla virologia alimentare, all'applicazione di tecniche in PCR, di sequenziamento genomico, ELISA e LC-MS/MS. Oltre alle storiche MTA causate da Salmonella, Listeria e tossine batteriche di Stafilococchi, E. coli e B. cereus e istamina, stanno assumendo un ruolo rilevante anche quelle causate da virus come il Norovirus e il virus dell'epatite A. A queste classiche cause di MTA si stanno aggiungendo 2 nuove categorie di potenziali agenti patogeni: le sostanze che determinano allergia o intolleranza alimentare e le tossine di origine naturale presenti prevalentemente negli alimenti di origine vegetale come gli alcaloidi tropanici, pirrolizidinici ecc. Per la prima categoria, quella definita come "classica", c'è un coinvolgimento trasversale in po' di tutte le strutture dell'ente, per le altre 2 invece c'è una forte specializzazione con concentrazione dell'attività analitica in 2 reparti. Poi, ulteriore elemento caratterizzante, per la prima categoria c'è già una consolidata disponibilità di metodi e di attività con oltre 300 campioni conferiti nel 2023, per le altre 2 si è ancora nella fase di sviluppo, validazione e accreditamento di nuove metodiche analitiche per raggiungere il maggior grado di copertura. Per queste nel 2023 ci sono stati dei casi di forte impatto sanitario e mediato con rilievo di  $\beta$ -lattoglobuline e altri allergeni (proteine dell'uovo) in dolci somministrati in un ristorante e in un secondo caso sempre determinato dalla presenza di proteine del latte ( $\beta$ -lattoglobuline e caseine) in una frittata somministrata in una mensa scolastica. A questi vanno aggiunti 3 casi con il riscontro di tossine del tropano in prodotti a base di spinaci



# FOCUS:

## NUOVE METODICHE ANALITICHE

Le norme comunitarie emesse nel 2023 che impattavano sulle metodiche analitiche sono state numericamente rilevanti; ad essere prevalentemente coinvolta e stata l'attività analitica chimica e in parte quella microbiologica. Questo ha comportato un adeguamento costante dei MMPP in termini di revisione con estensione del campo di applicazione a nuove matrici e nuovi limiti, di nuove validazioni perché sono stati modificati dei parametri e di emissione di nuovi metodi per coprire settori nuovi come quello delle tossine vegetali. Complessivamente nel 2023 sono stati circa 60 i metodi che sono stati revisionati o emessi per la prima volta come azioni conseguenti all'adeguamento alle norme di legge o tecniche. La quasi totalità di questi vede applicazione nei settori di maggiore evoluzione: quelli coinvolti sono stati il chimico, con l'estensione del numero di pesticidi ricercati, delle micotossine e dei residui in generale; il settore degli allergeni con la maggiore applicazione di metodi molecolari in sostituzione di quelli enzimatici, e infine quello che vede l'applicazione dell'analisi genomica finalizzata alla determinazione di specie sia animale che vegetale, oltre che per studi epidemiologici in casi di MTA.

---

## ATTIVITA' A SUPPORTO DELLE PRODUZIONI

IZSLER ha proseguito nel 2023 le Attività a Supporto delle Produzioni (ASP) con lo scopo di validare i processi produttivi degli alimenti, soprattutto con finalità Export (USA, Canada), in accordo quindi con linee guida e i requisiti sanitari dei Paesi terzi. L'esportazione dei prodotti di salumeria, nello specifico di salumi con meno di 400 gironi di stagionatura, richiede, infatti, l'esecuzione di studi di validazione di processo al fine di fornire l'evidenza scientifica del rispetto dei target microbiologici richiesti dal Paese importatore. Inoltre, sono proseguiti nel 2023 presso le 2 strutture coinvolte, il Rep. Controllo alimenti di Brescia e ST di Bologna, studi di validazione di shelf life di alimenti pronti al consumo, per definirne la classe di appartenenza in accordo con il Reg. CE 2073 del 2005, supportando anche l'Autorità Competente nella gestione del pericolo *Listeria monocytogenes* in caso di rilevata presenza nell'alimento durante il controllo ufficiale. La gestione, infatti, di questi casi, dipende dalla categoria di appartenenza del prodotto (se in grado di supportare o no lo sviluppo di *L. monocytogenes* durante la shelf life) ed è quindi necessario disporre di tali informazioni per permettere AC di gestire in modo corretto le eventuali non conformità che potrebbero essere rilevate durante la vita commerciale dell'alimento. Al fine di implementare le conoscenze, standardizzare le procedure e condividere le esperienze, l'IZSLER partecipa al gruppo di lavoro degli II.ZZ.SS. su challenge test e studi di shelf life.



# NUMERI:

**N.ESAMI/ANNO  
NELL'AMBITO DEI CONTROLLI  
UFFICIALI**

**2023:1.194.578**

**N.ESAMI/ANNO NELL'AMBITO DEI  
CONTROLLI NON UFFICIALI  
(attività per privati a supporto della  
filiera agro-alimentare)**

**2023: 841.557**

---

**200.708**

**N.CONFERIMENTI  
UFFICIALI E NON  
ALIMENTI UOMO E  
ZOOTECNICI**



**2.085.806**

---

**TOTALE ESAMI**

**423.712**

**N.CAMPIONI  
UFFICIALI E NON ALIMENTI  
ALIMENTI UOMO E  
ZOOTECNICI**





**PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI**

**A. Continuo sviluppo del sistema ClassyFarm**

- Predisposizione e attuazione di nuovi strumenti per la valutazione del benessere animale, con definizione di nuove check-list di controllo ufficiale (per i tacchini da carne e per i conigli) e di autocontrollo (per i polli da carne e le galline ovaiole).
  - Predisposizione e attuazione di nuovi strumenti per la valutazione della biosicurezza, negli allevamenti suini e avicoli, con definizione di nuove check-list di controllo ufficiale.
  - Sviluppo, definizione e pubblicazione dei nuovi cruscotti di accesso per la lettura dei dati di elaborazione benessere animale, biosicurezza degli allevamenti e consumo del farmaco.
  - Pubblicazione del sito internet (multilingua) [www.classyfarm.it](http://www.classyfarm.it) in cui sono disponibili per la libera consultazione le nuove linee guida per l'accesso ai cruscotti ClassyFarm, tutti i manuali e le checklist ClassyFarm e tutte le news più importanti.
  - Sviluppo del neonato Sistema di Qualità Nazionale Benessere Animale (SQNBA), attraverso lo studio e la predisposizione, nel contesto del Comitato Tecnico Scientifico Benessere Animale CTSBA di specifici disciplinari di certificazione volontaria.
  - Attività di assistenza agli Operatori del settore primario per consentire loro di aderire al sistema ClassyFarm.
- Sviluppo ed implementazione dei processi di interoperabilità tra piattaforme pubbliche per consentire lo scambio ed elaborazione di dati in particolare per il calcolo del consumo di antibiotici (Defined Daily Dose - DDD).

**B. Attuazione in collaborazione con il Ministero della salute e le regioni per la definizione del piano nazionale per il benessere animale (PNBA)**

- Valutazione dell'andamento del PNBA 2022-2023 e definizione PNBA 2024
  - Ridefinizione dei target di controllo per tutte le regioni
- Condivisione e approvazione delle nuove check list di controllo ufficiale per tacchini da carne e conigli.

**C. Predisposizione e attuazione di corsi di formazione per medici veterinari pubblici e privati in tema di benessere animale**

- Corso di Formazione per l'aggiornamento professionale dei veterinari ufficiali e la formazione dei formatori di I° livello sul benessere animale e sull'utilizzo di ClassyFarm (3 edizioni);
- Corso di Formazione di I° livello per medici veterinari ispettori presso i macelli in tema di protezione degli animali nelle fasi di macellazione Reg. CE 1099/2009 (2 edizioni);

**ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO**

A. Entrata in vigore di alcuni provvedimenti nei quali è stato previsto un ampio utilizzo dei sistemi ClassyFarm:

- DM 28/06/2022 MINSAL, recante requisiti di biosicurezza degli stabilimenti che detengono suini;
  - DM 02/08/ 2022 MIPAF-MINSAL che disciplina il "Sistema di qualità nazionale per il benessere animale";
  - DLgs n. 136 05/08/2022, recante attuazione del Regolamento UE 2016/429
  - DM 23/12/2022 MASAF recante disposizioni applicazione del regolamento (UE) 2021/2115, per quanto concerne i pagamenti diretti;
  - DM 30/05/2023 MINSAL, recante modalità applicative delle misure di biosicurezza negli allevamenti avicoli.
- Grazie ad un accesso facilitato e ad un ampliamento dell'offerta, ne è derivato un maggiore utilizzo del sistema da parte degli operatori del settore nella predisposizione di percorsi migliorativi verso la tutela del benessere animale. ClassyFarm è stato utilizzato da MASAF e alcune Regioni, per ridistribuire i fondi comunitari previsti dalla PAC 2023-27.
- L'accordo fra MINSAL e MASAF per la certificazione volontaria SQNBA basata su ClassyFarm ha indotto la stesura dei disciplinari per le popolazioni bovine, produttrici di latte e carne, e di suini allevati all'aperto. I disciplinari saranno il supporto per il sistema di Etichettatura Nazionale per il Benessere Animale.

B. La necessità della veterinaria pubblica di uniformare e rendere più efficace ed efficiente il controllo ufficiale del benessere animale negli allevamenti zootecnici, sempre più richiesto dai cittadini, è stata discussa ed approfondita tra i referenti regionali e ministeriali al fine di programmare al meglio le verifiche degli allevamenti da effettuare nel 2024. Il punto di partenza è stata la valutazione del rischio elaborata con i dati disponibili nella Banca Dati Nazionale (BDN) e in ClassyFarm. L'analisi di specifici fattori di rischio e dei risultati ottenuti con le checklist per il controllo ufficiale è stata inserita nel PNBA per la pianificazione dei controlli sul territorio.

C.L'aumento costante della sensibilità dei cittadini verso il benessere animale richiede un impegno significativo da parte dei veterinari operanti sul territorio. Grande impegno è stato quindi posto sulla formazione in materia di benessere di oltre 400 veterinari di Sanità Pubblica attivi sul campo e nei macelli.

I corsi, richiesti e voluti da Ministero della Salute e Regioni, sono stati sviluppati con il CRN per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria e si sono tenuti in tre città del sud, del centro e del nord Italia. Infine, la forte richiesta di formazione proveniente dal territorio si è concretizzata con una elevata fruizione della formazione a distanza sulla applicazione delle checklist ClassyFarm per il controllo ufficiale e l'autocontrollo.

## PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- Corso specialistico di buiatria sul benessere della bovina da latte, con applicazione del sistema ClassyFarm per le bovine da latte, rivolto a 25 medici veterinari liberi professionisti;
- Erogazione di corsi FAD per l'applicazione delle check list per il controllo ufficiale del benessere animale per ruminanti, suini, avicoli e conigli;

Erogazione di corsi FAD per l'applicazione in autocontrollo delle check list benessere animale e biosicurezza per ruminanti, suini e avicoli.

### **D. Valutazione di nuovi sistemi per l'abbattimento di suini in campo a seguito di emergenze epidemiologiche**

• L'emergenza Peste Suina Africana (PSA) ha stimolato e indotto ad effettuare un percorso di sviluppo, studio e confronto per la messa a punto di un sistema che consenta il depopolamento e l'abbattimento rapido dei suini, secondo le procedure previste dalla vigente legislazione, da attuare in caso di emergenze epidemiche. A tal fine l'emergenza PSA in provincia di Pavia ha consentito di effettuare due sopralluoghi durante le fasi di abbattimento in aziende suinicole

• Lo studio, svolto seguendo le indicazioni EFSA "Welfare of pigs during killing for purposes other than slaughter" (2020), ha consentito la messa a punto di un documento contenente le specifiche necessarie alla preparazione di un sistema per abbattimento dei suini attraverso l'utilizzo di gas.

Sono stati previsti, nel 2024 tre step di lavoro: i) la valutazione di un documento completo che contenga le procedure operative e le specifiche tecniche dell'attrezzatura, ii) una prima prova senza animali e iii) un collaudo finale presso un allevamento messo a disposizione dalla Regione Lombardia.

