

# P I A O

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE DELL'IZSLER 2026 - 2028



Dott. Giorgio Varisco

Direttore Generale

Dott. Loris Giovanni Alborali

Direttore Sanitario

Dott. Luigi Faccincani

Direttore Amministrativo

Gruppi Lavoro PIAO:

INTEGRATION TEAM FUNZIONALE (Responsabili Sezioni e Sotto-Sezioni);

INTEGRATION TEAM AREE TEMATICHE (Responsabili delle varie Aree Tematiche: transizione digitale, semplificazione e reingegnerizzazione processi; formazione-comunicazione; economico-finanziaria; servizio asicurazione qualità);

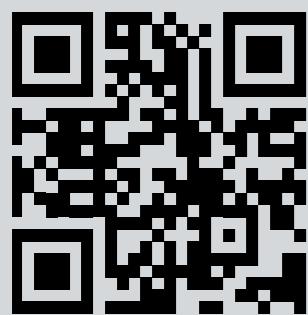
INTEGRATION TEAM VALORE PUBBLICO (Responsabili del Valore Pubblico).

Realizzato con il contributo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e del Consiglio di Amministrazione

Progetto Grafico: Elena Olivini



Adobe InDesign



Sito internet istituzionale-sito WEB: [www.izsler.t](http://www.izsler.t) Social media: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100087222248133>

<https://www.linkedin.com/company/649232/> - <https://www.youtube.com/@izsler-zooprofilatticolomb5959> -

Twitter Formazione: @izsler - Twitter Notizie: @izsler

Le immagini sono state create dall'intelligenza artificiale.

## SOMMARIO PIAO 2026 2028

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.....	6
1. SEZIONE SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....	11
CHI SIAMO.....	11
TRA PASSATO E FUTURO.....	14
MODELLO ORGANIZZATIVO.....	15
COSA FACCIAMO .....	16
COME OPERIAMO .....	18
CON QUALITA' - ALTA FORMAZIONE CONTINUA - INNOVAZIONE .....	20
IZSLER IN NUMERI.....	22
FOCUS .....	23
2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	25
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE-VALORE PUBBLICO .....	26
2.1.1 LE SFIDE DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA.....	26
2.1.2 VISIONE ONE HEALTH .....	27
2.1.3 ANALISI DEL CONTESTO.....	27
2.1.4 CONTESTO INTERNAZIONALE .....	28
2.1.5 CONTESTO NAZIONALE.....	30
2.1.6 CONTESTO REGIONALE.....	32
2.1.7 STAKEHOLDERS MANAGEMENT .....	34
2.1.8 AMBITI D'INTERVENTO IN CHIAVE PARTECIPATIVA.....	34
2.1.9 VALORE PUBBLICO.....	42
2.1.10 INTEGRAZIONE CON LA GESTIONE DEI RISCHI .....	50
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE .....	51
2.2.1 PREMESSA .....	51
2.2.2 PARTE FUNZIONALE .....	51
2.2.3 PARTE GENERALE .....	52
2.2.4 L'ARCHITETTURA PROGRAMMATICA.....	52
2.2.5 DALLA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA A QUELLA OPERATIVA.LE LINEE GUIDA DI BUDGET .....	55
2.2.6 INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA.....	56
2.2.7 OBIETTIVI OPERATIVI TRASVERSALI.....	58
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - ANTICORRUZIONE.....	62
2.3.1 PREMESSA .....	62
2.3.2 PARTE FUNZIONALE .....	62
2.3.3 PARTE GENERALE .....	63
3. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	69
3.1 SOTTOSEZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	70
3.2 SOTTOSEZIONE - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	72
3.3 SOTTOSEZIONE - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE .....	74
3.3.1 PREMESSA .....	74
3.3.2 PARTE FUNZIONALE .....	74
3.3.3 PARTE GENERALE .....	74
3.4 SOTTOSEZIONE - FORMAZIONE.....	78
3.4.1 PREMESSA .....	78
3.4.2 PARTE FUNZIONALE .....	78
3.4.3 PARTE GENERALE .....	79
4. SEZIONE - MONITORAGGIO.....	83
4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - MONITORAGGIO INTEGRATO.....	83
4.1.1 PREMESSA .....	84
4.1.2 DIALOGO CON GLI STAKEHOLDERS .....	84
4.1.3 CONCLUSIONI .....	85
4.1.4 ALLEGATI.....	86



# PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

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

Il PIAO è un documento programmatico triennale, ad aggiornamento annuale, da adottarsi entro il 31 gennaio, coerentemente con i documenti di programmazione finanziaria, dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, con parere positivo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholders ed è l'occasione di ripensare alle proprie logiche programmatiche, in chiave sistematica, per la creazione di Valore Pubblico (VP) su tutta l'azione amministrativa, strategica ed organizzativa. Attraverso una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi e una gestione ottimale e strategica delle risorse umane, si intende arrivare a una gestione amministrativa più efficace ed efficiente in grado di migliorare la qualità dei propri servizi anche in termini di maggior trasparenza e accessibilità.

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

- ❖ il Gender Equality Plan è lo strumento strategico e operativo predisposto per l'eliminazione dei diseguaglianze di genere; propone infatti le necessarie azioni per l'attuazione di cambiamenti duraturi e di natura strutturale, attraverso un approccio trasversale e integrato, volto alla promozione delle pari opportunità e della parità di genere. È un documento voluto fortemente dalla Commissione Europea ed è inoltre un requisito imprescindibile per l'accesso ai finanziamenti predisposti dal Programma Quadro della Ricerca dell'UE Horizon Europe, in attuazione della Gender Equality Strategy 2020-2025 della Commissione;
- ❖ il Piano Triennale della digitalizzazione è uno strumento essenziale per potenziare la trasformazione digitale. Tale Piano è lo strumento essenziale per promuovere la trasformazione digitale della PA, declinando nella digitalizzazione le varie attività e le informazioni, sia per favorire lo sviluppo di una società digitale, mettendo al centro i cittadini e le imprese, che per utilizzare le nuove tecnologie digitali. La digitalizzazione della PA è stata inserita anche nel PNRR, sia nella principale e generale Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" che nella Missione 6 "Salute" quest'ultima per l'innovazione e ammodernamento delle dotazioni tecnologiche utilizzate nel SSN.

Il Direttore Generale, dott. Giorgio Varisco, presenta la 5° edizione del PIAO in una veste rinnovata, non solo dal punto di vista grafico ma anche dei contenuti, alla luce degli ultimi orientamenti normativi, consapevole del fatto che "*il presente documento non è solo un punto di arrivo, costruito attraverso un sinergico lavoro di squadra, ma è un percorso continuo di miglioramento per la nostra organizzazione a beneficio della collettività di riferimento*".

Nella tabella posta a fianco è riportata l'architettura del documento, articolata nelle diverse Sezioni e Sotto-sezioni: una parte funzionale, dedicata alle azioni finalizzate all'implementazione e alla tutela degli obiettivi di valore pubblico e una parte generale, che raccoglie i principali piani programmatici dell'amministrazione. Il presente documento è stato adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 22.01.2026.



CRITERI DI ELABORAZIONE DEL PIAO		CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'					
CORNICE NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Art.6 D.L. 80/2021 , convertito dalla L. 113/2021 - D.P.R. 81/2022 - D.M. 132/2022- Linea Guida DFP (2017-2021) - PNA ( 2019-2022) - Relazioni CNEL (2019 -2022) - Linea Guida PIAO/Report PIAO del DFP (2025)	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO (X+1)	
PRINCIPI GUIDA	Finalizzazione: intesa come la capacità dell'Istituto di guardare alle attività e ai progetti con un occhio sempre vigile a ciò che dà Valore Pubblico, a ciò che dà senso all'Amministrazione, non solo in termini economici, ma anche di valore sociale ed etico. Questa visione permette di creare un PIAO in cui tutte le sezioni sono funzionali alla creazione e alla protezione del Valore Pubblico.	PROCESSO	Definizione del Cronoprogramma delle attività	Predisposizione di: Indice, Presentazione e sezione anagrafica sottosezione Valore pubblico	Predisposizione di: sottosezione salute organizzativa sottosezione anticorruzione e trasparenza	Predisposizione di: sottosezione salute professionale sezione monitoraggio Consolidamento e approvazione PIAO	Presentazione del PIAO
	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.	SOGGETTI	"PIAO Team funzionale" (PTF) "PIAO team tematico del VP" (PTVP) "Referenti Aree Tematiche"(RAT)	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF -PTVP -RAT Incontro con gli Stakeholders per condivisione contenuti della sezione VP (partecipazione esterna)	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF – PTVP -RAT	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF – PTVP -RAT Consiglio di Amministrazione	NVP Direttori di Dipartimento Direzione Strategica PTF – PTVP -RAT Consiglio di Amministrazione Stakeholders Dipendenti Izsler
	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).	STRUMENTI	Progettazione del documento integrato secondo i principi di qualità dello strumento definiti da Izsler	Applicativi interni	Applicativi interni	Applicativi interni	Applicativi interni
	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.	CONTRIBUTORS	NVP, CdA, Stakeholders, Direzione strategica	Rispetto delle fasi, ruoli e tempi di attuazione definiti nel cronoprogramma delle attività			
I SOGGETTI	INTEGRATION TEAM FUNZIONALE (Responsabili Sezioni e Sotto-Sezioni); INTEGRATION TEAM AREE TEMATICHE (Responsabili delle varie Aree Tematiche: transizione digitale, semplificazione e reingegnerizzazione processi; comunicazione; economico finanziaria); INTEGRATION TEAM VALORE PUBBLICO (Responsabili del Valore Pubblico). CONTRIBUTORS: NVP, CdA, Stakeholders, Direzione strategica.						
IL PROCESSO	Rispetto delle fasi, ruoli e tempi di attuazione definiti nel cronoprogramma delle attività						



## 1. SEZIONE SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### CHI SIAMO

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER) è un Ente Sanitario di Diritto Pubblico, dotato di autonomia gestionale, amministrativa e tecnica, che opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale come strumento tecnico scientifico dello Stato, delle Regioni e delle Province Autonome, garantendo ai Servizi veterinari le prestazioni e la collaborazione in materia di sanità animale, controllo di salubrità e qualità degli alimenti di origine animale, igiene degli allevamenti e corretto rapporto tra insediamenti umani, animali ed ambiente.

*"IZSLER opera a favore della Salute Pubblica nei vari ambiti di intervento svolgendo attività di prevenzione, produzione, sorveglianza e ricerca scientifica; fornisce un'ampia gamma di analisi di laboratorio e servizi per la tutela dei cittadini, inoltre è un ente di formazione accreditato al sistema ECM"*

SCHEDA ANAGRAFICA	
RAGIONE SOCIALE	Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna
INDIRIZZO	Via Bianchi, 9 BRESCIA ( Sede Legale)
C.F. - P.I.	00284840170
E-MAIL PEC	protocollogenerale@cert.izsler.it
SITO ISTITUZIONALE	<a href="http://www.izsler.it">www.izsler.it</a>



Sede centrale: Via Bianchi n.9 Brescia.



*"Operare per la salute pubblica e il progresso socio-culturale ed economico, svolgendo attività nell'ambito della sicurezza alimentare e del benessere animale".*

## ASSETTO ISTITUZIONALE

Gli organi dell'Istituto sono:

DIRETTORE GENERALE: Dr. Giorgio Varisco, insediatosi in data 14.03.2024, nominato con delibera della Regione Lombardia n. XXII/1989 DGR del 13.03.2024.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE: Dott. Giuseppe Diegoli - Presidente; Dott. Marco Farioli - Vicepresidente; Dott. Antonio Sorice - Membro; Dott. Filippo Boccioletti - Membro; Dott. Mario Chiari - Membro.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Dott.ssa Rosanna D'Amore – Presidente; Dott. Gianfranco Sommaruga - Componente; Dott. Sabina Moliani - Componente.



### ASSETTO ORGANIZZATIVO

La struttura organizzativa è improntata a criteri di flessibilità, efficienza ed efficacia atti a garantire l'attuazione dei Piani programmatici.

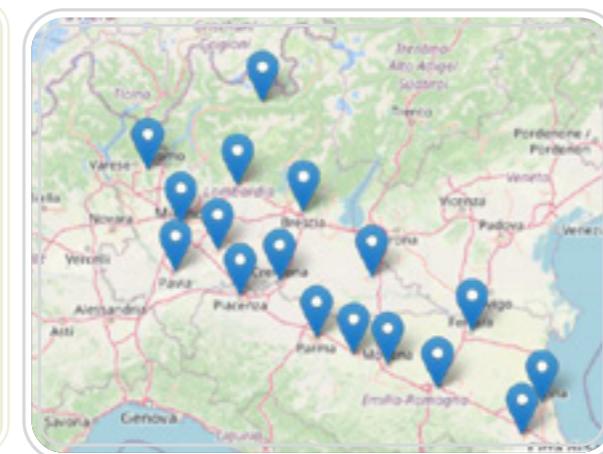
Vista l'elevata complessità del sistema l'Istituto si è dotato di dipartimenti sanitari, amministrativi e di funzioni/strutture in staff alla direzione.

Informazioni dettagliate sulle attività svolte dalle varie articolazioni sono pubblicate nella sezione Istituto del sito web.

### ASSETTO TERRITORIALE

IZSLER è competente per le regioni Lombardia ed Emilia Romagna: per operare sul territorio può contare su n. 17 sedi territoriali distribuite tra le due regioni.

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



*"Promuovere una salute globale "ONE HEALTH" sulla base dell'intima relazione tra la salute degli esseri umani, la salute degli animali e la salute dell'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge".*

## STAKEHOLDERS E NETWORK

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

Izsler si impegna nel ricercare sempre nuove collaborazioni per gestire progetti di eccellenza e costruire reti con partner internazionali trasferendo poi sul territorio le conoscenze acquisite.



### ASSET AZIENDALI

#### RISORSE UMANE

In IZSLER operano persone con differenti professionalità e competenze: Medici Veterinari, Biologi, Biotecnologi, Chimici, Ingegneri, Informatici, Tecnici Sanitari, ricercatori ed Amministrativi.



#### RISORSE FINANZIARIE

IZSLER vanta una buona situazione finanziaria. I bilanci degli ultimi anni sono caratterizzati da investimenti costanti in strutture e dotazioni di laboratorio. La pianificazione dell'impiego delle risorse finanziarie ed economiche, orientata all'equilibrio di bilancio, ha come finalità la riduzione degli sprechi e la capacità di migliorare tale impiego senza interferire con l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza dell'organizzazione.



#### RISORSE IMMATERIALI E MATERIALI

IZSLER possiede un vasto patrimonio immobiliare distribuito su due regioni e una strumentazione tecnologica sempre all'avanguardia.

#### RISORSE INFRASTRUTTURALI

IZSLER si è dotato di diversi sistemi informativi in continua evoluzione, alcuni di essi supportano i processi sanitari, quelli operativi di laboratorio e amministrativi. Particolare attenzione viene costantemente rivolta alla sicurezza dei dati e alla integrazione dei vari sistemi.

## TRA PASSATO E FUTURO

IZSLER nasce nel 1921 grazie all'intuizione del Prof. P. Stazzi di Milano di creare una Stazione sperimentale delle malattie infettive del bestiame, intuizione che trovò la sua piena realizzazione con le capacità e l'intraprendenza del Prof. B. Ubertini. La Stazione di Brescia divenne nel giro di 20 anni circa l'Istituto Zooprofilattico delle provincie lombarde (1947) e quindi con l'ingresso delle sedi emiliane (1959) l'Istituto Zooprofilattico sperimentale della Lombardia ed Emilia-Romagna – Bruno Ubertini (IZSLER), integrando più recentemente il nome del fondatore. Gli strumenti principali che hanno permesso la crescita e lo sviluppo di IZSLER sono stati gli interventi e i prodotti per la profilassi delle malattie degli animali, cioè sostanzialmente l'attività diagnostica e i vaccini, che hanno portato prima al controllo e poi alla scomparsa (eradicazione) di molte malattie dal territorio, e le analisi sulla salubrità degli alimenti elementi essenziali per la salute e il benessere degli animali e dell'uomo. Oggi le attività principali di IZSLER sono rivolte in altre direzioni: la prevenzione delle malattie si è spostata più a monte verso la diagnosi precoce, verso la ricerca e lo studio delle modalità di diffusione dei patogeni, la gestione dei rischi che riguardano le malattie e le intossicazioni da alimenti, sempre più in collaborazione con la medicina umana al servizio della salute pubblica. Le competenze dei ricercatori e dei tecnici sono state più volte messe a disposizione della salute dell'uomo, come allo scoppio della BSE (Malattia della mucca pazza) approntando laboratori diagnostici in pochi giorni e anche nella attuale pandemia, facendo diventare IZLER, nei tre centri presenti nelle due regioni, un punto di supporto importante per le attività diagnostiche sui tamponi umani per il coronavirus. La competenza, lo spirito di servizio, la prontezza nel rispondere ad eventi calamitosi nella sanità sono stati gli elementi determinanti del passato e sono ancora le chiavi per il futuro.



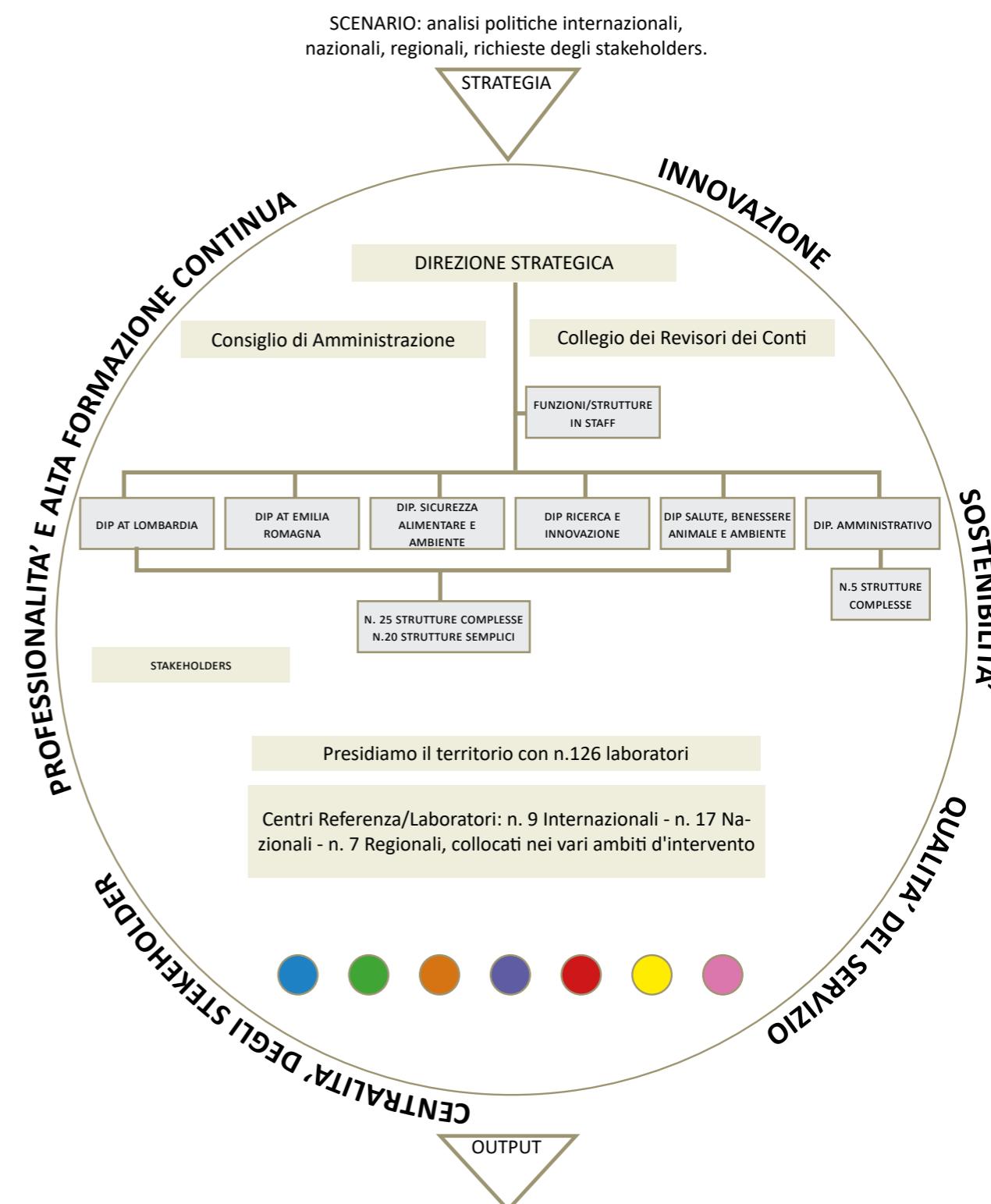
L'Istituto ha approvato una nuova organizzazione, come deliberato dal Consiglio di Amministrazione (CdA) con atto n. 3 del 13.05.2025. La nuova organizzazione è improntata a criteri di flessibilità, razionalità ed efficacia e si fonda sulla collaborazione ed il continuo interscambio di informazioni ed esperienze tra le varie articolazioni.

Il nuovo assetto consente di adempiere ai compiti istituzionali in maniera più efficiente garantendo la realizzazione delle Linee di mandato così come previsto dal Piano Pluriennale delle attività (Piano di Mandato 2024-2027), con la finalità di accrescere le risorse e le condizioni organizzative per il raggiungimento dei propri obiettivi di valore pubblico. Il nuovo modello organizzativo comprende:

- ❖ n. 6 Dipartimenti (1 amministrativo e 5 sanitari);
- ❖ n. 25 strutture complesse (5 amministrative - 20 sanitarie);
- ❖ n. 20 Strutture semplici (sanitarie);
- ❖ diverse funzioni in staff alla Direzione Generale;
- ❖ in esso trovano collocazione n. 126 Laboratori al servizio del territorio.

L'immagine collocata a lato offre una rappresentazione sintetica della riorganizzazione.

## MODELLO ORGANIZZATIVO



# COSA FACCIAMO

## OPERIAMO NEI SEGUENTI AMBITI DI INTERVENTO:



### SANITA' ANIMALE

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



### BENESSERE ANIMALE

L'accertamento dei livelli del benessere animale è funzionale all'attività di certificazione delle filiere alimentari, in linea con le attuali direttive dell'Unione Europea sulla qualità delle produzioni zootecniche (intesa come qualità totale del processo produttivo) e sulla valorizzazione delle produzioni locali tipiche. I parametri che caratterizzano lo stato di benessere sono la sintesi di un approccio combinato, multidisciplinare, basato su competenze di clinica, etiologia, immunologia, immunobiochimica e sull'applicazione di tecniche analitiche di biochimica clinica. ClassyFarm è un sistema informatico del Ministero della Salute per il monitoraggio degli allevamenti e la loro caratterizzazione in base al rischio. Le principali aree d'interesse sono benessere animale, biosicurezza dell'allevamento, macello e antimicrobici.



### SICUREZZA ALIMENTARE

L'Istituto, come previsto dalle programmazioni sanitarie regionali e dalla politica dell'Unione Europea, svolge funzioni di supporto analitico e tecnico scientifico nei piani nazionali e regionali di controllo sugli alimenti nella filiera produttiva e di commercio. Tale attività è assicurata anche a supporto delle azioni di ispezione e sorveglianza dei Servizi Veterinari, dei SIAN, dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dell'Arma dei Carabinieri e degli organi periferici del Ministero della Salute. IZSLER eroga anche servizio analitico a supporto dei sistemi HACCP aziendali tramite articolazioni organizzative distinte e dedicate. Sono inoltre presenti due centri specializzati in attività sperimentali per la validazione dei processi produttivi.



### RICERCA

L'attività di Ricerca figura tra i compiti istituzionali prioritari dell'IZSLER, delineata nella legge 23 giugno 1970, n.503 (art. 3) si attua sia attraverso i programmi di ricerca finanziati dal Ministero della Salute (Ricerca Corrente e Ricerca Finalizzata), ma anche attraverso la competizione con altri centri di ricerca per l'accesso ai fondi europei, ai fondi dei programmi di ricerca regionali per lo sviluppo del territorio di competenza e ai fondi di progetti finanziati da privati. A sostegno delle esigenze territoriali delle Regioni di competenza e del Ministero della salute, e per lo sviluppo di nuovi settori IZSLER sostiene progetti di ricerca con finanziamento proprio. Sono in corso diversi progetti di ricerca, tra progetti di ricerca competitivi (progetti di ricerca Finalizzati, Europei) e non competitivi (Progetti di ricerca Corrente e Autofinanziati). Nel corso dell'anno l'Istituto ha avviato attività relative al Grant Office, la sua funzione è quella di supportare i ricercatori dell'IZSLER nell'intero percorso legato all'ottenimento di un Grant: dalla ricerca dei bandi, allo sviluppo del progetto fino alla fase di monitoraggio e rendicontazione. Nel 2022 i ricercatori IZSLER hanno pubblicato n.136 articoli scientifici su riviste internazionali con IF. ( A settembre 2023 le pubblicazioni risultano essere n. 105). L'IF totale dell'istituto è 564, il tasso di crescita negli ultimi 5 anni è pari al 18%. Alla data del 31.10.2023 , il personale addetto alla ricerca sanitaria è composto da n. 27 Collaboratori Professionale di ricerca sanitario cat. D n. 33 Ricercatori Sanitario cat. Ds.

## PREVENZIONE SALUTE DAI RISCHI AMBIENTALI



Il decreto 30 aprile 2022, n.36, convertito dalla legge 29.06.2022 n. 79, sancisce all'art. 27, la nascita del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), con lo scopo di migliorare le politiche e le strategie del Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione e la cura delle malattie associate a rischi ambientali e climatici. Fra i compiti attribuiti al Sistema SNPS figura in primo luogo l'identificazione delle problematiche sanitarie associate a rischi ambientali e climatici, per contribuire alla programmazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Sistema supporterà inoltre le autorità competenti nella valutazione di impatto sulla salute nell'ambito della valutazione ambientale. Il Ministero della Salute avrà compiti di indirizzo, programmazione, monitoraggio, comunicazione istituzionale, anche mediante l'adozione di apposite direttive. Fanno parte del SNPS i Dipartimenti di Prevenzione, le Regioni, gli IZ.Z. SS e l'Istituto Superiore di Sanità, quest'ultimo con compiti di coordinamento e supporto tecnico-scientifico. IZSLER garantisce in questo settore un servizio diagnostico attivo negli ambiti di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, ovicaprino, avicolo, cunicolo, ittico, apistico e della selvaggina allevata) nelle specie da affezione e nella fauna selvatica. Le prestazioni non si limitano alle sole analisi di laboratorio, ma comprendono anche il supporto epidemiologico e la collaborazione tecnico scientifica alle autorità sanitarie. Le attività analitiche sono erogate verso le autorità sanitarie, gli Enti di gestione della fauna selvatica, i veterinari di campo, gli allevatori ed i proprietari di animali da affezione.