### **E. Sviluppo ed attuazione di progetti interni per la tutela del benessere nei vitelli, in affiancamento dei Veterinari ATS Brescia e Val Padana nelle attività di campionamento e analisi del materiale prelevato**

• Messa a punto di un sistema di sorveglianza per affrontare l'emergenza segnalata da operatori del territorio in merito ad una elevata mortalità dei vitelli negli allevamenti da latte e di vitelli a carne bianca.

• L'obiettivo è valutare il livello di attenzione nella gestione delle vitellaie, titolando gli anticorpi presenti nel sangue verso le principali malattie dei vitelli, in un campione rappresentativo di animali, per comprendere se il passaggio di immunità sia avvenuto correttamente.

## ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO/INTERNO

**D.** La situazione epidemiologica della PSA rappresenta un problema serio anche per la tutela del benessere animale in ragione della possibile attuazione di azioni di depopolamento e abbattimento in caso di focolai negli allevamenti. Di concerto con i veterinari delle regioni Lombardia ed Emilia-Romagna è quindi emersa la necessità stringente e urgente di sviluppare e ottimizzare tali operazioni nel rispetto dei tempi e delle normative.

Il lavoro di stesura del documento contenente le specifiche necessarie alla preparazione di un sistema per abbattimento dei suini attraverso l'utilizzo di gas è stato condiviso, oltre che con la veterinaria pubblica delle due regioni e con il commissario per la emergenza PSA, anche con le ditte incaricate degli abbattimenti. Ciò al fine di chiarire le dinamiche applicative e le linee di sviluppo dell'attrezzatura necessaria, super-visionando così lo sviluppo di un prototipo.

**E.** La segnalazione da parte di ATS Brescia di elevate mortalità e morbidità in vitelli presenti negli allevamenti lombardi, ha alimentato il sospetto che gli animali non fossero colostrati seguendo le buone pratiche di benessere animale.

In collaborazione e in affiancamento ai veterinari della ATS di Brescia, è stata sviluppata ed utilizzata durante i sopralluoghi una check list per valutare attraverso l'analisi di campioni di feci e sangue il livello gestionale della vitellaia.

L'attenzione verso il benessere dei vitelli e la riduzione del consumo di antibiotici in questo comparto è già visibile attraverso una maggiore sensibilità degli allevatori e dei veterinari che, a seguito di tale iniziativa, chiedono un maggior supporto dai laboratori di IZSLER.

# NUMERI:

**NUOVE CHECK LIST - UFFICIALI**

**NUOVE CHECK LIST- AUTOCONTROLLO**

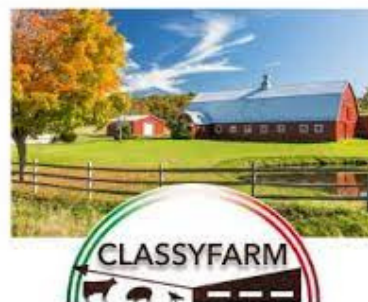
**N. 6 (SUINI -CONIGLI-AVICOLI)**

**N. 2 (AVICOLI)**

---

**18.525**

**N. ALLEVAMENTI VALUTATI IN  
AUTOCONTROLLO PER IL BENESSERE  
ANIMALE**



**332.194**

---

**15.246**

**N. ALLEVAMENTI VALUTATI IN  
AUTOCONTROLLO PER LA  
BIOSICUREZZA**





# FOCUS:

## BENESSERE ANIMALE E SVILUPPO DEL SISTEMA CLASSYFARM

Nel corso del 2023 il sistema ClassyFarm è stato oggetto di nuove applicazioni a favore della veterinaria pubblica e della zootecnia. Alla fine del 2022, il sistema è stato incorporato in numerose leggi nazionali come uno dei pilastri fondamentali della veterinaria e della zootecnia italiana. Si vedano a tal proposito i contenuti i) del Decreto n. 341750 del 2 agosto 2022 del MASAF e del MINSAN, che disciplina il "Sistema di qualità nazionale per il benessere animale"; ii) del Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 136 recante attuazione del Regolamento (UE) 2016/429; iii) del Decreto del 23 dicembre 2022 del MASAF che disciplina il Nuovo Piano Strategico per la PAC 2023-2027; iv) dei Decreti 28 giugno 2022 e 30 maggio 2023 del Ministero della Salute, in tema di biosicurezza degli stabilimenti che detengono suini e avicoli, rispettivamente.

Queste novità hanno amplificato notevolmente l'interesse e l'utilizzo di ClassyFarm che è stato oggetto di numerose attività correlate, volte alla costruzione-revisione dei questionari di valutazione del benessere animale e della biosicurezza per le specie ruminanti, suini, avicoli e conigli in modo da renderli uniformemente interpretabili e fruibili. Anche l'attività di estrazione e analisi dei dati inseriti e la loro interpretazione a supporto delle associazioni di filiera e Autorità competenti è stata fortemente implementata.

Lo sviluppo di un unico applicativo per la valutazione del rischio per il benessere animale, la biosicurezza degli allevamenti e il consumo di antibiotico è diventato nel corso del 2023 un forte motivo di collaborazione fra la rete degli IZZSS e fra questi e le attività sul territorio svolte dagli organi di sanità pubblica veterinaria.





**PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI**

**A. Individuazione del partner ed avvio di un servizio di supporto alla ricerca finalizzato a potenziare le attività di fund raising e grant writing**

Al fine di potenziare le attività di fund raising e grant writing, nel 2023 è stata condotta un'indagine di mercato preliminare volta ad identificare potenziali partner a supporto della ricerca IZSLER. Le agenzie individuate sono state contattate, ed invitate in caso di interesse a fornire una proposta del servizio offerto. Le proposte più rispondenti ai requisiti sono state selezionate e sono state discusse in colloqui preliminari esplorativi con i candidati. Quindi dopo un secondo giro di colloqui è stata scelta l'agenzia aggiudicataria per fornire supporto i) nella mappatura delle attività di ricerca ed opportunità di finanziamento; ii) nella formazione; iii) nell'assistenza diretta nella scrittura dei progetti; iv) nel project management; e nella v) valorizzazione dei risultati della ricerca. In ottobre si è tenuto il primo incontro fra agenzia e ricercatori, grazie a questi colloqui è in corso di redazione un portfolio che sarà utile nella selezione delle opportunità di finanziamento e collaborazione con altri enti di ricerca. Sempre ad ottobre si è tenuto il primo corso di formazione sul budget management, e a dicembre il primo incontro di presentazione di call di potenziale interesse dell'istituto.

**B. Candidatura, pianificazione e partecipazione alla Partnership Europea per la Salute e il Benessere Animale (EUPAHW)**  
Nel corso dell'anno IZSLER e i suoi ricercatori si sono impegnati nel processo di candidatura per la partecipazione alla EUPAHW. Attraverso una serie di incontri e di indagini sono state definite le priorità di ricerca e la definizione delle prime azioni di ricerca interne. Fra febbraio e aprile IZSLER ha contribuito allo sviluppo della proposta progettuale nei work packages (WP) 3 (i.e. azioni interne) e 5 (i.e. Comunicazione Educazione Utilizzo Disseminazione - CEED). Il contributo di IZSLER è stato accettato con successo in 10 azioni interne del WP3 che si occuperanno di fauna selvatica, antimicrobicoresistenza, valutazione del benessere animale, prioritizzazione di patogeni, sviluppo di metodi di diagnosi, valutazione dello stato di coscienza e morte, biosicurezza, sostenibilità, interazione patogeno-ospite, e espressione antigenica per la produzione di vaccini.

**C. Partecipazione al progetto INF-ACT**

IZSLER contribuisce al progetto INF-ACT in 4 dei 5 nodi di ricerca sviluppati nel progetto. In particolare:

- Minacce virali emergenti e ri-emergenti (con particolare attenzione ai virus respiratori e alle zoonosi);
- Vettori artropodi e patogeni trasmessi da vettori (con particolare attenzione alle malattie trasmesse da vettori con maggiore rischio di diffusione a livello emergenziale in Italia, quali le arbovirosi);
- Malattie causate da batteri e funghi resistenti a molteplici antibiotici (AMR, con particolare attenzione ai meccanismi molecolari di multi-resistenza agli antibiotici); e
- Epidemiologia integrata in chiave "One Health" (uomo, animale e ambiente), monitoraggio e modelli matematici.

La partecipazione al progetto ha permesso ad oggi di attivare in IZSLER 8 contratti a tempo determinato, una borsa di dottorato in One Health, e contratto per RTD.

**ANALISI CONTESTO ESTERNO/INTERNO**

**A.**  
Il potenziamento delle attività di fund raising e grant writing è una delle 5 azioni di miglioramento individuate nel Piano Triennale della Ricerca IZSLER. Per questo motivo è stato scelto di avvalersi in questa attività del supporto di una agenzia esterna specializzata nella partecipazione e gestione di progetti di ricerca internazionali, in particolare, europei. Questo darà avvio ad un percorso di miglioramento per poter meglio sfruttare le opportunità di finanziamento messe a disposizione in ambito europeo nei diversi programmi di sviluppo della ricerca.

**B.** La EUPAW è un'azione di finanziamento della ricerca che rientra nel Programma Quadro Europeo Horizon Europe. Risponde alla call HORIZON-CL6-2023-FARM2FORK-01 Fair, healthy and environmentally-friendly food systems from primary production to consumption. È un'azione di tipo co-finanziato (HORIZON-COFUND) al 50% ed è ad oggi l'iniziativa di ricerca e innovazione più ambiziosa che la Commissione Europea (CE) abbia finanziato per controllare le malattie infettive degli animali e promuovere il benessere degli animali, con una previsione di investimento di 360 milioni di euro in sette anni. La EUPAHW promuoverà la collaborazione fra 90 entità (56 istituti che svolgono attività di ricerca, 30 organizzazioni di finanziamento e ministeri), agenzie europee tra cui l'EFSA e l'EMA, provenienti da 24 paesi (19 Stati membri dell'UE e 5 paesi associati a Horizon Europe).

**C.**  
Il programma di ricerca INF-ACT nasce nell'ambito del PNRR e si occupa dello studio delle malattie infettive emergenti nell'uomo, negli animali domestici e selvatici come potenziali serbatoi di malattie, e dei fattori ambientali che ne influenzano la diffusione. Al progetto hanno aderito 25 enti di ricerca fra i quali l'Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali (AIZS), di cui IZSLER è membro. I partner aderenti al progetto hanno promosso l'istituzione del Dottorato Nazionale in "One Health Approaches to Infectious Diseases and Life Science Research", che punta a sviluppare approcci di ricerca di base, clinica ed epidemiologica per lo studio, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.



# NUMERI:

**N. NUOVI PROGETTI DI RICERCA IN CORSO**

**147**

**N. PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE**

**151**

**588,3**

**IMPACT FACTOR COMPLESSIVO**



**61**

**4,3**

**N. CITAZIONI MEDIO PER ARTICOLO**

**N. UNITA' DI PERSONALE  
ADDETTO ALLA RICERCA  
SANITARIA (dato al  
31.12.2023)**



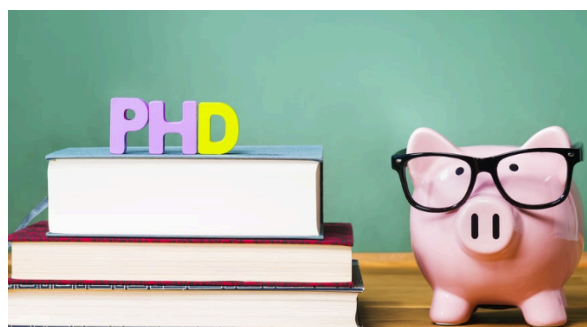
# FOCUS:

## PERCORSI DI FORMAZIONE E SUPPORTO DEL PERSONALE DELLA RICERCA SANITARIA

Nel corso del 2023 è proseguito il percorso di formazione e supporto al personale della Ricerca Sanitaria. In particolare la formazione ha insistito sullo sviluppo delle capacità di presentazione orale, grafica, e di scrittura di progetti. Uno di questi eventi ha visto la partecipazione dello Chief Scientist di EFSA, Carlos Das Neves, nell'ambito della ormai consolidata "Anteprima" della Giornata della Ricerca Corrente IZSLER. È continuato il supporto ai ricercatori per la partecipazione al programma EU-FORA finanziato da EFSA, grazie al quale è stato ricevuto un grant per un programma di scambio con l'Università di Cartagena per la valutazione del rischio su batteri sporigeni.