## LABORATORIO CLINICO



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

## FORMAZIONE



L'IZSLER ha come compito istituzionale la formazione degli operatori nell'ambito della sanità animale e della sicurezza alimentare. Promuove corsi ed eventi per medici veterinari, biologi, chimici e altre figure professionali che operano in questi ambiti. È dotato di un ricco patrimonio documentale, di raccolta e pubblicazione di lavori scientifici, attività editoriale e di copisteria. Inoltre svolge anche una intensa attività di comunicazione esterna tramite web (news, newsletter e social media), gestione dei rapporti con la stampa e i media; attività di divulgazione, anche attraverso la produzione di opuscoli e monografie informative, a favore degli operatori della sanità e dei cittadini. La struttura FORMAZIONE dell'IZSLER è provider ECM delle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna e Organizzatore di eventi accreditati nel Sistema ECM Nazionale da novembre 2013 ha acquisito la qualifica di Provider ECM Nazionale Standard. Avendo quindi sostenuto con successo le verifiche ispettive della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ed essendo dotata di una struttura conforme ai requisiti richiesti dalla Commissione, in qualità di soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, è abilitata a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

## COME OPERIAMO

### GARANTENDO LE NOSTRE ECCELLENZE:

### CENTRI INTERNAZIONALI:

### CENTRI DI RIFERIMENTI UE

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

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

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

### CENTRI DI REFERENZA FAO

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

Centro di Referenza FAO:

- ❖ Afta Epizootica e Malattia Vescicolare del suino.

### CENTRO DI COLLABORAZIONE WOAH

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

L'IZSLER è sede del seguente Centro:

- ❖ Collaborating Centre WOAH for Veterinary Biologicals Biobank.

### LABORATORI DI REFERENZA WOAH:

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

- ❖ Laboratorio di Referenza WOAH;
- ❖ Swine Vesicular Disease Laboratorio di Referenza WOAH;
- ❖ Rabbit Hemorrhagic Disease Laboratorio di Referenza WOAH;
- ❖ Swine influenza Laboratorio di Referenza WOAH;

- ❖ Rabbit Myxomatosis Laboratorio di Referenza WOAH;
- ❖ Foot and mouth disease Laboratorio di Referenza WOAH: Paratuberculosis

### CENTRI DI REFERENZA NAZIONALE (CdRN)

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

- ❖ CRN per la tubercolosi da *Mycobacterium bovis*
- ❖ CRN per la leptospirosi
- ❖ CRN per le malattie virali dei lagomorfi
- ❖ CRN per la qualità del latte bovino
- ❖ CRN per la malattia di Aujeszky-Pseudorabbia
- ❖ CRN per il benessere animale
- ❖ CRN per la formazione in sanità pubblica veterinaria
- ❖ CRN per i rischi emergenti in sicurezza alimentare
- ❖ CRN per la tularemia
- ❖ CRN per la clamidiosi
- ❖ CRN per la paratubercolosi.

### LABORATORI NAZIONALI DI RIFERIMENTO (LNR)

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

L'IZSLER è sede dei seguenti Laboratori:

- ❖ Laboratorio Nazionale di Riferimento per le tossine vegetali negli alimenti;
- ❖ Laboratorio Nazionale di Riferimento per la tubercolosi da *M. Bovis*;
- ❖ Laboratorio Nazionale di Riferimento per l'Afta;
- ❖ Laboratorio nazionale di riferimento per i Miglioratori Alimentari (LNR-FIA).

### CENTRI DI REFERENZA E LABORATORI REGIONALI

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

L'IZSLER è sede dei seguenti Centri:

- ❖ Centro di Referenza Regionale per la promozione e il coordinamento di metodi alternativi (Regione Lombardia)
- ❖ Laboratorio di Referenza regionale per la conferma diagnostica di Botulino (Regione Emilia Romagna)
- ❖ Centro di Referenza Regionale Enternet per i patogeni enterici (Regione Emilia Romagna);
- ❖ Laboratorio di riferimento regionale di diagnostica per l'influenza avaria (Regione Emilia Romagna);
- ❖ Laboratorio di riferimento regionale per la diagnostica di malattie trasmesse da vettori negli animali e negli arthropodi e per l'entomologia sanitaria (Regione Emilia Romagna).

# CON QUALITA' - ALTA FORMAZIONE CONTINUA - INNOVAZIONE

## SERVIZIO ASSICURAZIONE QUALITA'

ACRREDIA LAB N° 00132



L'Istituto si è dotato di un sistema di gestione della qualità (SAQ) elemento imprescindibile non solo per mantenere e garantire la conformità legislativa, ma anche per migliorare continuamente le prestazioni e garantire elevati standard di qualità finalizzato alla affidabilità del risultato analitico, che si fonda sui requisiti per l'accreditamento dei laboratori di prova e tarature definiti nella norma internazionale UNI CEI EN ISO/IEC 17025. L'adesione ai suddetti standard costituisce garanzia della competenza tecnica e dell'imparzialità del laboratorio nell'effettuazione delle prove ed è anche strumento per il mutuo riconoscimento di prova in ambito internazionale. IZSLER è il più grande multisito accreditato dall'ente certificatore ACCREDIA. Nel corso degli ultimi anni è proseguito il progetto di digitalizzazione dei processi del sistema qualità, al fine di migliorarne l'efficacia e l'efficienza. Inoltre ogni anno viene adottato il Piano di AUDIT interni, una roadmap strutturata per la verifica del sistema gestionale.

## FORMAZIONE ACCREDITATA

La struttura Formazione dell'IZSLER è provider ECM delle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna e Organizzatore di eventi accreditati nel Sistema ECM Nazionale da novembre 2013 ha acquisito la qualifica di Provider ECM Nazionale Standard. Avendo quindi sostenuto con successo le verifiche ispettive della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ed essendo dotata di una struttura conforme ai requisiti richiesti dalla Commissione, in qualità di soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, è abilitata a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

## SERVIZI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

L'Istituto garantisce diversi servizi di alta specializzazione:

### SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

Un efficace sistema di sorveglianza epidemiologica è essenziale per il buon governo e la gestione dei sistemi sanitari finalizzati alla prevenzione e al controllo delle malattie degli animali e delle malattie trasmesse all'uomo attraverso gli alimenti, ovvero nell'ambito della sicurezza alimentare, attraverso il supporto alle autorità competenti, supporto nella gestione delle emergenze, anche tramite la produzione di report .

### PIANI DI SORVEGLIANZA E GESTIONE DELLE EMERGENZE

IZSLER, attraverso la sua funzione di supporto tecnico-scientifico ed epidemiologico, elabora e gestisce piani di sorveglianza per la salute di animali, alimenti e ambiente. Questi piani si attuano attraverso la sorveglianza attiva e passiva, con l'obiettivo di monitorare la salute delle popolazioni animali (come la fauna selvatica o il bestiame per la BSE), la sicurezza degli alimenti e la diffusione di agenti patogeni. IZSLER collabora strettamente con le Regioni e il Ministero della Salute per definire piani di controllo e sviluppare strategie basate su un approccio multidisciplinare One Health. L'Istituto ha contribuito alla gestione emergenziale, fornendo supporto di carattere epidemiologico e tecnico nel corso delle varie ondate epidemiche

## EPIDEMOIOLOGIA GENOMICA

L'epidemiologia genomica è un'attività che riguarda la valutazione del rischio a supporto delle attività regionali, nazionali ed internazionali di IZSLER, che comprende: modellizzazione matematica per la valutazione del rischio a supporto delle decisioni per il controllo delle malattie infettive; epidemiologia molecolare delle malattie infettive, in particolare a trasmissione alimentare e zoonotiche; sequenziamento ed epidemiologia genomica, bioinformatica, gestione dei dati di sequenziamento per le finalità istituzionali; sviluppo di metodi bioinformatici e filogenomici per le indagini di focolaio e delle contaminazioni nelle filiere alimentari e sorveglianza genomica e gestione integrata medico-veterinaria delle infezioni.

## PRODUZIONE VACCINI E REAGENTI

IZSLER produce vaccini stabulogeni (batterici e virali inattivati), autovaccini, antigeni batterici e virali, colture cellulari, e altre specialità come il concentrato piastrinico e l'alfa-interferone per scopi diagnostici e terapeutici in animali, supportando la prevenzione e cura di malattie animali. La produzione di vaccini stabulogeni avviene su richiesta del medico veterinario, seguendo requisiti rigorosi, e i prodotti sono finalizzati alla sanità pubblica veterinaria, alla sicurezza alimentare e alla tutela della biodiversità, come dettagliato nel catalogo disponibile sul sito dell'Istituto.

## BIOBANCA

La BIOBANCA è una infrastruttura dell'IZSLER che ha lo scopo di raccogliere tutte le risorse biologiche sottoposte a controlli di identità e purezza, conservate in diversi laboratori. Tutte le risorse biologiche raccolte nella Biobanca sono state controllate e caratterizzate con protocolli standard per ottenere informazioni dettagliate sulle loro principali caratteristiche. La BIOBANCA gestisce il materiale biologico o le sequenze genomiche attraverso un sistema informatico. L'infrastruttura della BIOBANCA utilizza delle tecnologie di eccellenza per conservare tutte le risorse biologiche e le sequenze genomiche ottenute dai campioni, conservate in appositi e dedicati storage informatici.

## CLASSYFARM

ClassyFarm è un sistema del Ministero della Salute, realizzato dall'IZSLER, per monitorare il rischio sanitario degli allevamenti, focalizzato su benessere animale, biosicurezza e uso di antimicrobici, nell'ambito della Politica Agricola Comune (PAC), in continua implementazione.

ACCORDO IZSLER/MASF D.M. n.146741 del 31.03.2025: è stata firmata una Convenzione biennale basata sul potenziamento del sistema Classyfarm; dall'Intelligenza Artificiale allo sviluppo del sistema di qualità nazionale per il benessere animale (SQNBA), dall'analisi predittiva dell'allevamento alla possibilità di calcolare in anticipo le soglie degli antibiotici per i pagamenti della Politica Agricola Comune (PAC).



## INNOVAZIONE TECNOLOGICA

In Istituto sono presenti circa n.5.500 apparecchiature da laboratorio tra cui:

- ❖ Sequenziatori Next Generation Sequencing (NGS);
- ❖ Microscopio Confocale;
- ❖ LC-MS/MS - LC-HRMS;
- ❖ ICP-MS/MS;
- ❖ Microscopio Raman INAGING;
- ❖ Stazioni robotizzate di analisi;
- ❖ MALDI TOF.

## IZSLER IN NUMERI

### ORGANIZZAZIONE

 **723 PERSONE**



**CENTRI E LABORATORI DI REFERENZA: 9  
INTERNAZIONALI - 17 NAZIONALI - 7 REGIONALI**



**17 SEDI TERRITORIALI**



**12 ML ATTREZZATURE SCIENTIFICHE**

 **4.501.203 ESAMI/ANNO**



**1.570.804 EURO PRODUZIONI (kit diagnostici,  
vaccini stabulogeni, materiali biobanca, antigeni)**



**393 METODI DI PROVA ACCREDITATI**



**408.230 TOT.CREDITI ECM PRODOTTI**

### SERVIZI EROGATI

 **196 PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE**



**149 PROGETTI RICERCA IN CORSO**



**228 ACCORDI DI COLLABORAZIONE**



**1,9 ML EURO FINANZIAMENTI PER LA RICERCA**

### RICERCA

## FOCUS

Nel febbraio 2025 il Ministero della Salute ha formalizzato la designazione dell'IZSLER come **Laboratorio Nazionale di Riferimento per i Miglioratori Alimentari (LNR-FIA)**, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Si tratta di un incarico di grande rilievo strategico per il sistema di sicurezza alimentare italiano, che colloca l'Italia in linea con la più recente normativa europea in materia di controlli ufficiali sugli alimenti. La decisione del Ministero giunge in attuazione del Regolamento delegato (UE) n. 1004/2024, adottato dalla Commissione europea il 22 gennaio 2024, che ha istituito il Laboratorio di riferimento dell'Unione europea per i cosiddetti "miglioratori alimentari", ovvero le sostanze aggiunte intenzionalmente agli alimenti con finalità tecnologiche o organolettiche, come additivi, enzimi e aromi alimentari. Tale regolamento integra il Regolamento (UE) 2017/625, che disciplina i controlli ufficiali e prevede che ciascuno Stato membro designi un proprio laboratorio nazionale di riferimento per garantire un raccordo efficace con i laboratori europei. Il nuovo Laboratorio Nazionale di Riferimento per i Miglioratori Alimentari avrà il compito di fornire supporto tecnico-scientifico ai laboratori ufficiali italiani, promuovendo l'armonizzazione dei metodi analitici, la validazione delle procedure e la verifica della loro affidabilità. Tra le sue attività principali figurano lo sviluppo e la validazione di metodi di analisi per la rilevazione e la quantificazione delle sostanze appartenenti alla categoria dei miglioratori alimentari, l'organizzazione di prove interlaboratorio e workshop formativi, la predisposizione di linee guida operative e la consulenza in caso di risultati analitici dubbi o non conformi. Il LNR-FIA avrà inoltre il compito di mantenere e aggiornare un elenco nazionale dei laboratori ufficiali che operano nel settore, con l'indicazione dei metodi accreditati, delle matrici alimentari analizzate e dei materiali di riferimento disponibili. Questa attività permetterà di creare una rete coordinata e trasparente, in grado di garantire uniformità di approccio e qualità elevata nei controlli ufficiali lungo tutta la filiera alimentare. Un aspetto rilevante dell'incarico riguarda anche il ruolo di raccordo del LNR con il Ministero della Salute e con il Laboratorio di riferimento dell'Unione Europea (EURL). Il laboratorio italiano, infatti, dovrà collaborare con l'EURL per l'implementazione delle politiche di controllo, la gestione dei rischi emergenti e la diffusione delle migliori pratiche. Tale sinergia rappresenta un passo significativo verso una maggiore integrazione europea nel campo della sicurezza alimentare, favorendo la condivisione di dati, strumenti analitici e conoscenze tecniche tra Stati membri. Per questo, la Commissione europea ha ritenuto necessario dotarsi di un sistema di riferimento unitario a livello comunitario, capace di assicurare l'affidabilità dei controlli e la tutela della salute dei consumatori. Con la designazione del LNR-FIA, l'Italia potrà contribuire attivamente a questo obiettivo, rafforzando la capacità nazionale di sorveglianza e di risposta a eventuali problematiche legate alla presenza o all'uso improprio di tali sostanze. L'impiego di miglioratori alimentari, che comprendono additivi, enzimi e aromi – rivestono un ruolo cruciale nella moderna industria alimentare, ma la loro sicurezza d'uso deve essere costantemente monitorata, garantendo prodotti sicuri, di alta qualità e conformi agli standard normativi. Tuttavia, è importante mantenere un equilibrio tra innovazione tecnologica e tutela della salute.