## CO-FINANZIAMENTO DI BORSE DI STUDIO DI DOTTORATO



In collaborazione con gli atenei di Parma, Brescia, e Bologna, IZSLER ha deciso di stanziare parte dei fondi destinati alla ricerca autofinanziata (i.e. € 200.000) al co-finanziamento di tre borse di dottorato, una per ogni ateneo coinvolto. Questa iniziativa, congiuntamente all'attivazione di percorsi di dottorato industriale riservati ai dipendenti, contribuirà a rafforzare i rapporti di collaborazione con le università delle territorio su cui IZSLER agisce, e più in generale a far crescere la capacità e la cultura della ricerca dell'istituto.

## RICERCA AUTOFINANZIATA

Nel corso del 2023 nell'ambito del bando di ricerca autofinanziata 2022 sono stati finanziati 8 studi di validazione interna o spontanei. Questo strumento di finanziamento è stato particolarmente apprezzato perché ha consentito l'attuazione di progettualità pilota che verranno sviluppate in progetti di ricerca più strutturati o di linee di ricerca non considerate dalle attuali priorità ministeriali. Per consentire l'ottimizzazione di uso di questa tipologia di studi, anche a fronte della riduzione del budget totale per il co-finanziamento dei dottorati, e in conseguenza dell'analisi dell'utilizzo dei budget nei vari progetti nelle annualità precedenti, nel bando di ricerca autofinanziata 2023 sono stati abbassati i limiti massimi di finanziamento ed è stata richiesta più scrupolosità nella formulazione del budget. Anche grazie agli interventi di formazione in tema, questa richiesta è stata accolta positivamente dai ricercatori e sono state presentate proposte con stime di spesa più realistiche ed adeguate che hanno consentito il finanziamento di tutte le istanze raccolte.



## 1.LA METODOLOGIA

### 1.1 IL METODO PER LA MISURAZIONE DEL VALORE PUBBLICO

Il valore pubblico (VP) è un concetto astratto multidimensionale e non direttamente misurabile. Per ottenere una misura quantitativa del VP si ricorre alle metodologie statistiche che si basano sulla pratica delle scale composite o indicatori compositi. Nello specifico il VP è misurato indirettamente attraverso l'espressione di indicatori detti di impatto che rappresentano una manifestazione esterna del VP. Questi indicatori d'impatto hanno diversa natura e quindi vengono misurati con scale differenti coerentemente con la natura stessa dell'indicatore. E' necessario quindi procedere ad un processo di "normalizzazione" di queste scale con riduzione o mappatura ad una scala comune. Gli indicatori così normalizzati possono essere quindi efficacemente sintetizzati con metriche quali ad esempio la media che può essere pesata per la diversa importanza che si attribuiscono ai diversi indicatori. Il VP quindi è definito come la media pesata dei valori scalati o normalizzati dei singoli indicatori di impatto pesati ( meta-indicatore), sia in senso stretto che in senso ampio.

Il CERVAP ha definito la seguente metodologia che ha lo scopo di rendere adimensionali i diversi *Key Performance Indicators* (KPIs) – indicatori d'impatto, per poi combinarli tramite una funzione di aggregazione (media). Pertanto, l'i-esimo KPI di IZSLER può essere trasformato come segue:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso del PIAO di IZSLER il confronto avviene su base triennale tra  $VP_{202x}^B$  (target) e i valori di  $VP_{202x}^T$ ;  $VP_{202x}^T$  e  $VP_{202x}^T$  (target triennali).

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

Rispetto a quanto indicato nel PIAO 2023-2025 per l'attività di rendicontazione e calcolo del VP è stata fatta una valutazione relativamente all'adeguatezza del sistema di normalizzazione adottato in relazione alla tipologia/natura degli indicatori d'impatto e di performance. Gli indicatori individuati da IZSLER nel PIAO 2023-2025 sono spesso dei conteggi, non sempre è definibile un valore minimo e massimo e nella maggior parte dei casi il valore basale corrisponde al limite massimo della scala, in questo caso ne deriva che i target normalizzati secondo la procedura (max-min) definiti per il triennio successivo risultano fuori scala con valori molto superiori a 1 o 100% a seconda della modalità di rappresentazione, rendendo meno facilmente interpretabile i risultati.

In collaborazione con il CERVAP sono stati quindi esplorati differenti sistemi di normalizzazione e in particolare, l'utilizzo del valore basale come valore indice posto a 100, nel caso di indicatori senza dati storici secondo la seguente formulazione:

$$NI_i = \frac{x_{it} - x_{ib}}{x_{ib}} \times 100 + 100$$

e la trasformazione logaritmica:

$$NI_i = \log_b(x_i)$$

IZSLER ha adottato il metodo della trasformazione logaritmica, perché permette di gestire indicatori senza dati storici, non risulta vincolato in una scala da 0 a 1 e permette una riduzione della variabilità dei diversi indicatori. Identica metodologia è stata quindi applicata anche al PIAO 2024-2026 per permettere un adeguato confronto dei risultati.

Analogamente a quanto definito dal metodo CERVAP, il VP è dato dalla media degli indicatori parziali o tematici e la capacità di creare Valore Pubblico, in fase di monitoraggio/rendicontazione si basa sul posizionamento del Valore Pubblico effettivo (risultato) rispetto alle quantità precedentemente discusse ( $VP_t^B$  e  $VP_t^T$ ) espresso in % di incremento VP al tempo t rispetto al VP basale.

Quanto sopra espresso è stato applicato alle tabelle riportate per ottenere la normalizzazione degli indicatori e le conseguenti misure di valore pubblico.

## 2. VALORE PUBBLICO

### 2.1 FASI DEL VALORE PUBBLICO

**FASE DELLA MISURAZIONE:** Il raggiungimento degli obiettivi di VP può essere misurato tramite indicatori di impatto, rispetto ai quali IZSLER può non avere una responsabilità diretta e completa, ma può dare un contributo. Tali indicatori possono essere misurati sia in termini di avanzamento annuale, sia in termini di raggiungimento dell'effetto nel medio-lungo periodo. Misurare il VP creato significa misurare l'effetto della strategia nel generare VP, per tale misurazione è necessario quindi disporre di indicatori di impatto specifici. IZSLER ha individuato indicatori di impatto sia per il VP1 e VP2.

Nella fase della programmazione (a preventivo) il VP creato, è ottenuto dal confronto tra la baseline e il target atteso mentre nella fase della rendicontazione (a consuntivo) dal confronto tra baseline e risultato.

Il VP viene misurato in termini di incremento verso la creazione/erosione, rispetto al dato di partenza e rispetto al target atteso per effettuare ulteriori valutazioni. Durante la misurazione finale viene calcolata anche la performance dell'ente nel creare VP (Performance Istituzionale). Il Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP) è aggiornato rispetto alla misurazione del VP e della sua performance.

**FASE DELLA VALUTAZIONE:** valutare il VP creato significa analizzare il VP creato/eroso, sia in senso stretto, sia in senso ampio, cercando di identificare i vari contributi degli impatti/efficienza/efficacia/salute alla creazione/erosione di VP, punto di partenza per eventuali riprogrammazioni.

Si segnala che, si possono avere casi in cui il VP creato è superiore rispetto alla baseline ma inferiore rispetto al target, ciò è giustificato dal fatto che nell'anno di riferimento possono verificarsi situazioni contingenti che non permettono il pieno raggiungimento delle attività relative, anche se il trend resta positivo. In questo caso il confronto tra risultato e il target atteso, ci permette di capire le cause dello scostamento, in vista di eventuali azioni correttive. Il confronto invece tra la baseline e il risultato ci permette di avere un dato più solido che risente meno delle variazioni annuali.

**FASE DELLA RENDICONTAZIONE:** Il Report del PIAO prevede un rendiconto annuale denominato REPORT DEL VALORE PUBBLICO, da presentare agli organi di indirizzo politico/amministrativo e agli stakeholder, utile per programmare future azioni correttive. Il monitoraggio si ispira alla filosofia di integrazione del PIAO e consente di ricostruire la catena del valore, dalla salute organizzativa al presidio dei rischi, alla realizzazione delle performance e, infine, alla creazione di Valore Pubblico. Il monitoraggio del VP viene fatto annualmente con una valutazione complessiva finale alla fine del triennio (report PIAO 2025).

## 3.MISURAZIONE A CONSUNTIVO DEL VALORE PUBBLICO

### 3.1 MISURAZIONE IN SENSO STRETTO

La misurazione del VP in senso stretto è calcolata come media semplice degli impatti, rispetto alla baseline di partenza. Calcolare la misura sintetica del Valore Pubblico, per quanto relativa, consente di mettere a sistema e governare i diversi indicatori di impatto, intervenendo in maniera selettiva in caso di scostamenti tra consuntivo e preventivo.

### 3.2 MISURAZIONE IN SENSO AMPIO

La misurazione del VP in senso ampio, riguarda la cura della salute delle risorse al fine di migliorare la performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti, è effettuata quale media delle medie delle quattro dimensioni di performance ( impatti, efficacia, efficienza ,salute) così come previsto dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n.1/2017. In tale prospettiva, il VP si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del VP. Calcolare la misura ampia del VP, consente di mettere a sistema e governare i diversi indicatori di performance/salute delle risorse, intervenendo in maniera selettiva in caso di scostamenti tra consuntivo e preventivo e capire qual è stato il contributo/mancato contributo delle varie dimensioni e agire sulla programmazione futura.

### 3.3 MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE ISTITUZIONALE

Per misurare nel tempo il VP creato/eroso, l'ente si è dotato di un indice sintetico Livello Sintetico di valore Pubblico (LS VP) che è calcolato sulla media delle diverse dimensioni (impatti – efficienza – efficacia – salute ) del VP1 e VP2. Si segnala che l'Istituto ha iniziato recentemente l'analisi di tale performance, collegata all'andamento degli obiettivi di VP, non essendoci trend storici, il dato è rappresentato in via sperimentale e ancora in fase di studio.

## 4.RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI

Nelle tabelle sottostanti sono rappresentate le rendicontazioni al 31.12.2023 di tutte le tabelle collegate al VP1 e VP2, espresse in valore reali e normalizzati, riguardanti:

- indicatori di impatto
- obiettivi specifici di performance per la dimensione dell'efficienza/efficacia quale leva del VP
- misure anti corruttive di protezione del VP
- azioni abilitanti il VP ( salute organizzativa, professionale....ecc....)

Per facilitare la lettura delle tabelle si presenta la seguente legenda:

- baseline 2021: è il dato di partenza
- target 2023: è il valore da raggiungere nell'anno 2023

- risultato 2023: è il dato raggiunto nell'anno 2023
- ris\_vs\_bsl: si rappresenta lo scostamento tra il risultato ottenuto e la baseline
- ris\_vs\_tgt: si rappresenta lo scostamento tra il risultato ottenuto e il target atteso
- ris\_vs\_bsl\_perc: si rappresenta lo scostamento in % tra il risultato ottenuto e la baseline
- ris\_vs\_tgt-perc: si rappresenta lo scostamento in % tra il risultato ottenuto e il target
- VP\_ris\_bsl: VP creato, dato dal confronto tra baseline e risultato (dato riportato nel report)
- VP\_ris\_target: VP confronto tra risultato e target atteso (dato riportato nelle tabelle come ulteriore forma di analisi )

Ogni indicatore ha un riferimento rispetto alla baseline, un target atteso e i risultati dell'anno di riferimento. Inoltre può prevedere un confronto tra risultato/baseline e risultato/target.