i dati sono riferiti all'anno 2024



## 2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La presente Sezione comprende le seguenti sotto-sezioni:

### 2.1 Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico

illustra i seguenti concetti/argomenti:

- ❖ le sfide della Sanità Pubblica Veterinaria
- ❖ visione ONE HEALTH
- ❖ analisi del contesto: internazionale, nazionale e regionale
- ❖ stakeholders management
- ❖ ambiti d'intervento
- ❖ valore pubblico
- ❖ obiettivi di valore pubblico
- ❖ integrazione con la gestione dei rischi

### 2.2 Sottosezione di programmazione - Performance

illustra i seguenti concetti/argomenti :

- ❖ pre messa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale (architettura programmatica, dalla programmazione strategica a quella operativa, integrazione con la pianificazione economica-finanziaria)

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

illustra i seguenti concetti/argomenti :

- ❖ pre messa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale (analisi contesto esterno/interno, obiettivi in materia di prevenzione della corruzione)

Allegati del documento attinenti alla presente sezione sono:

- ❖ Allegato A1 - impatti per ambiti d'intervento
- ❖ Allegato A2 - Misurazione del VP
- ❖ Allegato A3 - Linee Guida di Budget annuali
- ❖ Allegato A4 - bilancio di previsione su base annuale
- ❖ Allegato B1 - Piano triennale di digitalizzazione
- ❖ Allegato B2 - Gender equality Plan triennale
- ❖ Allegato B3 - Ex Piano azioni positive triennale
- ❖ Allegato C1 - Ex PTPCT triennale

## 2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE-VALORE PUBBLICO

### 2.1.1 LE SFIDE DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

La sanità pubblica veterinaria (SPV) rappresenta "la componente dell'attività di Sanità Pubblica dedicata all'applicazione delle competenze, conoscenze e risorse della professione veterinaria ai fini della protezione e del miglioramento della salute umana", ovvero "la somma dei contributi al benessere fisico, mentale e sociale delle persone attraverso la conoscenza e l'applicazione della scienza veterinaria". Le attività di SPV possono, contribuire al raggiungimento di un reale e duraturo sviluppo socio-economico del paese, nel proporre a livello globale le migliori pratiche per garantire la salute ed il benessere animale e la sicurezza alimentare. Le sfide che la sanità pubblica veterinaria (SPV) sta affrontando sono molteplici e complesse, basti pensare alle recenti epidemie di Peste Suina Italiana, Influenza Avaria, Blue Tongue e Dermatite nodulare infettiva bovina, alle zoonosi che rappresentano uno dei problemi di salute pubblica più complessi e importanti, responsabili di oltre il 60% delle malattie infettive e del 75% delle nuove infezioni; alla resistenza antimicrobica (AMR) che viene definita come una "pandemia silenziosa", ai drammatici cambiamenti climatici in atto. La globalizzazione di uomini e merci, la distruzione di habitat selvatici per fare spazio all'agricoltura o all'industrializzazione, alterano gli ecosistemi e favoriscono la migrazione di agenti virali e patologie nell'interfaccia uomo/animali; la sicurezza alimentare è minacciata da agenti fisici, chimici e biologici, pronti a contaminare il cibo senza che ne venga cambiato l'odore, il sapore o l'aspetto. Le istituzioni pubbliche, soprattutto quelle sanitarie, sono chiamate a comprendere rapidamente le evoluzioni in atto e ad elaborare strumenti, metodi e approcci in grado di ipotizzare e prevenire eventi futuri, grazie ad un patrimonio di competenze scientifiche e tecnologiche avanzate. E' prioritario riconoscere che la salute ed il benessere degli animali, come la sicurezza alimentare, la crescita economica, il commercio sicuro, la salute pubblica, la biodiversità e la mitigazione dei cambiamenti climatici, sono aspetti legati che devono essere affrontati in maniera sinergica. In un'epoca, come quella attuale, in cui la salute umana, quella animale e quella dell'ambiente sono sempre più interconnesse, l'approccio "One Health" appare l'unico che possa permettere di affrontare con successo le complesse sfide sanitarie presenti e future. L'approccio One Health è la visione che lega e guida le varie priorità politiche, rappresentate su vari livelli e strettamente interdipendenti tra loro. Su questa base si sviluppa il tema di fondo che ha dato origine all'individuazione degli obiettivi di VP e alla costruzione di una strategia in grado di rispondere alle sfide sanitarie emergenti, volta alla tutela del continuum "Uomo, Animale e Ambiente". Le linee programmatiche di seguito proposte delle principali organizzazioni, guidano i vari paesi nel trovare le soluzioni più adeguata e innovative a queste sfide, orientando anche le nostre azioni all'interno dei rispettivi ambiti d'intervento. Izsler all'interno di questa cornice, agisce come uno strumento di attuazione delle politiche comunitarie, nazionali e regionali.



### 2.1.2 VISIONE ONE HEALTH

Il termine One Health identifica una visione olistica che riconosce come la salute umana, la salute degli animali e la salute dell'ambiente siano strettamente interconnesse e interdipendenti, tanto da influenzarsi e condizionarsi a vicenda. La visione One Health è entrata vigorosamente nelle agende di molti Paesi e delle principali organizzazioni internazionali nell'ultimo quinquennio, venendo riconosciuta ufficialmente come strategia fondamentale. Il 2021 è l'anno della costituzione nell'ambito delle nazioni unite del "Quadripartito" l'associazione di 4 agenzie internazionali che coordinano la governance globale della One Health (Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura FAO, Programma per l'Ambiente - UNEP, Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS e Organizzazione Mondiale per la Salute Animale - WOAH). A dicembre 2023, il "quadripartito" ha sviluppato il documento "A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level", che delinea tre percorsi, governance, integrazione settoriale, prove e conoscenze e cinque passaggi per raggiungere l'implementazione della One Health. Il documento rappresenta una linea guida per l'implementazione del "Piano d'azione congiunto One Health (Oh Jpa) 2022-2026" sviluppato a ottobre 2022 per gestire in modo integrato eventuali minacce e prevenire potenziali future pandemie. Il piano quinquennale (2022-2026) si concentra sul sostegno e l'ampliamento delle capacità in sei aree: capacità One Health per i sistemi sanitari, epidemie zoonotiche emergenti e riemergenti, malattie zoonotiche endemiche, malattie tropicali trascurate e trasmesse da vettori, rischi per la sicurezza alimentare, resistenza antimicrobica e ambiente. Questo documento tecnico è basato su prove, best practice e linee guida esistenti. Copre una serie di azioni che mirano a far progredire la One Health a livello globale, regionale e nazionale. Queste azioni includono in particolare lo sviluppo di una futura guida all'implementazione per paesi, partner internazionali e attori non statali come organizzazioni della società civile, associazioni professionali, mondo accademico e istituti di ricerca. Il piano stabilisce obiettivi operativi, che includono: fornire un quadro per un'azione collettiva e coordinata per integrare l'approccio One Health a tutti i livelli; fornire consulenza politica e legislativa a monte e assistenza tecnica per aiutare a stabilire obiettivi e priorità nazionali; e promuovere la collaborazione multinazionale, multisettoriale e multidisciplinare, l'apprendimento e lo scambio di conoscenze, soluzioni e tecnologie. Promuove inoltre i valori della cooperazione e della responsabilità condivisa, dell'azione e della partnership multisettoriali, dell'equità di genere e dell'inclusività. Un Piano di azione che senza dubbio costituisce un riferimento per l'implementazione degli interventi di salute pubblica in questo ambito. Per potenziare questa visione, dal gennaio 2024, è stato istituito presso il Ministero della Salute un apposito Dipartimento per la salute umana, la salute animale e dell'ecosistema (One Health), che è stato strutturato in modo da rafforzare le attività che richiedono delle competenze trasversali, anche in un'ottica di sostenibilità, per rendere il nostro sistema sanitario pronto a reagire alle nuove sfide in ambito di sanità pubblica. Tra le competenze del nuovo Dipartimento rientrano infatti la sicurezza alimentare, l'igiene degli alimenti, il farmaco veterinario, il benessere animale, la ricerca veterinaria, la valutazione del rischio, la promozione degli stili di vita salutari e della nutrizione sana e sostenibile, in relazione al benessere delle persone ed agli ecosistemi perfettamente in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda Onu 2030.

*"Parlare di One Health per l'Istituto significa mettere in stretta correlazione i nostri ambiti d'intervento con un approccio globale per realizzare appieno il nostro potenziale, migliorando così la salute in modo efficace, sostenibile ed integrato"*



### 2.1.3 ANALISI DEL CONTESTO

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

## 2.1.4 CONTESTO INTERNAZIONALE

### AGENDA ONU 2030

L'IZSLER nello svolgimento del suo mandato istituzionale contribuisce, anche se indirettamente, all'Agenda 2030 dell'ONU e ai Domini BES, come rappresentato nella tabella di pag.33 attraverso la sua attività di ricerca, controllo e prevenzione, che si allinea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile relativi alla salute pubblica, alla sicurezza alimentare e alla protezione dell'ambiente.

Gli obiettivi dell'Agenda ONU a cui partecipa l'Istituto sono:

**OBIETTIVO 3 - SALUTE E BENESSERE** - si propone di garantire la salute e di promuovere il benessere per tutti e a tutte le età. Esso si focalizza su diversi ambiti di intervento: ridurre la mortalità materno-infantile, debellare le epidemie, contrastare le malattie trasmissibili e le malattie croniche, promuovendo benessere e salute mentale.

**OBIETTIVO 4 – QUALITÀ DELL'ISTRUZIONE** – si propone di assicurare un'istruzione di qualità, equa ed inclusiva, e promuovere opportunità di apprendimento per tutti.

**OBIETTIVO 13 – LOTTA AL CAMBIAMENTO CLIMATICO** – si propone di adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze.



### DOMINI BES

Accanto agli SDGs in Italia sono stati allineati gli indicatori dei DOMINI BES. Tali indicatori di benessere equo sostenibile (BES), sono suddivisi in 12 domini, con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere, corredate da misure relative alle diseguaglianze e alla sostenibilità. Gli indicatori BES sono stati introdotti nel ciclo di bilancio e nel documento di economia e finanza (DEF). Il fine è quello di misurare e monitorare l'andamento del benessere nei vari domini e l'impatto delle politiche programmate.



### WHO GLOBAL STRATEGY FOR FOOD SAFETY

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

### FARM TO FORK

La strategia "Farm to Fork" è il piano decennale messo a punto dalla Commissione Europea per guidare la transizione verso un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell'ambiente. L'idea di base è quella di creare sistemi alimentari più sostenibili e riconoscere il forte legame esistente tra salute delle persone, delle società e del pianeta. La strategia è anche centrale nell'agenda della Commissione per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. Ogni Stato membro dell'UE dovrà seguirla, adottando norme a livello nazionale che consentano di contribuire a raggiungere gli obiettivi stabiliti dell'UE. Il fine della direttiva Farm to Fork è quello di accelerare verso un sistema alimentare rispettoso dell'ambiente che preservi la biodiversità e contribuisca a frenare il cambiamento climatico, innanzitutto riducendo del 50% l'uso di pesticidi chimici e pericolosi entro il 2030 e promuovendo l'immissione sul mercato di biopesticidi e l'adozione di metodi alternativi per la protezione delle colture. Tra gli obiettivi principali ci sono "garantire la sicurezza alimentare, la nutrizione e la salute pubblica" assicurandosi "che vengano rispettati elevati standard di sicurezza e qualità".



### POLITICA AGRICOLA COMUNE

La Politica Agricola Comune (PAC) rappresenta l'insieme delle regole che l'Unione europea, ha inteso darsi riconoscendo la centralità del comparto agricolo per uno sviluppo equo e stabile dei Paesi membri. La PAC, ai sensi dell'articolo 39 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, persegue i seguenti obiettivi: incrementare la produttività dell'agricoltura; assicurare un tenore di vita equo alla popolazione agricola; stabilizzare i mercati; garantire la sicurezza degli approvvigionamenti; assicurare prezzi ragionevoli ai consumatori. Tra i suoi obiettivi si prevedono azioni anche atte a garantire un reddito equo agli agricoltori; aumentare la competitività; migliorare la posizione degli agricoltori nella filiera alimentare; agire per contrastare i cambiamenti climatici; tutelare l'ambiente; salvaguardare il paesaggio e la biodiversità; sostenere il ricambio generazionale; sviluppare aree rurali dinamiche; proteggere la qualità dell'alimentazione e della salute e promuovere le conoscenze e l'innovazione. La volontà delle istituzioni è quella di costruire un sistema alimentare sostenibile, contribuendo in tal modo agli obiettivi del Green Deal, della strategia "dal produttore al consumatore" e della strategia sulla biodiversità, proteggendo e rafforzando la varietà di piante e animali negli ecosistemi rurali. Rispetto a questi obiettivi Izsler ha un ruolo importante, in quanto il sistema CLASSYFARM è uno strumento chiave per l'applicazione della PAC nel settore zootecnico.