## VALORE PUBBLICO

TAB.VP1/2.IND.IMP.: presenta gli indicatori di impatti (VP1 – VP2) espressi in valore reale

VP	indicatore	baseline_2021	target_2023	risultato_23	ris_vs_bsl	ris_vs_tgt
VP1	n. metodi di prova nuovi (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	40,00	42,00	49,00	9,00	7,00
VP1	n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	10,00	12,00	22,00	12,00	10,00
VP1	n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti, come effetto delle attività di sviluppo	128.292,00	280.000,00	332.134,00	203.842,00	52.134,00
VP1	n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm, come effetto delle attività di sviluppo	3.233,00	2.000,00	5.651,00	2.418,00	3.651,00
VP1	n. di specie batteriche/virali per le quali viene eseguito il sequenziamento	4,00	8,00	8,00	4,00	0,00
VP2	IF totale dell'Istituto	564,00	570,00	588,30	24,30	18,30
VP2	n. di citazioni medio per articolo/anno	2,41	3,50	4,30	1,89	0,80
VP2	n medio di visualizzazioni per pubblicazione/anno	24,40	25,00	16,80	-7,60	-8,20
VP2	% di articoli pubblicati su riviste open access	58,00	60,00	79,00	21,00	19,00

TAB.VP1/2.IND.IMP.: presenta gli indicatori di impatti (VP1 – VP2) espressi in valore normalizzati

VP	indicatore	baseline_2021	target_2023	risultato_23
VP1	n. metodi di prova nuovi (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	1,61	1,63	1,70
VP1	n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	1,04	1,11	1,36
VP1	n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti, come effetto delle attività di sviluppo	5,11	5,45	5,52
VP1	n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm, come effetto delle attività di sviluppo	3,51	3,30	3,75
VP1	n. di specie batteriche/virali per le quali viene eseguito il sequenziamento	0,70	0,95	0,95
VP2	IF totale dell'Istituto	2,75	2,76	2,77
VP2	n. di citazioni medio per articolo/anno	0,53	0,65	0,72
VP2	n medio di visualizzazioni per pubblicazione/anno	1,40	1,41	1,25
VP2	% di articoli pubblicati su riviste open access	1,77	1,79	1,90

## VALORE PUBBLICO IN SENSO STRETTO (VP1 – VP2)



TAB.VP1/2.SENSO.STRETTO: Il VP creato è dato dal confronto tra baseline e risultato.(VP1: +11% - VP2: +2,90%)

VP	dimensione	BASELINE	TARGET	RISULTATO	VP_ris_bslperc	VP_ris_tgtperc
VP1	impatti	2,39	2,49	2,66	11,00	6,73
VP2	impatti	1,62	1,65	1,66	2,90	0,57

## PERFORMANCE

Misurare la performance significa misurare la causa, ovvero la leva per produrre quell'effetto della missione/strategia/obiettivo/progetto.

TAB.VP1/2.PERF.:obiettivi specifici di performance relativi alla dimensione dell'efficacia espressi in valore reale.

VP	indicatore	baseline_2021	target_2023	risultato_23	ris_vs_bsl	ris_vs_tgt
VP1	N. di richiesta di assistenza risolte per classfarm/ totale richieste pervenute ( dato anno 2021 :1987/2147 - 92%)	92,00	94,00	99,00	7,00	5,00
VP1	% dei ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS	33,00	36,00	84,00	51,00	48,00
VP1	% di prove non conformi sul totale del Ring test	85,00	90,00	98,10	13,10	8,10
VP1	% 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	70,00	75,00	95,00	25,00	20,00
VP1	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da ACCREDIA e risolte nei tmepi previste e apporvati da ACCREDIA rispetto a quelle rilevate	80,00	85,00	98,00	18,00	13,00
VP2	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	114,00	125,00	199,00	85,00	74,00
VP2	n. di pubblicazioni scientifiche prodotte ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	122,00	134,00	150,00	28,00	16,00
VP2	% pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1) ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	53,00	58,00	46,00	-7,00	-12,00

TAB.VP1/2.PERF.:obiettivi specifici di performance relativi alla dimensione dell'efficacia espressi in valore normalizzato.

VP	indicatore	baseline_2021	target_2023	risultato_23
VP1	N. di richiesta di assistenza risolte per classfarm/ totale richieste pervenute ( dato anno 2021 :1987/2147 - 92%)	1,97	1,98	2,00
VP1	% dei ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS	1,53	1,57	1,93
VP1	% di prove non conformi sul totale del Ring test	1,93	1,96	2,00
VP1	% 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	1,85	1,88	1,98
VP1	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da ACCREDIA e risolte nei tmepr previste e approvati da ACCREDIA rispetto a quelle rilevate	1,91	1,93	2,00
VP2	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	2,06	2,10	2,30
VP2	n. di pubblicazioni scientifiche prodotte ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	2,09	2,13	2,18
VP2	% pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1) ( per il target si è utilizzato il 10% in più degli anni precedenti)	1,73	1,77	1,67

TAB.VP1/2.PERF.:obiettivi specifici di performance relativi alla dimensione dell'efficienza espressi in valore reale.

VP	indicatore	baseline_2021	target_2023	risultato_23	ris_vs_bsl	ris_vs_tgt
VP1	% di cluster di infezione umana di cui izsler identifica la sorgente alimentare	47,37	50	64	16,63	14
VP1	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Firma	99	95	97	-2	2
VP1	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Prova	90	90	95	5	5
VP2	€ finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva / € finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva anno precedente ( aumento finanz per la ricerca comp)	1,1	0,8	5,1	4	4,3
VP2	n. articoli scientifici prodotti/ € finanziamenti erogati dai finanziatori (x 1000000 di finanziamento)	96	97	88,06	-7,94	-8,94
VP2	n. relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente inviate nel rispetto delle scadenze /n.relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente da inviare	80	88	98,5	18,5	10,5
VP2	n di pubblicazioni su riviste peer review / numero ricercatori	0,72	0,8	0,79	0,07	-0,01

TAB.VP1/2.PERF.:obiettivi specifici di performance relativi alla dimensione dell'efficienza espressi in valore normalizzato.

VP	indicatore	baseline_2021	target_2023	risultato_23
VP1	% di cluster di infezione umana di cui izsler identifica la sorgente alimentare	1,68	1,71	1,81
VP1	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Firma	2,00	1,98	1,99
VP1	% prove eseguite per i MDP/NGS che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Prova	1,96	1,96	1,98
VP2	€ finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva / € finanziamenti erogati dai finanziatori per la Ricerca Competitiva anno precedente ( aumento finanz per la ricerca comp)	0,32	0,26	0,79
VP2	n. articoli scientifici prodotti/ € finanziamenti erogati dai finanziatori (x 1000000 di finanziamento)	1,99	1,99	1,95
VP2	n. relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente inviate nel rispetto delle scadenze /n.relazioni finali e intermedie dei progetti ricerca corrente da inviare	1,91	1,95	2,00
VP2	n di pubblicazioni su riviste peer review / numero ricercatori	0,24	0,26	0,25

## DIMENSIONE DELLA SALUTE

Misurare lo stato di salute, significa misurare le condizioni abilitanti il VP, rispetto al programmato.

TAB.VP1/2.SALUTE:obiettivi/azioni relativi alla dimensione della salute espressi in valore reale.

VP	indicatore	tipologia	baseline_2021	target_2023	risultato_23	ris_vs_bsl	ris_vs_tgt
VP1	N. processi digitalizzazione relativi all'iter di emissione del metodo di prova - (WEBQUALITY)	indicatore di performance-processi	0	1	1	1	0
VP1	% di MP che saranno digitalizzati nel processo della loro emissione grazie all'applicativo WEBQUALITY	indicatore di performance-documenti	0	50	100	100	50
VP1	N. giorni risparmiati a seguito della digitalizzazione e per l'erogazione del servizio (stima di risparmio di 45 giorni a termine dell'intero processo di digitalizzazione)	indicatore di performance-servizi	0	15	30	30	15
VP1	Sviluppo di un infrastruttura informatica per analisi dati e loro comunicazione all'utenza esterna (PIATTAFORMA GESTIONALE AREG)	indicatore di performance-servizi	0	1	1	1	0
VP1	Studio di fattibilità di un APP per la registrazione dei dati di benessere e sanità del suino	indicatore di performance-servizi	0	1	1	1	0
VP1	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP1	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP1	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP1	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP1	numero di Fogli di lavoro anonimi nel campione / Totale numero conferimenti	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP1	numero Fogli di lavoro anonimi nel campione / numero Fogli di lavoro controllati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP1	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / Totale numero conferimenti	indicatore di anticorruzione e trasparenza	90	90	90	0	0
VP1	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	indicatore di anticorruzione e trasparenza	90	90	90	0	0
VP1	n. dirigente analista informatico tramite concorso pubblico	indicatore delle azioni professionali	0	1	1	1	0
VP1	n. comparto Cat. C /D tramite concorso pubblico ( n.2 unità temo determinato)	indicatore delle azioni professionali	7	9	9	2	0
VP1	n. dirigente biologo tramite selezione pubblica	indicatore delle azioni professionali	0	1	1	1	0
VP1	N. di corsi sulla sicurezza alimentare	indicatore delle azioni formative	25	29	29	4	0
VP1	N. di corsi sulla sanità animale	indicatore delle azioni formative	28	32	32	4	0
VP1	N. di corsi sulle tecniche analitiche	indicatore delle azioni formative	27	30	30	3	0
VP1	N. di corsi su CLASSYFARM	indicatore delle azioni formative	20	20	20	0	0
VP2	% attività per la realizzazione del portale della ricerca	indicatore di performance-processi	0	100	100	100	0
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	100	100	100	0	0
VP2	n. di personale addetto alla ricerca sanitaria ( ricercatore sanitario cat Ds - Collaboratore professionale di ricerca sanitaria cat. D)	indicatore delle azioni professionali	62	67	67	5	0
VP2	n. corsi sulla ricerca in Izsier	indicatore delle azioni formative	5	7	7	2	0

TAB.VP1/2.SALUTE:obiettivi/azioni relativi alla dimensione della salute espressi in valore normalizzato.

VP	indicatore	tipologia	baseline_2021	target_2023	risultato_23
VP1	N. processi digitalizzazione relativi all'iter di emissione del metodo di prova - (WEBQUALITY)	indicatore di performance-processi	0,00	0,30	0,30
VP1	% di MP che saranno digitalizzati nel processo della loro emissione grazie all'applicativo WEBQUALITY	indicatore di performance-documenti	0,00	1,71	2,00
VP1	N. giorni risparmiati a seguito della digitalizzazione e per l'erogazione del servizio (stima di risparmio di 45 giorni a termine dell'intero processo di digitalizzazione)	indicatore di performance-servizi	0,00	1,20	1,49
VP1	Sviluppo di un infrastruttura informatica per analisi dati e loro comunicazione all'utenza esterna (PIATTAFORMA GESTIONALE AREG)	indicatore di performance-servizi	0,00	0,30	0,30
VP1	Studio di fattibilità di un APP per la registrazione dei dati di benessere e sanità del suino	indicatore di performance-servizi	0,00	0,30	0,30
VP1	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP1	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP1	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP1	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP1	numero di Fogli di lavoro anonimi nel campione / Totale numero conferimenti	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP1	numero Fogli di lavoro anonimi nel campione / numero Fogli di lavoro controllati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP1	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / Totale numero conferimenti	indicatore di anticorruzione e trasparenza	1,96	1,96	1,96
VP1	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	indicatore di anticorruzione e trasparenza	1,96	1,96	1,96
VP1	n. dirigente analista informatico tramite concorso pubblico	indicatore delle azioni professionali	0,00	0,30	0,30
VP1	n. comparto Cat. C /D tramite concorso pubblico ( n.2 unità temo determinato)	indicatore delle azioni professionali	0,90	1,00	1,00
VP1	n. dirigente biologo tramite selezione pubblica	indicatore delle azioni professionali	0,00	0,30	0,30
VP1	N. di corsi sulla sicurezza alimentare	indicatore delle azioni formative	1,41	1,48	1,48
VP1	N. di corsi sulla sanità animale	indicatore delle azioni formative	1,46	1,52	1,52
VP1	N. di corsi sulle tecniche analitiche	indicatore delle azioni formative	1,45	1,49	1,49
VP1	N. di corsi su CLASSYFARM	indicatore delle azioni formative	1,32	1,32	1,32
VP2	% attività per la realizzazione del portale della ricerca	indicatore di performance-processi	0,00	2,00	2,00
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP2	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	indicatore di anticorruzione e trasparenza	2,00	2,00	2,00
VP2	n.di personale addetto alla ricerca sanitaria ( ricercatore sanitario cat Ds - Collaboratore professionale di ricerca sanitaria cat. D)	indicatore delle azioni professionali	1,80	1,83	1,83
VP2	n. corsi sulla ricerca in Izsler	indicatore delle azioni formative	0,78	0,90	0,90

## VALORE PUBBLICO IN SENSO AMPIO ( VP1 – VP2)

TAB.VP1/2.SENSO.AMPIO: valori espressi nella tabella rappresentano la media dei singoli indicatori delle differenti dimensioni