Le principali normative di riferimento includono anche alcuni **REGOLAMENTI EUROPEI**, tra cui quelli principali sono:

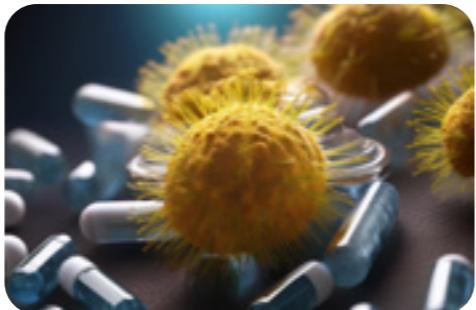
- ❖ Regolamento (UE) 2017/625 (Controlli Ufficiali): assicura che i controlli siano effettuati correttamente per garantire la conformità alla legislazione;
- ❖ Regolamento (UE) 2016/429 (Animal Health Law ): fornisce il quadro per la gestione della sanità animale e la prevenzione delle malattie, è stato recepito in Italia con il D. Lgs. 136/2022.

## 2.1.5 CONTESTO NAZIONALE

L'Istituto essendo uno strumento scientifico delle Regioni che opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale ( SSN) con la sua azione contribuisce all'attuazione delle seguenti politiche/indirizzi

### PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA (PNCAR)

La resistenza antimicrobica (Amr) rappresenta una delle maggiori e più complesse sfide della società moderna: molti patogeni, in passato sensibili alle diverse molecole antimicrobiche, presentano oggi, un profilo di resistenza tale da renderli virtualmente resistenti a tutti gli antimicrobici disponibili. Nel 2019 l'Amr ha causato nel mondo 1.27 milioni di morti. Per tale motivo è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) come una priorità mondiale che richiede un'azione multisettoriale urgente. Il "Global Action Plan on Antimicrobial Resistance" dell'Oms, adottato nel 2015, sottolinea la necessità di un approccio multisettoriale e coordinato a livello globale, evidenziando l'importanza della sorveglianza integrata e della regolamentazione dell'uso degli antimicrobici. L'"European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance", adottato dalla Commissione Europea nel 2017, promuove una strategia integrata che coinvolga la salute umana, la salute animale e l'ambiente, enfatizzando l'importanza della ricerca e dell'innovazione, la necessità di migliorare la consapevolezza pubblica e l'uso responsabile degli antimicrobici. Il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) nasce con l'obiettivo di fornire al Paese le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'antibiotico-resistenza seguendo un approccio multidisciplinare e una visione One Health, promuovendo un costante confronto in ambito internazionale e facendo al contempo tesoro dei successi e delle criticità del precedente Piano nazionale. L'IZSLER, da tempo partecipa alla lotta dell'AMR svolgendo attività di ricerca, diagnosi e prevenzione, con particolare attenzione alla sorveglianza degli agenti patogeni resistenti negli animali e nell'ambiente.



### MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI (MASAF)

Il MASAF ha emanato il DM n. 0147385 del 09/03/2023 "Disciplina del regime di condizionalità e dei requisiti minimi relativi all'uso di prodotti fertilizzanti e fitosanitari e al benessere degli animali ai sensi del regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 e individuazione del termine ultimo per la presentazione delle domande di aiuto per lo sviluppo rurale".

Il Sistema di Qualità Nazionale per il Benessere Animale (SQNBA) rafforza la sostenibilità ambientale, economica e sociale delle produzioni di origine animale, grazie alla certificazione accreditata degli allevamenti e della filiera. Il sistema in questione definisce uno schema di produzione a carattere nazionale che stabilisce le regole generali e i requisiti tecnici per la gestione del processo di allevamento degli animali allevati, mediante la valutazione di parametri stabiliti su base scientifica, rappresentando una disposizione unica di riferimento nella certificazione volontaria relativa al benessere animale e mettendo quindi ordine nei vari protocolli di certificazione al momento esistenti concernenti lo stesso ambito, contribuendo anche ad una informazione più chiara al consumatore.

Il SQNBA prevede l'adesione volontaria dei soggetti che si impegnano a garantire requisiti di salute e benessere animale, superiori a quelli delle pertinenti norme europee e nazionali, nonché si impegnano a ridurre l'uso degli antibiotici e a garantire, in genere, una maggiore sostenibilità dell'allevamento. L'IZSLER offre corsi specialistici FAD (Formazione a distanza) per operatori e organismi di certificazione nell'ambito del SQNBA; in quanto sede del Centro di Referenza Nazionale per il Benessere Animale (CReNBA), ha contribuito allo sviluppo del metodo CRenBA, un sistema di valutazione del benessere animale che partecipa attivamente alla promozione e attuazione del SQNBA.

### PROGRAMMA NAZIONALE DELLA RICERCA SANITARIA (PNRS)

Il Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) è lo strumento, elaborato dal ministero della salute, che definisce le linee strategiche triennali per il miglioramento della salute della popolazione attraverso la ricerca. Nel PNRS sono indicati gli obiettivi in ambito di ricerca, correlati con quelli del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). La ricerca sanitaria è un elemento fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale; l'assunto sul quale si basa il programma di ricerca sanitaria è sviluppato in coe-

renza con la legge 502 del 1992: "La ricerca sanitaria, intesa come parte integrante tra le attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e normata dal d.lgs.502/92, è elemento fondamentale per garantire ai cittadini una sanità efficiente e rispondente ai reali bisogni di assistenza e cura del Paese". Con tale programma il Ministero della Salute è impegnato a stimolare e supportare la ricerca nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, tra cui anche gli Istituti zooprofilattici sperimentali. L'operato degli IZZSS e dei Centri di Referenza Nazionali ed Internazionali, attraverso l'attività di ricerca, consente di mantenere alto il livello qualitativo della risposta in caso di emergenze epidemiche, e in stretta correlazione con l'approccio ONE HEALTH.

### ATTO DI INDIRIZZO - MINISTERO DELLA SALUTE

Ogni anno il Ministero della Salute pubblica l'"Atto di indirizzo" che è un documento che espone in chiave programmatica le linee d'azione per il triennio 2025-2027, delineando le priorità politiche per l'anno di riferimento, che devono essere attuate dal Servizio sanitario nazionale (SSN). La politica sanitaria del prossimo triennio, definita nell'Atto di indirizzo, collegata alle attività dell'Istituto, riguarda la seguente macroarea: "*Impostare gli interventi per il benessere animale e a tutela della sicurezza degli alimenti in un'ottica One Health*" per la quale sono previste le seguenti linee di indirizzo:

- ❖ 10.1 Misure di contrasto all'antimicrobico-resistenza;
- ❖ 10.2 Controllo delle zoonosi e prevenzione delle pandemie;
- ❖ 10.3 Progetti di ricerca nazionali e internazionali (potenziamento processo della ricerca corrente degli IZ.ZS.SS);
- ❖ 10.4 Sicurezza alimentare;
- ❖ 10.5 Tutela dell'ambiente (SNPS).

### LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Gli IZS contribuiscono indirettamente all'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) veterinari fornendo dati e analisi indispensabili per il monitoraggio dello stato di salute animale. Essi supportano inoltre gli interventi di prevenzione e controllo delle malattie, contribuendo a garantire la sicurezza alimentare e consentendo al sistema sanitario di erogare servizi essenziali. In questo contesto, l'Istituto opera attraverso le proprie attività di sanità pubblica, nell'ambito della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". I LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini. Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza. Il DPCM individua 3 grandi livelli, tra cui la "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli, in particolare:

- ❖ sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- ❖ tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- ❖ sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- ❖ salute animale e igiene urbana veterinaria;
- ❖ sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- ❖ sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- ❖ attività medico legali per finalità pubbliche.

Gli indicatori individuati per la prevenzione collettiva e sanità pubblica sono n.16, di cui n.5 sono collegati alla attività svolte dall'Istituto.

- ❖ P09Z: Nome Indicatore: Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica;
- ❖ P10Z: Nome Indicatore: Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti;
- ❖ P11Z: Nome Indicatore: Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti;
- ❖ P12Z: Nome Indicatore: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale;
- ❖ P13Z: Nome Indicatore: Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.

## 2.1.6 CONTESTO REGIONALE

Izsler fornisce le attività di supporto alla SPV sul territorio della Lombardia ed Emilia-Romagna, attraverso la presenza delle n. 17 sedi territoriali dislocate sulle 2 regioni. Questo vasto territorio si caratterizza per la più alta densità di allevamenti da reddito (bovini, suini, ovi-caprini, volatili, equini, conigli) del territorio nazionale, con 87 mila allevamenti e 120 milioni di capi. Inoltre sono presenti più di 250 mila impianti della filiera alimentare. Izsler lavora a stretto contatto con le Regioni e le articolazioni sanitarie territoriali. Il Piano Regionale integrato della Sanità Pubblica Veterinaria – PRISPV (Regione Lombardia) e il Piano Regionale Integrato dei controlli (Regione Emilia Romagna), definiscono le politiche regionali in materia di SPV. Per l'attuazione dei piani di controlli ufficiali le regioni si avvalgono di una serie di reti di laboratori di riferimento presenti sul territorio, tra cui anche quelli presenti in Izsler, oltre che per la valutazione e la gestione dei rischi nel campo della sicurezza alimentare e dalla sanità animale e per numerose attività di tipo analitico nei medesimi settori. I Piani Regionali perseguono gli obiettivi strategici definiti dai LEA, specificati nel DPCM 12.01.2017. Questo significa che i Piani sopracitati, a livello regionale, stabiliscono le modalità con cui vengono effettuati i controlli per verificare l'erogazione dei LEA e il rispetto degli standard di qualità e appropriatezza delle prestazioni. Le Regioni Lombardia ed Emilia Romagna con deliberazione n. XII/1989 del 13.03.2024, hanno assegnato al Direttore Generale dell'Izsler, i seguenti obiettivi di mandato regionali, che sono stati recepiti nel "Piano pluriennale delle attività", associandoli alle rispettive Linee di mandato/Aree strategiche esposte in dettaglio a pag. 52.



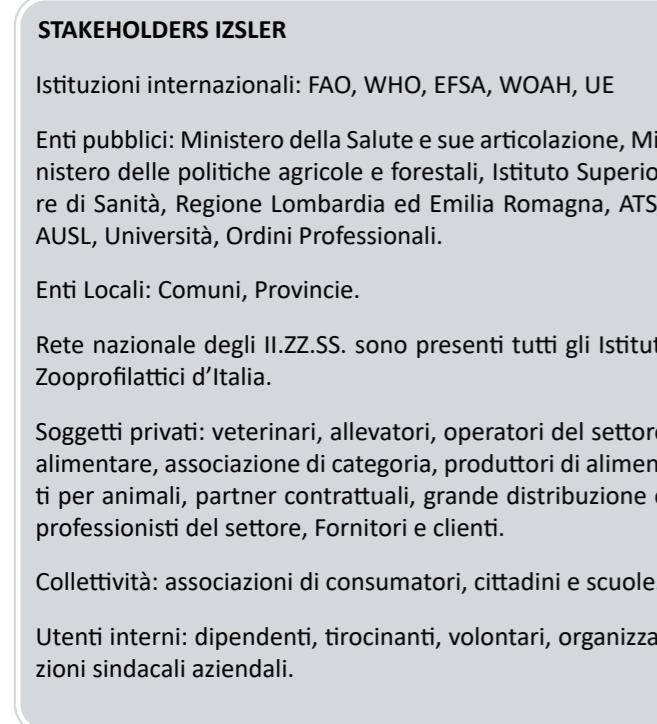
NR. OBIETTIVO REGIONALE	DESCRIZIONE OBIETTIVO REGIONALE	COLLEGAMENTO LINEA MANDATO (LM)/AREA STRATEGICA (AS)
1	consolidamento del quadro pluriennale degli investimenti in raccordo con la programmazione della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna con particolare attenzione all'innovazione ed allo sviluppo del patrimonio dell'Istituto	LM3.AS3
2	sviluppo dei sistemi informativi a supporto delle scelte strategiche e dei programmi di attività e di controllo previsti dalla normativa nazionale e regionale;	LM3.AS3
3	implementazione e sviluppo di metodiche necessarie al controllo degli alimenti e dell'alimentazione animale;	LM1.AS1
4	sviluppo di progetti innovativi concordati con la Regione Lombardia e la Regione Emilia-Romagna in ambito di sanità e benessere animale e di sicurezza alimentare con valorizzazione dell'approccio One-Health e coinvolgimento degli altri attori della Sanità Pubblica;	LM1.AS1
5	rafforzamento strutturale del ruolo dell'osservatorio epidemiologico a supporto delle politiche sanitarie regionali in tema di sanità pubblica veterinaria anche con potenziamento degli organici sia di profilo medico veterinario che epidemiologico statistico;	LM1.AS1
6	definizione del Piano pluriennale delle attività in raccordo con la programmazione sanitaria della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna;	LM1.AS1
7	supporto alle Regioni Lombardia ed Emilia-Romagna nella gestione della Peste Suina Africana, con particolare riferimento alla valutazione della situazione epidemiologica ed alle procedure per la tutela del benessere animale nello stamping out dei focolai in allevamento.	LM1.AS1

Dall'analisi del contesto internazionale/nazionale emerge la seguente tabella che mette in evidenza le varie interdipendenze.

DOMINI BES	GOALS SDGs PRIMARI	INTERNAZIONALE/ NAZIONALE/ REGIONALE	AMBITI IZSLER	LM/AS	VALORE PUBBLICO	APPROCCIO
1.SALUTE		INDIRIZZI INTERNAZIONALI E NAZIONALI/ OB.REG.3/4/5/6/7	Sanità e benessere animale, Sicurezza Alimentare, SNPS, Laboratorio Clinico	LM1.AS1	VP1	
2.ISTRUZIONE E FORMAZIONE		INDIRIZZI INTERNAZIONALI E NAZIONALI	FORMAZIONE	LM4.AS4	VP3	
10.AMBIENTE		Un Green Deal Europeo; PNC - PNRR: "Salute, ambiente, biodiversità, clima"/OB.REG.4	SNPS	LM1.AS1	VP1 - VP2	
11.INNOVAZIONE RICERCA E CREATIVITÀ		PNRR MISSIONE 4 "istruzione e ricerca" PNRR MISURA 1.1 "infrastrutture digitali"	RICERCA Progetto Fondazione INF-ACT Cofinanziamento Izsler di 4 borse studio dottorato di ricerca. PSN (Polo strategico nazionale) per creare una infrastruttura clouod sicura e ad alta affidabilità	LM2.AS2	VP2	ONE HEALTH
12.QUALITÀ DEI SERVIZI		Un'europa pronta per l'era digitale/ OB.REG.1/2	Ambiti Sanitari e servizi a supporto	LM1/4. AS1/4	VP1 - VP2	

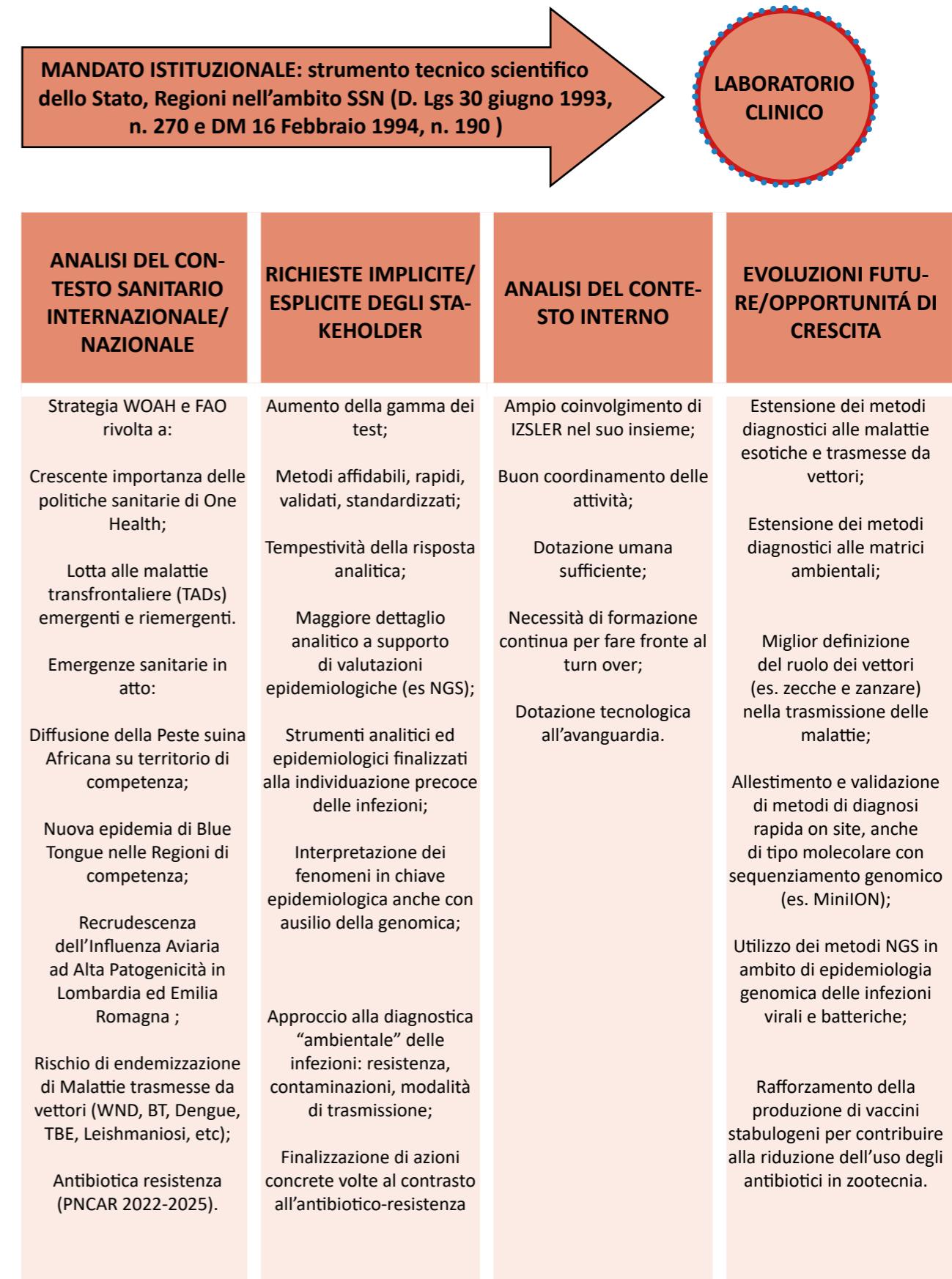
## 2.1.7 STAKEHOLDERS MANAGEMENT

Al fine di perseguire i propri obiettivi istituzionali, volti al soddisfacimento del benessere sociale e sanitario dei propri portatori di interesse, ma soprattutto per integrare i diversi punti di vista degli stakeholders nei processi decisionali, condividendo valori e obiettivi, l'IZSLER promuove lo "stakeholder management", in ottica di miglioramento continuo e di superamento delle logiche autoreferenziali. L'Istituto a seguito dell'insediamento della nuova direzione ha rivisto la mappatura degli stakeholder, alla luce delle stesura delle nuove linee programmatiche (Piano Pluriennale delle attività 2024-2027), come nella figura sotto riportata. Lo stakeholder engagement (il cui significato letterale è coinvolgimento dei portatori di interesse) è la leva principale di monitoraggio e gestione della qualità delle relazioni e diventa ingrediente importante nella formulazione delle politiche e strategie organizzative. L'IZSLER ha sviluppato nel corso degli anni occasioni di confronto e comunicazioni con gli stakeholders, con l'obiettivo di promuovere l'azione dell'Ente, diffondere la corretta informazione scientifica e tecnica sui temi di interesse, svolgere attività formativa. Con il Ministero della Salute e le Regioni sono stati instaurati dei rapporti costanti di collaborazione per l'attuazione dei Piani e Programmi, fornendo anche il necessario supporto tecnico con personale specializzato in tematiche legate alla SPV. Il coinvolgimento degli stakeholder costituisce una leva fondamentale per *creare valore* nel lungo periodo e perseguire obiettivi condivisi. Inoltre, con l'obiettivo di rafforzare la condivisione dei valori in un'ottica partecipativa, l'Istituto ha invitato i propri principali stakeholder, il Ministero della Salute, la Regione Lombardia e la Regione Emilia-Romagna a prendere parte, nella giornata del 30 ottobre 2025, a un momento di confronto sui temi strettamente connessi alla salute unica (One Health) e al Valore Pubblico, attraverso la condivisione di attività e prospettive per il prossimo triennio. Dal proficuo scambio di idee è emersa una conferma delle priorità programmatiche nei diversi ambiti di intervento, come dettagliato nelle pagine successive (da 36 a 42). L'evento ha rappresentato per l'Istituto un'importante occasione per ribadire la stretta e proficua collaborazione con le istituzioni, consolidare il proprio ruolo nella costruzione di una visione olistica della salute e promuovere la creazione di network sinergici a beneficio della collettività di riferimento. È importante sottolineare il ruolo centrale e strategico svolto dalle Regioni per il nostro Istituto, in quanto partner fondamentali nella definizione degli obiettivi e degli indirizzi istituzionali. Le Regioni contribuiscono inoltre al coordinamento tecnico-scientifico per la sorveglianza epidemiologica in ambito di sanità animale e igiene degli alimenti; promuovono e finanzianno attività di salute pubblica, inclusi progetti specifici relativi ai rischi ambientali e climatici, e garantiscono l'integrazione operativa tra l'Istituto e i Servizi Veterinari territoriali. Nelle figure che seguono è rappresentata la mappatura degli stakeholder.



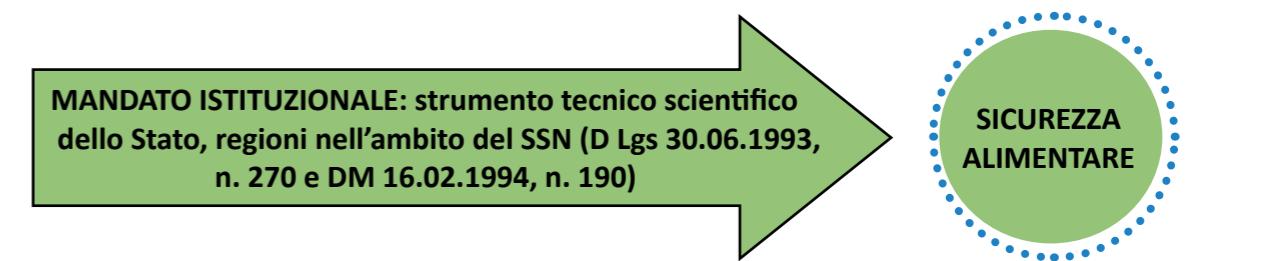
## 2.1.8 AMBITI D'INTERVENTO IN CHIAVE PARTECIPATIVA

Qui di seguito si illustrano le analisi del contesto e le priorità per "Ambito d'intervento" condivise con i principali stakeholder.

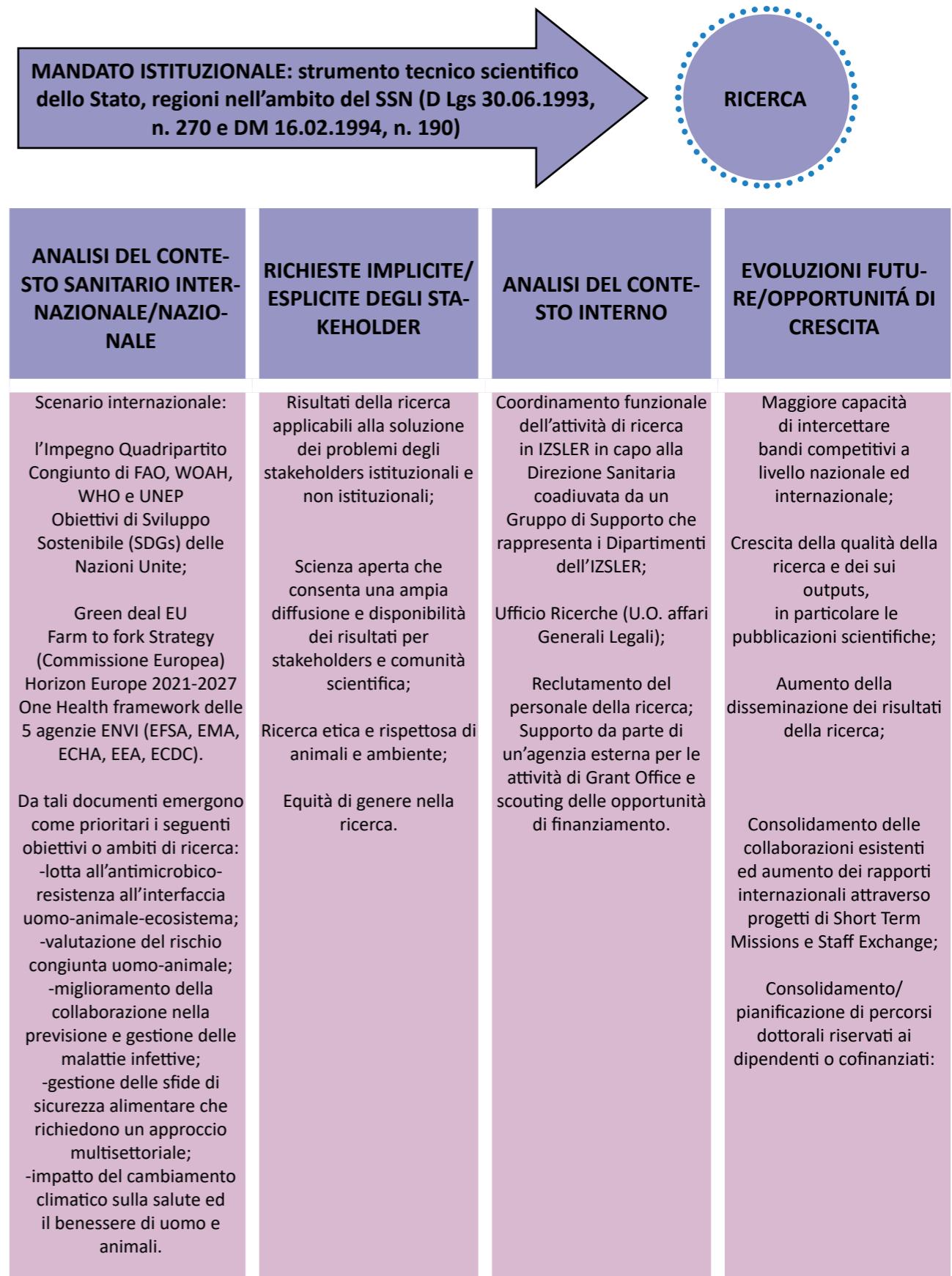




ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/ NAZIONALE	RICHIESTE IMPLICITE/ESPPLICATE DEGLI STAKEHOLDER	ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITÀ DI CRESCITA
<p>Strategia WOAH e FAO rivolta a:</p> <p>Crescente importanza delle politiche sanitarie di One Health;</p> <p>Lotta alle malattie transfrontaliere (TADs) emergenti e riemergenti.</p> <p>Emergenze sanitarie in atto:</p> <p>Diffusione della Peste suina Africana su territorio di competenza;</p> <p>Nuova epidemia di Blue Tongue nelle Regioni di competenza;</p> <p>Recrudescenza dell’Influenza Aviaria ad Alta Patogenicità in Lombardia ed Emilia Romagna ;</p> <p>Rischio di endemizzazione di Malattie trasmesse da vettori (WND, BT, Dengue, TBE, Leishmaniosi, etc);</p> <p>Antibiotica resistenza (PNCAR 2022-2025).</p>	<p>Aumento della gamma dei test;</p> <p>Metodi affidabili, rapidi, validati, standardizzati;</p> <p>Tempestività della risposta analitica;</p> <p>Maggiore dettaglio analitico a supporto di valutazioni epidemiologiche (es NGS);</p> <p>Strumenti analitici ed epidemiologici finalizzati alla individuazione precoce delle infezioni;</p> <p>Interpretazione dei fenomeni in chiave epidemiologica anche con ausilio della genomica;</p> <p>Approccio alla diagnostica “ambientale” delle infezioni: resistenza, contaminazioni, modalità di trasmissione;</p> <p>Finalizzazione di azioni concrete volte al contrasto all’antibiotico-resistenza</p>	<p>Ampio coinvolgimento di IZSLER nel suo insieme;</p> <p>Buon coordinamento delle attività;</p> <p>Dotazione umana sufficiente;</p> <p>Necessità di formazione continua per fare fronte al turn over;</p> <p>Dotazione tecnologica all'avanguardia.</p>	<p>Estensione dei metodi diagnostici alle malattie esotiche e trasmesse da vettori;</p> <p>Estensione dei metodi diagnostici alle matrici ambientali;</p> <p>Miglior definizione del ruolo dei vettori (es. zecche e zanzare) nella trasmissione delle malattie;</p> <p>Allestimento e validazione di metodi di diagnosi rapida on site, anche di tipo molecolare con sequenziamento genomico (es. MinilON);</p> <p>Utilizzo dei metodi NGS in ambito di epidemiologia genomica delle infezioni virali e batteriche;</p> <p>Rafforzamento della produzione di vaccini stabulogeni per contribuire alla riduzione dell’uso degli antibiotici in zootecnia.</p>