VP	dimensione	BASELINE	TARGET	RISULTATO	CONFRONTO TRA RISULTATO/BASELINE
VP1	impatti	2,39	2,49	2,66	11,00
VP2	impatti	1,62	1,65	1,66	2,90
VP1	efficacia	1,84	1,86	1,98	7,71
VP2	efficacia	1,96	2,00	2,05	4,57
VP1	efficienza	1,88	1,88	1,93	2,53
VP2	efficienza	1,11	1,11	1,25	11,96
VP1	salute	1,12	1,36	1,39	23,39
VP2	salute	1,51	1,82	1,82	20,41

I valori espressi nella tabella rappresentano le medie delle dimensioni

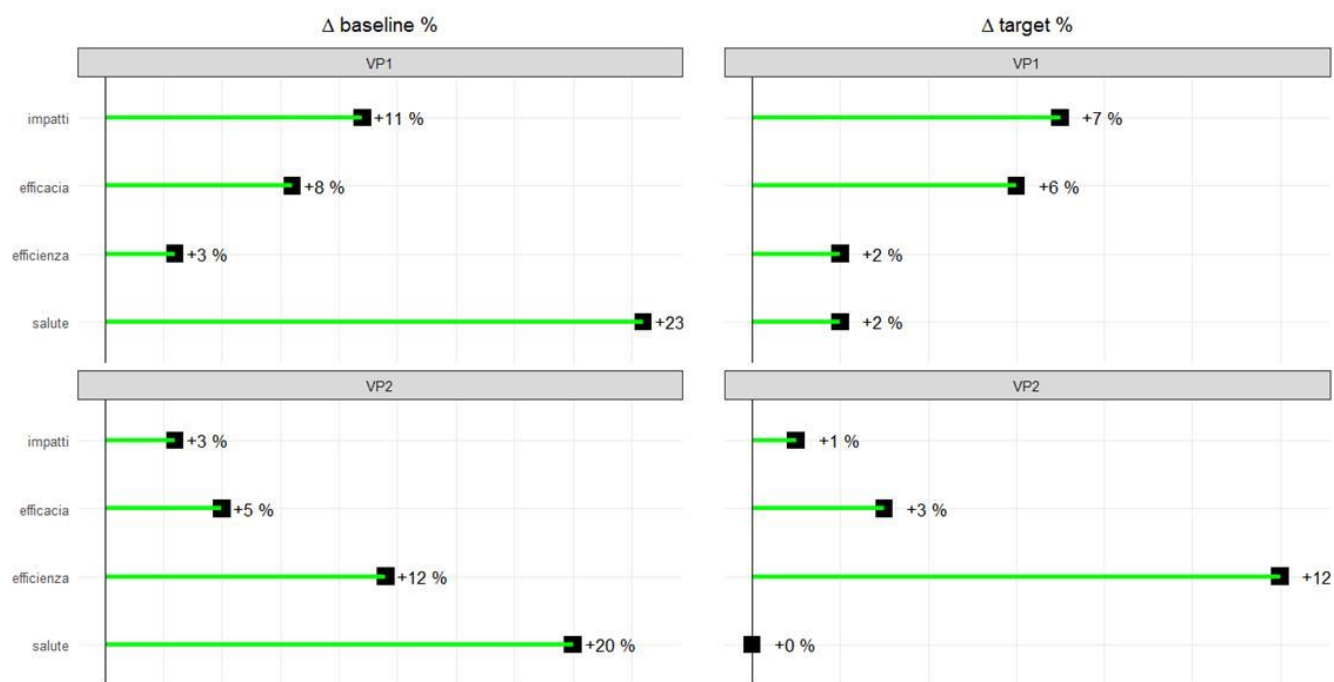
VP	BASELINE	TARGET	RISULTATO	VP_ris_bslperc	VP_ris_tgtperc
VP1	1,81	1,90	1,99	9,89	4,73
VP2	1,55	1,65	1,70	9,33	2,93

### LIVELLO SINTETICO DI VALORE PUBBLICO ( LS VP)

I valori espressi nella tabella sono la media del VP1 e VP2, che rappresenta il livello sintetico del VP creato, il dato +9,63% è riportato nel report.

	BASELINE	TARGET	RISULTATO	VP_ris_bslperc	VP_ris_tgtperc
LS VP	1,68	1,77	1,84	9,63	3,90

### GRAFICI



# **ALLEGATO C1**





ISTITUTO ZOOPROFILATTICO  
SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E  
DELL'EMILIA ROMAGNA  
"BRUNO UBERTINI"

# REPORT DEL GENDER EQUALITY PLAN 2023

2021 2027

HORIZON  
EUROPE



# Indice

Premessa, obiettivi del GEP, requisiti costitutivi ed obbligatori	Pag.1
Processo di rendicontazione ed accountability, le Aree tematiche	Pag.2
Tabelle delle Aree tematiche	Pag.3
Percentuale raggiungimento obiettivi, conclusione	Pag.8

# Premessa

Il Gender Equality Plan (GEP) è un insieme di impegni e azioni che mirano a promuovere l'uguaglianza di genere all'interno di un'organizzazione attraverso cambiamenti istituzionali e culturali.

L'IZSLER opera per il rispetto della parità di genere e della diversità, per l'eliminazione di discriminazioni e stereotipi ed è impegnato a promuovere le pari opportunità nell'elaborazione e nell'implementazione delle proprie politiche.

Con decreto n. 355 del 07.12.2023, l'Istituto ha adottato il suo primo GEP, grazie al lavoro congiunto di diverse professionalità e alla costituzione di uno specifico gruppo di lavoro. Essendo l'uguaglianza di genere un fattore strategico, il GEP è stato successivamente integrato all'interno del PIAO 2023-2025 ed allineato con la programmazione delle azioni positive ad opera del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Il GEP rientra nella strategia dell'Unione Europea per l'uguaglianza di genere 2020-2025. La Commissione Europea ha quindi introdotto l'obbligo di dotarsi di tale documento, per tutti gli enti di ricerca, come requisito di accesso ai finanziamenti del programma di ricerca Horizon Europe. Esso è inoltre citato nelle linee guida del PNRR per la Missione 4 Componente 2 (dalla ricerca all'impresa).

## Obiettivi del GEP

Il GEP si pone i seguenti obiettivi:

- Sostenere e valorizzare il lavoro di ricerca e culturale sul tema della parità di genere;
- Promuovere percorsi di carriera più bilanciati;
- Favorire la presenza di donne nelle posizioni apicali;
- Favorire la diffusione di una cultura organizzativa inclusiva ed il contrasto agli stereotipi di genere ed alle molestie e discriminazioni sul lavoro;
- Strutturare una funzione interaziendale per la realizzazione ed il monitoraggio dello stato di attuazione del Gender Equality Plan, che ne promuova la diffusione e ne curi gli aggiornamenti.

## REQUISITI COSTITUTIVI ED OBBLIGATORI

Per l'anno 2023 sono stati soddisfatti i seguenti requisiti:

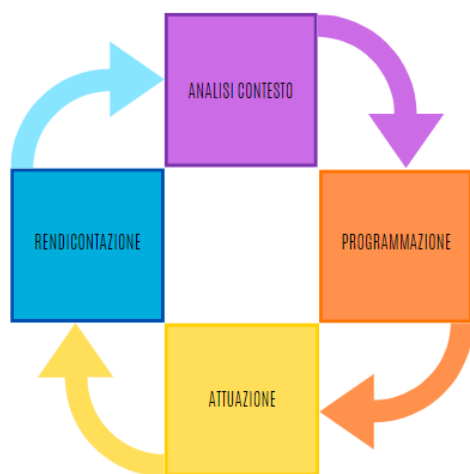
Requisito - PUBBLICITA': approvato dagli organi dell'ente, è stato pubblicato sul sito istituzionale per darne la massima diffusione;

Requisito - SOSTENIBILITA': sono state dedicate opportune risorse umane e finanziarie;

Requisito - MISURABILITA': sono stati assegnati obiettivi, indicatori, target e personale per l'attuazione;

Requisito - COMPETENZE: sono stati realizzati corsi di formazione e rafforzamento delle capacità, in particolare in relazione alla formazione sulle tematiche di genere e alla valorizzazione di gruppi di lavoro, alla sensibilizzazione attraverso workshop e attività di comunicazione.

# PROCESSO DI RENDICONTAZIONE ED ACCOUNTABILITY



Il presente Report raccoglie il monitoraggio, relativo all'anno 2023, delle azioni previste dal GEP 2023-2025. Esso si riferisce alla fase della rendicontazione e valutazione dei risultati dell'anno precedente e verifica di eventuali riprogrammazioni/azioni correttive per le annualità successive. Il processo è stato analizzato anche con riguardo alle azioni/obiettivi dell'ex PAP, e integrato nel Report del PIAO al fine della realizzazione del monitoraggio integrato, così come previsto dal Sistema di Misurazione e valutazione della performance.

## LE AREE TEMATICHE

Le attività realizzate nell'anno 2023 si riferiscono alle seguenti Aree tematiche con i corrispondenti Obiettivi, di cui nelle prossime pagine si darà conto dei relativi esiti.

### Area 1. Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione;

Mira a implementare le politiche necessarie per garantire un'organizzazione aperta e un ambiente di lavoro inclusivo e in equilibrio con la vita privata utilizzando pratiche come la flessibilità degli orari di lavoro o il sostegno alla genitorialità e della cura

### Area 2. Equilibrio di genere nella posizioni di vertice e negli organi decisionali;

Persegue il raggiungimento di una posizione più equilibrata nelle posizioni di leadership e decisionali promuovendo l'attuazione di misure a supporto del bilanciamento e la parità di genere nell'organizzazione e lo svolgimento di eventi scientifici.

### Area 3. Uguaglianza di genere nel reclutamento e nella progressione di carriera;

Punta a una revisione delle procedure di selezione e concorsuali e nella formazione di gruppi di lavoro con la correzione di eventuali pregiudizi al fine di garantire che le donne e gli uomini ottengano pari opportunità di sviluppo e avanzamento di carriera.

### Area 4. Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione;


Promuovere e contribuire all'equilibrio di genere nella dimensione della ricerca e nella formazione

### Area 5. Misure di contrasto alla violenza di genere, comprese le molestie sessuali;

Promuovere una cultura di tolleranza zero verso molestie e violenze sessuali.



## AREA 1. Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione

OBIETTIVI (OB)	TARGET ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
OB1. Elaborazione di strumenti e dati per l'analisi del contesto di genere	Creazione di un prototipo di un applicativo per elaborazione dati e monitoraggio periodico	E' stato sviluppato un prototipo di un applicativo per elaborazione dati e monitoraggio periodico.	100%
OB2. Maggiore diffusione della cultura organizzativa attraverso processi di sensibilizzazione sul tema	OB2.FS1 Adozione linee guida per un linguaggio inclusivo e rispettoso del genere e di tutte le differenze da applicare in tutti i documenti dell'Istituto	Il CUG ha adempiuto alla stesura della bozza del documento trasmettendolo alla Direzione per migliorie e atti conseguenti	90%
OB3. Promozione di politiche family friendly (incremento della flessibilità nell'organizzazione del lavoro con possibile priorità di fruizione di lavoro agile per i dipendenti che ne facciano richiesta a seguito di specifiche situazioni familiari)	OB3.FS1.1. Ricognizione della fruizione delle attività da remoto (s.w.) e dei congedi parentali nell'ultimo anno	OB3.FS2.1. Attività realizzata dall'ufficio personale. Con nota mail del 22.12.2023 si è provveduto alla trasmissione dei dati previsti (al 31.12.2023) alla Direzione sanitaria.	100%
	OB3.FS1.2. Corso di formazione per promuovere gli strumenti atti a migliorare l'equilibrio vita privata/vita lavorativa	OB3.FS2.2. Sono stati organizzati corsi FAD dalla psicologa Silvia Zoni	100%
RISORSE IMPIEGATE	risorse umane e finanziarie dedicate		
Indicatori di Valutazione e target -2023	n. prototipi di applicativi GIS creati - target: 1		
Indicatori di Valutazione e target -2023	n. linee guida adottate - target: entro il 31.12.2023		
Indicatori di Valutazione e target (OB3.IV3)-2023	n. report sulla ricognizione dello s.w. fruito dai dipendenti nell'ultimo anno - target: entro il 31.12.2023		
OBIETTIVI PIAO 2023- 2025 OBIETTIVI PAP 2023-2025 SDG	Collegamento con l'area strategica AS4		Area 2 