ANALISI DEL CONTESTO SANITARIO INTERNAZIONALE/NAZIONALE	RICHIESTE IMPLICITE/ESPPLICATE DEGLI STAKEHOLDER	ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	EVOLUZIONI FUTURE/OPPORTUNITÀ DI CRESCITA
<p>Modifiche al contesto normativo: Regolamento (UE) 625/2017, D. L.vo n. 27/2021, Regolamento (UE) 2023/915, Reg. di esecuzione UE 2021/808, Regolamento (CE) n. 401/2006; Regolamento (CE) n. 333/2007. Scenario internazionale: Focus EFSA su integratori;</p> <p>Globalizzazione mercati con aumento delle introduzioni di alimenti e Moca da porti ed aeroporti. Situazioni sanitarie emergenti o ri-emergenti. Impatto cambiamenti climatici su sicurezza alimentare; Listeria monocytogenes nei prodotti pronti al consumo (nuovi focolai su scala nazionale);</p> <p>Allergeni; Tossine vegetali naturali; Pesticidi.</p>	<p>Aumento dei servizi in ambito di valutazione del rischio; Estensione ed aggiornamento metodiche;</p> <p>Migliore supporto all’attività dei PCF presso porti e aeroporti; Ulteriore supporto nell’epidemiologia genomica dei focolai di MTA;</p> <p>Supporto gestione controperizia e controversia.</p>	<p>Ampio coinvolgimento di IZSLER nel suo insieme;</p> <p>Buon coordinamento delle attività;</p> <p>Adequate risorse umane;</p> <p>Necessità di formazione continua per fare fronte al turn over;</p> <p>Dotazione tecnologica all'avanguardia.</p>	<p>Sviluppo e accreditamento di metodiche nel settore dei pesticidi, contaminanti ambientali, micotossine, TVN, residui di farmaci additivi, aromi alimentari, allergeni;</p> <p>Estensione delle analisi di screening in spettrometria di massa con sviluppo di metodiche multi classe ad ampio spettro;</p> <p>Applicazione della spettrometria di massa per la determinazione qual-quantitativa dei residui di antibiotici nel latte;</p> <p>Estensione dell’utilizzo dei metodi NGS in ambito di epidemiologia genomica;</p> <p>Acquisizione attività ufficiali del centro Ricerche marine di Cesenatico in ambito di biotossine algali.</p>





## 2.1.9 VALORE PUBBLICO

### LA PERFORMANCE DI FILIERA

L'analisi del contesto delle pagine precedenti ha messo in evidenza come l'Istituto per operare nella SPV deve interagire costantemente con gli altri stakeholder, in una logica collaborativa per raggiungere obiettivi comuni di Sanità Pubblica. Considerato il fatto che il contesto in cui viviamo è sempre più complesso e impone nuove sfide, anche legate alla scarsità di risorse, la possibilità degli enti di incidere sul livello del benessere della collettività di riferimento e quindi sulla capacità di creare valore pubblico, supera i confini organizzativi della singola amministrazione. Questo aspetto si presenta ancora più incisivo per la SPV, dove gli enti lavorano in stretta sinergia tra di loro formando una rete di prevenzione e protezione, contro i rischi sanitari dovute a malattie diffuse e contagiose che derivano dal regno animale e da rischi chimici e biologici della catena alimentare e dell'ambiente. Le collaborazioni e i network diventano strumenti indispensabili per la costruzione di reti e scambi di informazioni, basate sulla cooperazione, utili all'implementazione di tutta la filiera. La creazione di valore pubblico attraverso la collaborazione di enti pubblici diversi ci porta al concetto di "performance di filiera", che vede l'ente pubblico al centro di un sistema territoriale che possiamo individuare come "filiera orizzontale" o come "network territoriale" dove attori pubblici e privati dello stesso livello di governo collaborano, lungo un medesimo ciclo della performance, per la realizzazione di missioni istituzionali complementari. In questa logica, la creazione del maggior benessere per la collettività di riferimento, dipende quindi dall'azione congiunta di tutti gli attori collocati all'interno della filiera con ruoli, funzioni e pesi diversi. Nella filiera dove opera l'Istituto troviamo enti che si occupano di disegnare le politiche della Sanità Pubblica a vari livelli ed enti a cui spetta l'attuazione delle politiche di prevenzione e controllo ed infine i destinatari finali.



### IL VALORE PUBBLICO CO-CREATO

Il VP CO-CREATO dalla FILIERA è il miglioramento del livello di benessere della collettività di riferimento attraverso l'attuazione delle politiche sanitarie, ovvero il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica, a cui ogni attore partecipa sulla base del proprio mandato istituzionale. Creare valore in quest'ottica significa anche saper collaborare con gli altri attori della filiera, nella ricerca di soluzioni più efficaci, maggiormente condivise, verso l'ottimizzazione delle risorse e il raggiungimento di migliori performance anche in termini di impatti finali raggiunti. Saper far funzionare gli approcci collaborativi è sempre una sfida, perché richiede modi nuovi e diversi di guidare i processi politici pubblici. Diviene rilevante la messa a sistema di meccanismi di governance capaci di finalizzare queste nuove energie verso la generazione di Valore Pubblico. Fatte queste dovute premesse, appare chiaro come il VP si presta anche nell'ottica della filiera ad essere osservato solo in termini di "contributo" al valore creato, rispetto ai nostri ambiti d'intervento. Questo aspetto ci porta a considerare che prima di tutto il valore pubblico che l'Istituto può creare è strettamente collegato all'attuazione di tutte le misure di prevenzione disposte dalla normativa, operate secondo i canoni dell'efficienza e di una maggiore qualità, per garantire al meglio il raggiungimento degli outcome attesi (riduzione/eradicazione malattie).

Ne consegue che l'Istituto opera sia per rispondere a finalità di profilassi internazionale e/o a programmi nazionali/regionali di controllo, generalmente coordinati dalla Commissione Europea, sia in quanto ente operante nel SSN per contribuire all'attuazione dei LEA per la "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" volti a perseguire specifici Obiettivi di salute, che includono attività e prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita.

### IMPATTI PRODOTTI

L'impatto misura l'effetto prodotto da una politica o da un servizio sui destinatari, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere economico-sociale rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio. Gli indicatori di impatto possono riferirsi a diversi tipologie: sanitario economico, sociale, culturale e ambientale. Nello svolgimento delle proprie funzioni l'Istituto produce diversi impatti rispetto ai vari ambiti d'intervento come da tabella Allegata (A1): impatti sanitari, scientifici, ambientali, sociali, economici e formativi. Per le ragioni esposte nel paragrafo precedente non è sempre possibile misurare tutti gli impatti prodotti, al momento l'Istituto si è focalizzato sull'impatto sanitario, scientifico e formativo.

### LA MISURAZIONE

La misurazione del Valore Pubblico è stata effettuata, secondo la metodologia CERVAP/COGEP, basata sulla media degli indicatori normalizzati, che si riporta integralmente nell'Allegato A2 (Metodologia per il calcolo del VP). Il Valore Pubblico così misurato, verrà rappresentato all'interno del "Report del PIAO", che chiude compiutamente il c.d. "Ciclo di Gestione della Performance".

### OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO

Dall'analisi del contesto delle pagine precedenti, emerge come IZSLER per fronteggiare le continue e diverse emergenze sanitarie e le nuove richieste di servizi da parte degli stakeholders, deve mettere in atto le azioni necessarie, tradotte negli obiettivi di VP, come qui di seguito illustrato e sinteticamente rappresentato nel PIAO sintetico (PIAO S).



## "AMPLIARE L'OFFERTA DEI SERVIZI EROGATI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA NEGLI AMBITI DI INTERVENTO

Il VP1 è di rilevanza strategica e strettamente connesso alla situazione epidemiologica del territorio di competenza e alle mutate esigenze e aspettative degli stakeholders, al fine di garantire un territorio sempre più libero dal rischio di insorgenza di malattie infettive degli animali e anche trasmissibili all'uomo, di garantire alimenti sicuri da contaminanti microbiologici e chimici e ridurre il rischio di infezioni da patogeni resistenti ai comuni antibiotici. L'erogazione di servizi di qualità richiede necessariamente una strategia improntata all'ottimizzazione e allo sviluppo di tutte le attività legate ai vari ambiti. Negli ultimi anni, l'Istituto ha ampliato i suoi servizi acquisendo nuove funzioni/compiti che hanno aumentato la gamma dei servizi offerti: nella diagnostica delle malattie infettive umane con l'istituzione di un laboratorio specializzato di virologia e microbiologia per la diagnostica delle malattie batteriche e virali, inserito nel sistema lombardo di Servizi di Medicina di Laboratorio, che può ricevere campioni provenienti da pazienti umani ed emettere esiti conformi alle necessità del Sistema Sanitario Nazionale, fornendo così un supporto alla sorveglianza umana delle infezioni nell'uomo; nella prevenzione della salute dai rischi ambientali e climatici, in quanto parte attiva del nuovo "Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici" (SNPS). Questi nuovi compiti impattano sulla strategia determinando un ampliamento dei servizi e successivamente sulla composizione degli indicatori di impatto del VP1, come qui di seguito rappresentato.

### STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP1:

ottimizzazione delle attività, delle funzioni per il miglioramento dei servizi erogati dall'Istituto nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria, declinata negli ambiti di intervento.

### IMPATTO SANITARIO:

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

### TRAGUARDI ATTESI:

rappresenta il VP stimato, per il prossimo triennio, in termini di incremento percentuale rispetto alla baseline del 2024, in riferimento ai valori indicati nella TAB.VP1.

2026: +2,88% - 2027: + 2,93% - 2028: +2,98% .

### INDICATORI DI IMPATTO SANITARIO:

misurano il VP creato attraverso una serie di indicatori come rappresentato nella tabella posta a fianco. I target sono stati individuati sulla base delle serie storiche degli ultimi anni e sulla base dell'analisi del contesto .

TAB.VP1						
CODICE	INDICATORE	BASELINE 2024	TARGET 2026	TARGET 2027	TARGET 2028	FONTE DATI
VP1.AS1	1)n. metodi di prova nuovi (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	47	110	120	132	Data base Web Quality
	2) n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	26	70	80	90	Data base Web Quality
	3) n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti. (ambito Benessere animale)	456.429	650.000	800.000	950.000	Data Base Classyfarm
	4) n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm. (ambito Benessere animale)	8.835	11.500	13.500	14.500	Data Base Classyfarm
	5) n. allevamenti che accedono a Classyfarm ai fini dell'etichettatura dei prodotti alimentari attraverso la certificazione SQNBA. (ambito Benessere animale)	4.118	5.000	7.000	8.500	Data Base Classyfarm
	6) % di cluster di infezioni umane da salmonella e Listeria di cui Izsler identifica la sorgente alimentare	47,4	50	50	50	Data base interni
	7) tasso di copertura vaccinale con vaccino stabulogeni Izsler in allevamenti focolai di salmonellosi espresso in % (bovini-suini)- (ambito sanità animale)	27	29	30	31	Data base interni
	8) n. di allevamenti che fanno richiesta di vaccino stabulogeno nell'anno (ambito Sanità animale)	217	290	300	310	Data base interni

### NOTE:

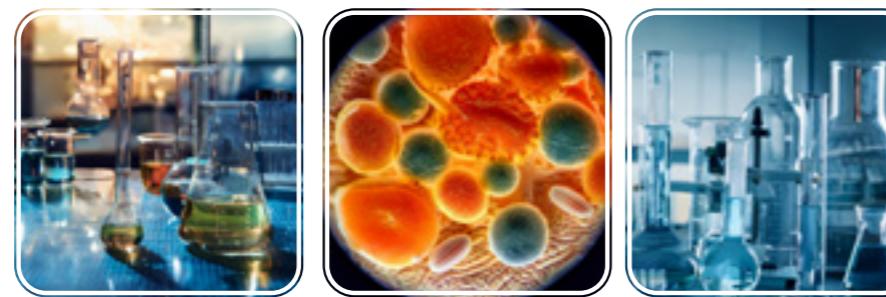
1)Gli indicatori dal 1 al 5 hanno dei target di tipo cumulativo di anno in anno; gli indicatori dal 3 al 5, si riferiscono al sistema Classyfarm.

2)Per l'indicatore n.1 e n.2 si sottolinea che non è sempre possibile procedere ad un netto incremento del trend, in quanto si può verificare un accorpamento dei MP (MP multi parametro).