## AREA 2. Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali

OBIETTIVI (OB)	TARGET ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
OB1. Valorizzazione e promozione di azione volte a potenziare l'attività del "Diversity Management "	OB1. FS1.1. Corso di formazione per promuovere la cultura dell'equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali	Attività non realizzata nel corso dell'anno 2023, riproposta in parte nell'anno 2024 all'interno dell'evento formativo " La prospettiva di genere nella ricerca	30%
RISORSE IMPIEGATE	risorse umane e finanziarie dedicate		
Indicatori di Valutazione e target -2023	n. corsi formazione erogati entro 31/12/2023 - target 1		
OBIETTIVI PIAO 2023- 2025 OBIETTIVI PAP 2023-2025	Collegamento con l'area strategica AS4		



## AREA 3. Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera



OBIETTIVI (OB)	TARGET ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
<b>OB1. Promozione di misure atte a supportare l'equilibrio di genere nel reclutamento e nella progressione di carriera</b>	OB1.FS1.1. Predisporre appositi strumenti di monitoraggio per assicurare il rispetto della normativa sulla composizione delle Commissioni d'esame e di concorso (art. 57 c.5.1 lettera a del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165)	Nell'anno 2023 è stato verificato tramite utilizzo di apposito indicatore, il rispetto della normativa sulla composizione delle Commissioni d'esame e di concorso (art. 57 c.5.1 lettera a del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), dal quale emerge che rispetto alla composizione delle commissioni di concorso costituite nell'anno di riferimento, non sono pervenute segnalazioni da parte della Consiglieria di parità circa il mancato rispetto delle disposizioni normative.	100%
	OB1.FS1.2. Formazione interna per favorire la cultura dell'equilibrio di genere nel reclutamento o nelle progressioni di carriera	Attività non realizzata, ma riproposta nell'anno 2024	30%
RISORSE IMPIEGATE	risorse umane e finanziarie dedicate		
Indicatori di Valutazione e target -2023	n. strumenti di monitoraggio individuati - target 2 n. corsi di formazione erogati entro 31.12.2023 - target 1		
OBIETTIVI PIAO 2023- 2025 OBIETTIVI PAP 2023-2025	Collegamento con l'area strategica AS4		







## AREA 4. Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione

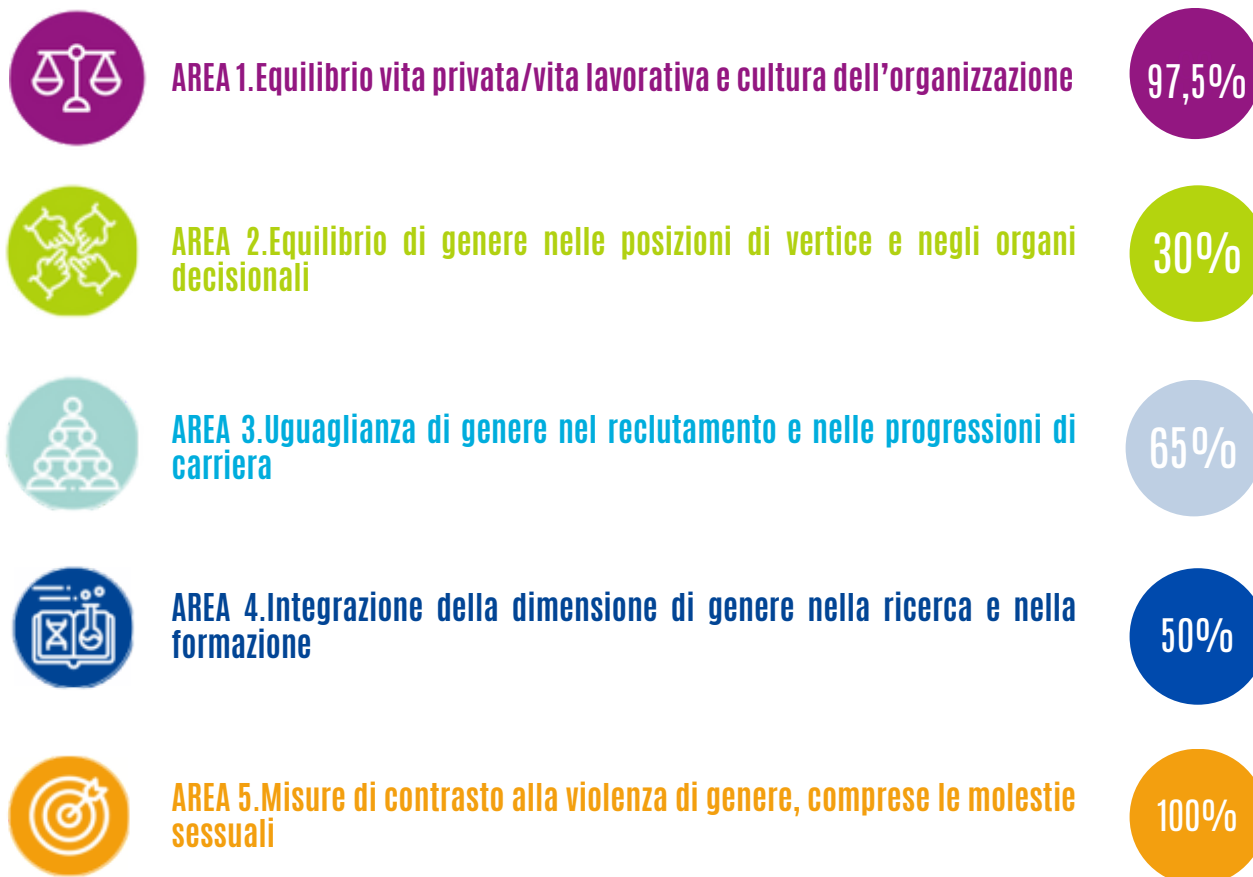
OBIETTIVI (OB)	TARGET ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
OB1. Integrazione della dimensione di genere nei contenuti della formazione e bilanciamento di genere nel campo della ricerca	OB1.FS1.1. Istituzione dell'evento "the Women's Career Day"	Attività riprogrammata 2024	0
	OB1.FS1.2. Raccolta sistematica di dati quantitativi disaggregati in base al genere per la scelta dei relatori per la convegnistica e per gli eventi formativi	E' stata realizzata la raccolta dei dati, da cui si evince che per l'anno 2023 sono stati affidati corsi/convegni in qualità di docenti/tutor/responsabili scientifici a: n. 46 maschi - n. 32 femmine	100%
	OB1.FS1.3. Attività formativa rivolta ai ricercatori per favorire la cultura dell'uguaglianza di genere nella ricerca.	Attività organizzata nell'anno 2023 e realizzata nell'anno 2024 "la prospettiva di genere nella ricerca"	50%

RISORSE IMPIEGATE	risorse umane e finanziarie dedicate		
Indicatori di Valutazione e target -2023	Soddisfazione dei partecipanti all'evento - target: 90% n. report della raccolta sistematica - target 31.12.2023 n. corsi formazione erogati entro il 31.12.2023 - target 1		
OBIETTIVI PIAO 2023- 2025 OBIETTIVI PAP 2023-2025	SDG	Collegamento con l'area strategica AS4	 

## **REA 5. Misure di contrasto alla violenza di genere, comprese le molestie sessuali**

OBIETTIVI (OB)	TARGET ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
<b>OB1. Sensibilizzazione sul tema delle molestie e della violenza sessuale</b>	OB1.FS1.1. Realizzazione di un questionario rivolto ai dipendenti sulla percezione della discriminazione di genere in IZSLER, incluse quelle verso le persone transgender, gender non-conforming e non-binary	Attività realizzata nell'anno 2023. E' stato elaborato dal CUG un questionario, contenente n. 25 domande, rivolto al personale relativo alla percezione della discriminazione di genere in IZSLER legata al sesso biologico, all'orientamento sessuale, all'identità di genere	100%
	OB1.FS1.2. Realizzazione evento CUG in occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne	Attività realizzata nell'anno 2023, dal titolo "Discriminazione e violenza di genere". Relatrici dell'incontro: Consigliera di Fiducia e avv. Ferrari, esperta in materia.	100%
<b>OB2. Prevenzione, individuazione e gestione dei casi di molestie sessuali all'interno dell'Izsler e di altre forme di discriminazione</b>	OB2.FS1.1. Aggiornamento del "Codice di condotta contro le molestie sessuali e mobbing sui luoghi di lavoro"	Attività realizzata in bozza dal Cug e trasmessa alla Direzione per gli atti conseguenti	100%
	OB2.FS1.2. Potenziare la visibilità della figura del/della Consigliere/a di Fiducia e l'informazione relativa al suo ruolo, come strumento per contrastare le molestie sessuali e la violenza di genere a seguito della sua nomina	La Direzione ha effettuato la comunicazione del nuovo incarico a tutto il personale Izsler via email in data 31 gennaio 2023. La Consigliera è stata protagonista dell'evento "Presentazione della Consigliera di Fiducia in Izsler" in data 08 marzo 2023. Durante l'anno, la stessa ha preso parte come relatrice a due eventi Cug dai titoli "Formazione orientata al benessere - l'importanza del Cug" e "Discriminazione e violenza di genere".	100%
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	risorse umane e finanziarie dedicate		
<b>Indicatori di Valutazione e target -2023</b>	n. questionari ritornati - target 80% dipendenti n. eventi realizzati nel corso dell'anno per l'area5 - target n.1 Codice di condotta aggiornato - target: 31.12.2023 n. incontri dipendenti e Consigliera di Fiducia - target : 31.12.2023		
<b>OBIETTIVI PIAO 2023- 2025</b> <b>OBIETTIVI PAP 2023-2025</b>	Collegamento con l'area strategica AS4 Area n.1 e n.3	 	<b>SDG</b>

## % raggiungimento obiettivi per aree tematiche



## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il GEP è stato attuato complessivamente per il 68,5% delle attività programmate. Le Aree che hanno avuto una maggiore realizzazione si riferiscono a tutte le attività formative e informative soprattutto di contrasto alla violenza di genere per il rispetto delle diversità, realizzate in sinergia con il CUG; anche le attività relative al controllo del rispetto della normativa sulla composizione delle commissioni di concorso sono state puntualmente realizzate.

Restano ancora da approfondire e implementare le seguenti azioni di più difficile attuazione:

- lo sviluppo di un applicativo informatico dedicato all'analisi dei dati;
- l'individuazione di percorsi volti all'uguaglianza di genere nel reclutamento, nelle progressioni di carriera, nell'ambito della ricerca, così come nelle posizioni di vertice/organi decisionali.

Consapevoli del fatto che l'uguaglianza di genere e la creazione di un ambiente più inclusivo, implica un cambiamento culturale che potrà avere i suoi primi effetti solo nel medio-lungo periodo, l'Istituto dovrà impegnarsi nei prossimi anni, nel programmare attività a supporto di tali fini con costanza e determinazione.



ALLEGATO C2





ISTITUTO ZOOPROFILATTICO  
SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E  
DELL'EMILIA ROMAGNA  
"BRUNO UBERTINI"



# Report dell'Ex Piano Azioni Positive

## 2023

---

PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE  
DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E  
CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

**La relazione è stata approvata all'unanimità  
dai seguenti componenti:**

- **CLAUDIA FRANCESCA GRASSI**
- **PAOLO DAMINELLI**
- **ANTONELLA URSINO**
- **MARIA BEATRICE BONIOTTI**
- **SIMONE COMINELLI**
- **SILVIA SAVOLDELLI**



# PREMESSA

---

## RIFERIMENTO NORMATIVO

La relazione sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia (CUG) previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante le *"Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG"* così come integrata dalla Direttiva n. 2 del 26.06.2019 a firma del Ministero della Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario alle Pari Opportunità.

## FINALITA'

La relazione ha un duplice obiettivo: fornire uno spaccato sulla situazione del personale analizzando i dati forniti dall'Amministrazione e al tempo stesso costituire uno strumento utile per le azioni di benessere organizzativo da promuovere, verificando lo stato di attuazione di quelle già inserite nell'ex Piano di Azioni Positive adottato dall'amministrazione.

Compito del CUG è ricongiungere i dati provenienti da vari attori interni alla propria organizzazione per trarne delle conclusioni in merito all'attuazione delle tematiche di sua competenza: attuazione dei principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

# ATTIVITA'

---

Le attività del Comitato per l'anno 2023 sono state delineate nell'ex Piano Azioni Positive e rientrano in uno degli allegati del PIAO, Piano integrato di attività di organizzazione (PIAO), adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 2 del 25 gennaio 2023.

Molte azioni del Comitato Unico di Garanzia sono parte integrante del Gender Equality Plan 2023-2025, principalmente dell'Area 5 del documento dal titolo "Misure di contrasto alla violenza di genere, comprese le molestie sessuali" e in via secondaria anche dell'Area 1 "Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione".

# ATTIVITA' SVOLTE ANNO 2023

---

I.

I primi mesi del 2023 sono stati utilizzati per attività programmatiche e per promuovere la nuova figura della Consigliera di Fiducia nominata con decreto del D.G. n. 394/2022. In data 30 gennaio 2023 è stato organizzato un incontro conoscitivo tra il Comitato unico di garanzia, la Consigliera di Fiducia e la Direzione a cui hanno partecipato tutti i tre direttori (D.G. dott. Frazzi, D.S. dott. Merialdi, D.A. dott. Ziviani). Successivamente, in data 08 marzo 2023, è stato realizzato un evento aperto a tutto il personale IZSLER volto a presentare ufficialmente la figura della Consigliera di Fiducia, delineando le sue competenze e il suo ruolo all'interno dell'Istituto. La data dell'08 marzo è stata scelta volutamente per rammentare l'importanza della Giornata internazionale dei diritti delle donne.

II.

In data 19 giugno 2023 è stato organizzato l'evento dal titolo "Formazione orientata al benessere: l'importanza del Cug" con relatrice le dott.sse Daniela Rossi, presidente Cug ATS Brescia, Cecilia Zilioli, membro Cug e referente ATS in materia di ascolto e mediazione, assieme alla presidente Cug IZSLER e alla Consigliera di Fiducia IZSLER. L'incontro era finalizzato a divulgare l'importanza dei Comitati unici di garanzia all'interno delle Pubbliche Amministrazioni. Le relatrici esterne hanno condiviso la loro decennale esperienza in materia di parità di genere, apportando consigli e riflessioni alla discussione. In tale occasione è stato effettuato un resoconto delle attività svolte dal Comitato IZSLER nell'anno passato, informando la platea anche delle future azioni positive. La Consigliera di Fiducia ha avuto un ulteriore spazio per presentarsi e chiarire eventuali dubbi connessi al suo ruolo. A livello prettamente organizzativo, l'evento ha sostituito l'incontro dal titolo "Elementi base nella formazione degli adulti. Realizzare interventi di formazione online efficaci e gradevoli" indicato in precedenza nel Piano delle Azioni Positive, ritenendolo di più facile organizzazione da parte delle relatrici ATS Brescia e di maggiore utilità per il personale.

III.

Nel mese di ottobre è stato realizzato il questionario relativo alla percezione delle discriminazioni legate al genere, all'orientamento sessuale, all'identità di genere in Istituto. Il documento è stato trasmesso alla Direzione Sanitaria ed è stato somministrato tramite email al personale con la collaborazione dell'Ufficio Relazione per il Pubblico (URP), afferente all'U.O. Affari Generali e Legali. L'indagine è stata avviata il 25 ottobre e si è conclusa il 12 novembre. 282 persone pari al 38% del personale IZSLER hanno compilato il questionario. Questa specifica azione rientra nelle attività previste nell'area 5 del Gender Equality Plan per l'anno 2023

IV.	<p>Le risultanze del questionario fornite dall'URP sono state pubblicate nell'intranet aziendale per tutto il mese di dicembre e discusse dalla presidente nell'ultima parte dell'incontro formativo del 15 dicembre dal titolo "Discriminazione e violenza di genere" a cui hanno preso parte come relatrice anche la Consigliera di Fiducia e l'avv. Beatrice Ferrari. La prima ha affrontato il tema della violenza di genere da un punto di vista giuridico, la seconda ha spiegato la funzione dei centri antiviolenza, fornendo dati e una visione accurata di come opera il centro antiviolenza Casa delle Donne di Brescia.</p>
V.	<p>Nel corso del mese di novembre, il Cug ha elaborato una bozza iniziale del Codice di Condotta, altra azione presente nell'area 5 del Gep. Il documento è stato trasmesso alla Direzione, sia Amministrativa che Sanitaria, per le successive modifiche e integrazioni.</p>
VI	<p>Nel corso della primavera/estate la presidente ha partecipato al corso di formazione in materia di Gender Equality Management dell'Università degli studi di Modena e ha scelto come project work un breve elaborato sull'importanza di un linguaggio sensibile al genere da applicare in Istituto. Lo scritto è stato trasmesso alla Direzione, sia Amministrativa che Sanitaria, in data 18 settembre 2023 e successivamente è stato riadattato per la redazione della bozza del vademecum, azione positiva dell'area 1 "Equilibrio vita privata/ vita lavorativa e cultura dell'organizzazione" del Gender Equality Plan. Il documento è stato discusso nella riunione Cug di dicembre e a seguito di alcune migliorie proposte dai membri è stato approvato e trasmesso alla Direzione Sanitaria in data 22 dicembre 2023.</p>



## 1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

La Performance è gestita come un processo ciclico articolato in diverse fasi che consistono nella pianificazione, programmazione, misurazione e valutazione.

La fase della pianificazione/programmazione strategica è finalizzata alla definizione delle Linee programmatiche/obiettivi strategici, che l'Istituto si prefigge di raggiungere nel breve e medio periodo con la finalità ultima di creare Valore Pubblico, sviluppata all'interno del PIAO, mentre la programmazione operativa è attuata tramite il Piano delle Azioni. La fase della misurazione serve a quantificare i risultati raggiunti ed è funzionale al monitoraggio dei dati. La fase del monitoraggio periodico è volta a verificare, in corso d'anno, l'andamento degli obiettivi al fine di misurarne l'allineamento o lo scostamento rispetto ai risultati attesi e garantire l'adozione di eventuali interventi correttivi a fronte delle criticità emerse. In coerenza con quanto disposto dal D. Lgs. n. 150/2009, l'Amministrazione garantisce almeno un monitoraggio infrannuale (da svolgersi entro il 31 luglio di ciascun anno). L'esito di tale monitoraggio, corredato con le proposte di adozione di eventuali azioni correttive e la eventuale rimodulazione di obiettivi e/o target è sottoposto alla verifica del Nucleo di Valutazione. Tutti i dati relativi al monitoraggio finale sono disponibili agli atti presso il Controllo di gestione e Performance. La rendicontazione degli obiettivi avviene secondo due livelli: da parte del dirigente della struttura a cui sono assegnati gli obiettivi; ad opera del validatore che certifica le percentuali di raggiungimento obiettivo; sui dati del monitoraggio si applicano dei controlli a campione. La fase della misurazione finale è finalizzata a quantificare i risultati conseguiti a fronte degli obiettivi prefissati e costituisce la base su cui innestare la successiva fase. La valutazione è la fase in cui sono analizzati i risultati raggiunti, cercando di comprendere i fattori di contesto (interni o esterni) che possono aver influito sull'allineamento o sullo scostamento degli stessi rispetto alle attese, anche con il fine di apportare miglioramenti nel successivo ciclo della performance. Tale fase, per quanto attiene la performance individuale, si completa con la valutazione delle competenze comportamentali e del contributo del singolo. La norma di riferimento per la valutazione della performance è il D. Lgs. 150/2009 che all'articolo 3 comma 2 recita testualmente: *“Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti”*. Valutare la performance significa definire *“la qualità delle prestazioni erogate dalle organizzazioni pubbliche”*. Secondo i *“principi generali”* del Decreto, *“la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle Amministrazioni Pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative”*. Nell'anno 2023, l'Istituto ha aggiornato il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) per tenere conto, delle novità normative introdotte dal DL n.80/2021 e dal nuovo CCNL comparto Area Sanità 2019-2021, oltre che dei suggerimenti/osservazioni formulati dal NVPV e dell'esperienza maturata negli ultimi anni, per renderlo uno strumento integrato per la gestione e lo sviluppo dell'organizzazione e del personale in tutte le

dimensioni. Con l'aggiornamento del SMVP l'Istituto ha inteso rinforzare il significato della performance come strumento di sviluppo dell'organizzazione ma anche di integrazione con il bilancio e con gli altri strumenti strategici ed operativi; ha rafforzato il collegamento a cascata tra i vari livelli di performance, anche in un'ottica di contributo alla creazione di valore pubblico.

Al fine della realizzazione del presente Report si precisa che:

- tutti gli obiettivi contenuti nel Piano Azioni sono stati oggetto di attività di rendicontazione, misurazione e valutazione, in coerenza con quanto previsto dal SMVP.
- nell'ambito del processo di misurazione e valutazione della performance complessiva si è tenuto conto anche degli obiettivi connessi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione.
- i dati utilizzati per la compilazione del presente Report riguardano sia fonti esterne certificate (analisi di contesto, etc.) che fonti interne (dati connessi alla misurazione). In particolar modo, nella fase di misurazione, sono state prevalentemente utilizzate le seguenti tipologie di fonti:
  - Documentazione certificata e pubblicata;
  - Anche dati dell'ente;
  - Elaborazioni sviluppate dal Controllo di gestione

Inoltre si segnala che a partire dall'anno 2024, sono intervenute alcune azioni di miglioramento:

- in merito all'attuazione del cascading che ha previsto un maggior collegamento tra i vari livelli di performance;
- in merito agli indicatori degli obiettivi operativi che sono stati declinati in modo più preciso e più funzionale alla misurazione, prevedendo la formula del calcolo, utile per calcolare il risultato raggiunto in modo oggettivo;
- in merito all'analisi della performance organizzativa di ente che verrà calcolata anche con riferimento all'analisi multidimensionali (stato salute).

La performance si articola in tre dimensioni principali: la performance istituzionale, organizzativa e la performance individuale.

## **1.1 PERFORMANCE ISTITUZIONALE**

La performance Istituzionale è determinata dalla media di 4 indici sintetici delle dimensioni legate all'impatto, efficacia, efficienza, salute. I risultati hanno rilevanza per la rendicontazione esterna e per la costruzione della piramide del valore. L'indice di sintetico è rappresentato dal Livello sintetico di valore Pubblico (LS VP) che valuta l'impatto dell'azione dell'IZSLER nei confronti del contesto di riferimento e, più in generale, della collettività, attraverso la creazione di Valore Pubblico. IZSLER ha iniziato nell'anno 2022 lo studio del VP, in collaborazione con il CERVAP ha adottato un metodo scientifico per misurarlo. In corrispondenza del DL n.80/2021, l'Istituto ha adottato il PIAO e con esso ha individuato gli obiettivi di VP, i target attesi, le dimensioni ad esse associate, considerando l'anno 2021 come data di partenza. Non si è ritenuto opportuno al momento applicare dei pesi alle varie dimensioni. Il presente report del PIAO rappresenta il primo vero Report di rendicontazione ed analisi degli esiti del valore pubblico creato. Consci del fatto che il percorso è ancora in salita e che ci sono ancora diversi elementi da considerare/approfondire, con la presente tabella si dà conto del livello di performance del VP in fase



sperimentale, non essendoci trend storici, il dato è ancora in fase di studio. Si rimanda all'Allegato B1 per ogni ulteriori approfondimenti sul calcolo del VP stesso. Il dato riportato nel report è espresso come confronto tra risultato e baseline (9,63%).

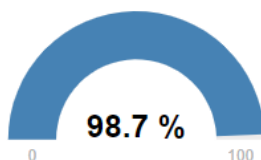
	BASELINE	TARGET	RISULTATO	VP_ris_bslperc	VP_ris_tgtperc
LS VP	1,68	1,77	1,84	9,63	3,90

## 1.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La performance organizzativa dell'ente è progettata a partire dal PIAO, ove vengono definiti gli obiettivi strategici, dai quali discendono gli obiettivi operativi funzionali alla realizzazione delle strategie, individuati nel Piano delle Azioni. La Performance Organizzativa rappresenta i “traguardi” che l'ente deve raggiungere sia nel suo complesso, sia dalle singole unità organizzative e al cui perseguimento sono chiamati a contribuire i dipendenti. L'indice di sintetico è rappresentato dal Livello sintetico di Ente (LSE) che valuta la performance complessiva raggiunta calcolata come media delle % di raggiungimento degli obiettivi. La valutazione negativa è intesa al di sotto di un punteggio inferiore a 50 punti. Nell'anno 2023 non sono state assegnate valutazioni negative.

### PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA DI ENTE (LSE)

Il LSE al 31.12.2023 è pari al 98.7% (target atteso 87%).



Nella seguente tabella è riportato il grado % di raggiungimento medio degli obiettivi delle diverse aree strategiche:

AreaStrategica	media
AS1-ATTIVITA' ISTITUZIONALE	98.4
AS2-POTENZIAMENTO DELLA RICERCA	98.8
AS3-SISTEMA GESTIONALE	99.4
AS4-FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	95.5

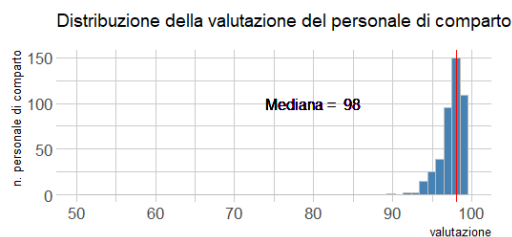
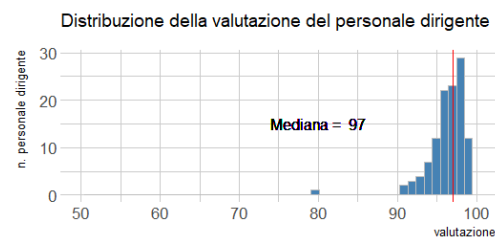
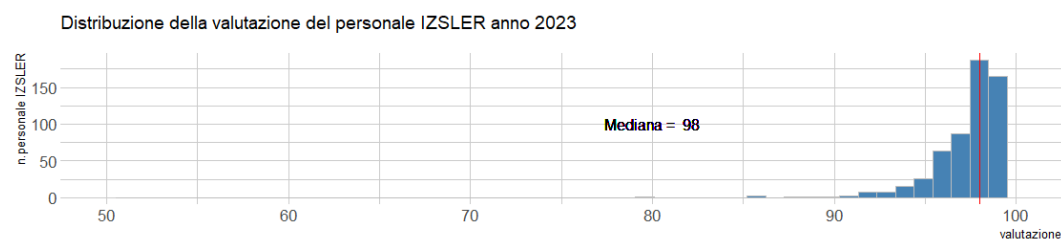
## Performance Organizzativa delle strutture

Nella seguente tabella è riportato il grado % di raggiungimento medio degli obiettivi delle Aree Strategiche nei differenti Dipartimenti assegnatari.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	AS1-ATTIVITA' ISTITUZIONALE	AS2-POTENZIAMENTO DELLA RICERCA	AS3-SISTEMA GESTIONALE	AS4-FORMAZIONE E COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE	100.00%		97.00%	83.00%
DIREZIONE SANITARIA	92.00%	100.00%	100.00%	100.00%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	99.00%	100.00%	100.00%	100.00%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE ANIMALE	99.00%	99.00%	98.00%	
DIPARTIMENTO SICUREZZA ALIMENTARE	100.00%	98.00%	99.00%	
DIPARTIMENTO AREA TERRITORIALE LOMBARDIA	97.00%	98.00%	100.00%	
DIPARTIMENTO AREA TERRITORIALE EMILIA ROMAGNA	100.00%	100.00%	100.00%	

## 1.3 PERFORMANCE INDIVIDUALE

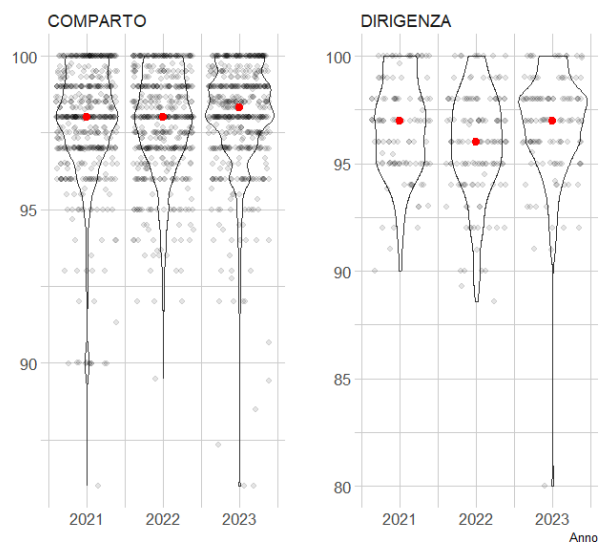
La performance individuale esprime il contributo che ogni persona dà al conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione di cui fa parte ed è costituita dall'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo stesso, sulla base di quanto stabilito nel SMVP. Le schede di valutazione individuali riassumono gli elementi del sistema di valutazione, il punteggio espresso rappresenta la valutazione finale che costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato/produttività, redatte in conformità alle metodologie indicate del “Sistema di misurazione e valutazione della Performance”. Il punteggio complessivo è espresso in centesimi di punto (100). In base alla normativa vigente e agli accordi integrativi aziendali, i responsabili di struttura hanno regolarmente provveduto alla valutazione del personale dirigente e di comparto della relativa struttura di appartenenza. Nei seguenti grafici è riportata la distribuzione complessiva dei punteggi di valutazione del personale IZSLER ottenuti nel 2023 e suddivisa per la dirigenza e per il personale di comparto.



In tabella è riportato il confronto tra le statistiche descrittive della valutazione del personale IZSLER nel periodo 2021\_2023.

Valutazioni del personale IZSLER nel triennio 2021-2023							
anno	min	25°percentile	mediana	75°percentile	max	media	ds
2021	86.00	97.0	98.0	99.0	100.0	97.6	2.0
2022	88.57	96.5	98.0	99.0	100.0	97.4	2.0
2023	80.00	97.0	98.0	99.0	100.0	97.8	2.0

Il seguente grafico illustra la variabilità dei punteggi assegnati al personale di comparto e della dirigenza nel periodo 2021-2023 (il punto rosso indica la mediana delle osservazioni). Sia per il comparto che per la dirigenza si osserva un sostanziale mantenimento della variabilità delle valutazioni.



Nelle seguenti tabelle è riportato il confronto tra le statistiche descrittive della valutazione del personale IZSLER nel triennio 2021-2023

Personale Dirigente: Valutazioni del triennio 2021-2023								
anno	min	25°percentile	mediana	75°percentile	max	media	ds	n
2021	90.00	95.0	97.0	98.0	100.0	96.7	2.2	120
2022	88.57	95.0	96.0	98.0	100.0	95.9	2.5	140
2023	80.00	96.0	97.0	98.0	100.0	96.7	2.5	127

Personale del Comparto: Valutazioni del triennio 2021-2023							
anno	min	25°percentile	mediana	75°percentile	max	media	ds
2021	86.0	97.0	98.0	99.0	100.0	97.8	1.9
2022	89.5	97.0	98.0	99.0	100.0	97.8	1.6
2023	86.0	97.5	98.3	99.0	100.0	98.0	1.8

Nei seguenti grafici è riportata la distribuzione complessiva dei punteggi di valutazione del personale IZSLER ottenuti nel 2023 e suddivisa per la dirigenza sanitaria e PTA e per il personale di comparto.

RANGE DI PUNTEGGIO ( DA 0 A 100)	PERSONALE COMPARTO	PERSONALE DIRIGENZA SANITARIA	PERSONALE DIRIGENZA PTA
≤49	0	0	0
50-94,9	25	12	0
95-99,9	462	97	5
100	77	11	0

In tabella è riportato il confronto tra le statistiche descrittive della valutazione del personale IZSLER nel periodo 2021-2023.

ANNO	MEDIA	MEDIANA	VALORE MINIMO	TOTALE SCHEDE N.
2021	97,7	98	86	694
2022	97,4	98	88,57	674
2023	97,8	98	80	692

Dall'analisi complessiva emerge come negli anni, la valutazione massima del punteggio 100, sia progressivamente diminuita a favore di una maggiore differenziazione.

**ALLEGATO D2**





# **Valore Pubblico 2023**

[WWW.IZSLER.IT](http://WWW.IZSLER.IT)



IZSLER presenta il suo primo Report del Valore Pubblico, con l'intento di rendicontare il contributo che offre al servizio della comunità di riferimento, per la creazione di una rete di supporto, protezione e di prevenzione contro i rischi sanitari correlati a malattie diffuse e contagiose, derivanti dal regno animale e dai rischi chimici e biologici della catena alimentare, attività che contribuiscono a garantire la Sanità Pubblica, attuando il principio "ONE HEALTH".

“AMPLIARE L’ OFFERTA DEI SERVIZI EROGATI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE/BENESSERE ANIMALE, SICUREZZA ALIMENTARE ”

# VALORE PUBBLICO (VP1)

IN TERMINI DI INCREMENTO  
RISPETTO ALLA BASELINE

+ 11%

## VP1 IN SENSO STRETTO

BASELINE	RISULTATO
2,39	2,66

valori normalizzati



## CON IL CONTRIBUTO IN % DEI SINGOLI INDICATORI DI IMPATTO:

n. metodi di prova nuovi (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	6,09%
n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito SA e SA), come effetto delle attività di sviluppo	35,01%
n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti, come effetto delle attività di sviluppo	9,22%
n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti, come effetto delle attività di sviluppo	7,88%
n. di specie batteriche/virali per le quali viene eseguito il sequenziamento	41,68%

# VALORE PUBBLICO (VP1)

IN TERMINI DI INCREMENTO  
RISPETTO ALLA BASELINE

+ 9,89%



## VP1 IN SENSO AMPIO

**BASELINE**

**RISULTATO**

**1,81**

**1,99**

valori normalizzati

CON IL CONTRIBUTO IN % DELLE SEGUENTI  
DIMENSIONI DI PERFORMANCE:

**IMPATTI**

**24,66%**

**EFFICACIA**

**17,28%**

**EFFICIENZA**

**5,67%**

**SALUTE**

**52,39%**

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

## VP2 IN SENSO STRETTO

**BASELINE**

**1,62**

**RISULTATO**

**1,66**

valori normalizzati

# VALORE PUBBLICO (VP2)

IN TERMINI DI INCREMENTO  
RISPETTO ALLA BASELINE

**+ 2,9%**



CON IL CONTRIBUTO IN % DEI SINGOLI  
INDICATORI DI IMPATTO:

IF totale dell'Istituto

**2%**

n. di citazioni medio per articolo/anno

**108,64%**

n medio di visualizzazioni per pubblicazione/anno

**-33,21%**

% di articoli pubblicati su riviste open access

**22,56%**

# VALORE PUBBLICO (VP2)

IN TERMINI DI INCREMENTO  
RISPETTO ALLA BASELINE

+ 9,33%



## VP2 IN SENSO AMPIO

**BASELINE**

**RISULTATO**

**1,81**

**1,99**

valori normalizzati

CON IL CONTRIBUTO IN % DELLE SEGUENTI  
DIMENSIONI DI PERFORMANCE:

**IMPATTI**

**7,29%**

**EFFICACIA**

**11,48%**

**EFFICIENZA**

**30,02%**

**SALUTE**

**51,22%**



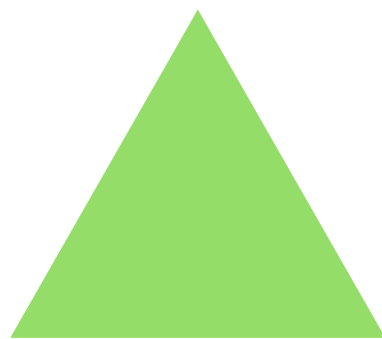
LIVELLO SINTETICO DEL VP1 E VP2

## PERFORMANCE ISTITUZIONALE

BASELINE	RISULTATO
1,68	1,84

valori normalizzati

LS VP  
+ 9,63 %



CON IL CONTRIBUTO IN PERCENTUALE:

VALORE PUBBLICO 1
VALORE PUBBLICO 2

51,45%

48,54%

---

Social media: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100087222248133> -  
<https://www.linkedin.com/company/649232/> -  
<https://www.youtube.com/@izsler-zooprofilatticolomb5959> -  
Twitter Notizie: @izsler