3)L'indicatore n.5 si riferisce al numero di allevamenti che fanno domande di adesione alla certificazione SQNBA che è collegata al premio PAC Ecoschema1 - Livello 2 (SQNBA+pascolo) che è un contributo economico da parte della UE, erogato tramite il MASAF.

3)L' indicatore n.6 non prevede target incrementali in quanto il livello di percentuale stimato si considera adeguato per il triennio;

4)L' indicatore n. 7 prevede al 31.10.2025 un tasso di copertura pari al 17% che è il rapporto tra il numero di focolai di salmonellosi e il numero di vaccini stabulogeni erogati alla aziende .



## "INCREMENTARE L'ATTIVITÀ DI RICERCA FINALIZZATA A PROMUOVERE NUOVE CONOSCENZE SCIENTIFICHE PER AFFRONTARE LE NUOVE SFIDE"

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

### STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP2:

rafforzamento delle attività di ricerca in modo funzionale all'aumento della competitività.

### IMPATTO SCIENTIFICO:

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

### TRAGUARDI ATTESI:

rappresenta il VP stimato, per il prossimo triennio, in termini di incremento percentuale rispetto alla baseline del 2024, in riferimento ai valori indicati nella TAB.VP.

2026: + 1,29% - 2027: + 1,29% - 2028: + 1,29% .

### INDICATORI DI IMPATTO SCIENTIFICO:

misurano il VP creato attraverso una serie di indicatori come rappresentato nella tabella posta a fianco. I target sono stati individuati sulla base delle serie storiche degli ultimi anni e sulla base dell'analisi del contesto .

TAB.VP2						
CODICE	INDICATORE	BASELINE 2024	TARGET 2026	TARGET 2027	TARGET 2028	FONTE DATI
VP2.AS2	1) IFIZS annuo	643	650	655	660	Data Base Scival / Elsevier)/ Incites
	2) Field weighted Citation impact (FWCI)	1,09	1,20	1,20	1,20	
	3) Field weighted views impact (FWVI)	2,1	2,15	2,15	2,15	
	4) % di articoli pubblicati su riviste open access	80%	85%	86%	87%	

### NOTE:

1)L'indicatore n.1 rappresenta l'IF normalizzato in base all'area disciplinare della rivista e alla posizione e al numero degli autori, espresso in numero nell'anno di riferimento;

2)L'indicatore n.2 (FWCI) è un indice, espresso in numero nell'anno di riferimento, tratto dalla banca dati Scival (Elsevier) che misura l'impatto delle citazioni di un ente rispetto alla media delle citazioni internazionali nella stessa disciplina. Un valore superiore a 1 indica un performance superiore alla media mondiale;

3)L'indicatore n.3 (FWVI) è un indice, espresso in numero nell'anno di riferimento, tratto dalla banca dati Scival (Elsevier) che misura l'impatto delle visualizzazioni di un ente rispetto alla media delle visualizzazioni internazionali nella stessa disciplina. Come target si prende come riferimento la media dei FWVI di tutti gli I.I.ZZ.SS dal 2018 al 2024. La banca dati di riferimento è INCITES (CLARIVATE);

4)L'indicatore n.4 rappresenta la percentuale di articoli pubblicati su riviste open access nell'anno di riferimento; il target non prevede una tendenza incrementale in quanto il livello stimato di percentuale si considera adeguato per il triennio.



## **"AUMENTARE L'OFFERTA FORMATIVA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE FINALIZZATA ALL'APPLICAZIONE DI BUONE PRATICHE DI SANITA' PUBBLICA PER GLI OPERATORI DELLA SALUTE"**

Per realizzare la sua missione di promotore della salute pubblica, l'IZSLER eroga un'attività formativa variegata di alta qualità, in termini di sicurezza alimentare e di prevenzione delle malattie tra animale e uomo e di benessere animale in termini di sanità e condizioni di vita degli animali stessi. In special modo la formazione esterna nei prossimi anni sarà orientata fortemente sul sistema Classyfarm, la quale intende fornire ai medici veterinari gli strumenti di base per operare all'interno del Sistema ClassyFarm così come definito dal Decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2017 (GU n. 29 del 5-2-2018) e dalla Nota DGSAF n. 0018297 del 24/07/2018. Il medico veterinario rappresenta infatti l'interfaccia tra operatore e autorità competente e affianca e supporta l'operatore nelle scelte strategiche di gestione dell'allevamento per migliorare le condizioni di sanità e benessere animale, anche sulla base del livello di rischio rilevato da ClassyFarm nelle varie aree di valutazione dell'allevamento.

### **STRATEGIA PER LA CREAZIONE DEL VP3:**

erogazione di corsi di alta specializzazione per il miglioramento delle competenze negli operatori della Salute Pubblica veterinaria

### **IMPATTO FORMATIVO:**

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

### **TRAGUARDI ATTESI:**

rappresenta il VP stimato, per il prossimo triennio, in termini di incremento percentuale rispetto alla baseline del 2024, in riferimento ai valori indicati nella TAB.VP3.

2026: + 3,35% - 2027: + 3,36% - 2028: + 3,38%

### **INDICATORI DI IMPATTO FORMATIVO:**

misurano il VP creato attraverso una serie di indicatori come rappresentato nella tabella posta a fianco. I target sono stati individuati sulla base delle serie storiche degli ultimi anni e sulla base dell'analisi del contesto.

TAB.VP3						
CODICE	INDICATORE	BASELINE 2024	TARGET 2026	TARGET 2027	TARGET 2028	FONTE DATI
VP3.AS4	1) n. operatori abilitati su Classyfarm tramite formazione esterna ( bovini -suini-polli)	5.202	5.300	5.300	5.400	Data base Biblioteca/ formazione
	2) n. utenti formati in ambito SQNBA	15	2.000	3.000	4.000	
	3) n. corsi erogati per formazione esterna nell'anno	71	75	78	80	

### NOTE:

1)L'indicatore n.1 potrà nel tempo subire un trend decrescente in quanto saranno formati tutti gli operatori sanitari nei prossimi anni, per cui sarà rivalutato di anno in anno, fino al termine dell'attività. Il target è di tipo cumulativo.

2)L'indicatore n. 2 è riferito al numero di utenti che l'istituto forma attraverso corsi specifici legati al SQNBA. Il SQNBA rappresenta il nuovo sistema di certificazione per gli allevamenti e i prodotti di origine animale (latte e carne), ideato per migliorare il benessere degli animali allevati (per ora bovini e suini in diversi sistemi produttivi), promuovere la sostenibilità dei processi di lavorazione e aumentare la trasparenza nei confronti dei consumatori; il target è di tipo cumulativo.

3)L'indicatore n.3 è di nuova formulazione; il target stimato rappresenta un dato di mantenimento in quanto si considera già raggiunta la capacità massima di erogazione dei corsi per esterni.

## 2.1.10 INTEGRAZIONE CON LA GESTIONE DEI RISCHI

Per garantire e proteggere nel tempo il valore pubblico creato è necessario mappare i rischi che possono ostacolare il raggiungimento dei relativi obiettivi.

### ANALISI RISCHI CORRUTTIVI

L'attività di analisi dei rischi corruttivi si svolge all'interno della strategia nazionale anticorruzione, legge 190/2012 e PNA. A tal fine nell'apposita sezione anticorruzione sono state identificate le misure anti corruttive anche a protezione del VP generato nella relativa parte funzionale. In questa fase, sotto la guida del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e con il contributo dei responsabili degli obiettivi di VP sono state formulate le azioni di contrasto alla corruzione e di rafforzamento della trasparenza. Il tema sarà diffusamente trattato nella relativa sezione.

### ANALISI RISCHI INTEGRATA

In un contesto in cui il grado di complessità dell'azione amministrativa è sempre in aumento, la Pubblica Amministrazione è chiamata ad adottare una gestione integrata dei rischi, che prevede non solo l'analisi dei rischi ai fini corruttivi, ma un sistema che includa il c.d. "risk management", ovvero la valutazione e gestione di tutti i tipi di rischi, al fine di diminuire la probabilità di erosione del Valore Pubblico. Applicare una disciplina di risk management è una condizione essenziale per prevenire forme di "maladministration"; sarà importante per il prossimo futuro prevedere e individuare un modello specifico di risk management che possa adattarsi bene alle caratteristiche e peculiarità dell'Istituto.

### ANALISI RISCHI AMBIENTALE: ISO 9001 E SOSTENIBILITÀ

Da febbraio 2024 le norme sui sistemi gestionali ISO sono state aggiornate, integrando requisiti sul cambiamento climatico, ponendo le organizzazioni di fronte alla necessità di valutare l'impatto delle loro attività sul clima e di adottare misure di mitigazione. La sostenibilità ambientale è un concetto chiave che si concentra sulla gestione responsabile delle risorse naturali e sull'equilibrio tra le necessità delle generazioni presenti e future. Essenzialmente, si tratta di garantire che le azioni umane non compromettano la capacità del pianeta Terra di fornire risorse vitali, supportare ecosistemi diversificati e mantenere un ambiente sano per tutte le forme di vita. Negli ultimi decenni, la sostenibilità ambientale è emersa come una delle principali preoccupazioni globali. L'integrazione della ISO 9001 con gli obiettivi della sostenibilità permette all'Istituto di intraprendere iniziative concrete per lo sviluppo di una qualità sostenibile. Questo comporterà una serie di attività riguardanti l'analisi dei propri processi, l'identificazione dei rischi per prevenire/ridurre l'impatto ambientale, il monitoraggio attraverso audit integrati ma anche formazione e sensibilizzazione rivolte al personale interno e comunicazione/reporting al personale esterno. Comunicare in modo trasparente gli sforzi di gestione della qualità sostenibile aumenta la trasparenza nell'operato e la fiducia degli stakeholder.

## 2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE

### 2.2.1 PREMESSA

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

### 2.2.2 PARTE FUNZIONALE

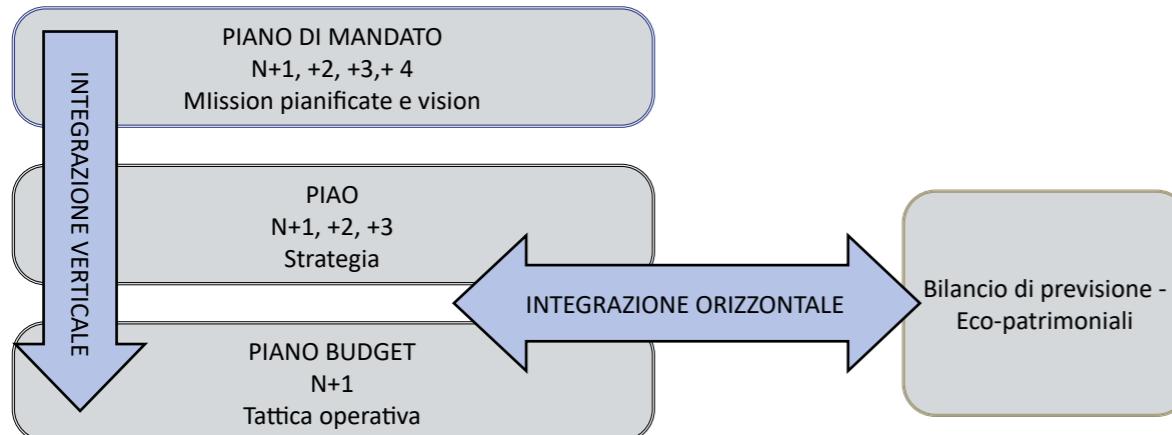
Destinata ad accogliere gli obiettivi operativi direttamente funzionali alla strategia di creazione di VP esplicitati negli indicatori di performance (efficienza-efficacia-digitalizzazione) sintetizzati nella tabella qui sotto riportata.

VALORE PUBBLICO-DIMENSIONE	OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI	TABELLA DI COLLEGAMENTO INTERATTIVO
VP1 - dimensione di efficienza	velocità di risposta nell'erogazione del servizio	VP1.AS1.PERF1
VP1 - dimensione di efficacia	incremento quali-quantitativo dei servizi offerti	
VP1 - salute digitale	percorsi di digitalizzazione/semplicificazione	
VP2 - dimensione di efficienza	massimizzazione della produttività a parità di finanziamenti	
VP1 - dimensione di efficacia	aumento quali-quantitativo della produzione scientifica	VP2.AS2.PERF2
VP2 - salute digitale	percorsi di digitalizzazione/semplicificazione	
VP3 - dimensione di efficienza	massimizzazione della produttività formativa esterna	
VP3 - dimensione di efficacia	aumento quali-quantitativo dei corsi di formazione	VP3.AS4.PERF3
VP3 - salute digitale	percorsi di digitalizzazione/semplicificazione.	

## 2.2.3 PARTE GENERALE

### 2.2.4 L'ARCHITETTURA PROGRAMMATICA

Il PIAO si inserisce all'interno della seguente architettura, come evidenziato nella figura sottostante, dove si mettono in evidenza i legami tra i vari documenti programmatici, in una logica di doppia integrazione: una verticale nei vari livelli di programmazione e una orizzontale di sostenibilità economica-finanziaria.



Il "Piano pluriennale delle attività" (Piano di Mandato), adottato con delibera n. 8 del 6 novembre 2024 dal Consiglio di Amministrazione, individua le Linee di mandato della nuova Direzione, recependo il mandato istituzionale proveniente dalla normativa comunitaria, nazionale e dagli obiettivi delle due Regioni. Le linee di indirizzo individuate dal Piano sono state collegate alle Aree/Obiettivi Strategici, traducendo di fatto le priorità politiche di Sanità Pubblica nella programmazione strategica all'interno del PIAO. A seguire si rappresentano le finalità delle Linee di Mandato (da LM1 a LM4) e delle Aree strategiche ad esse collegate (da AS1 a AS4) con i relativi obiettivi strategici, che coinvolgono tutta l'Amministrazione nella realizzazione della *mission aziendale*.

LINEA MANDATO 1 (LM1) - One Health nuovi approcci per sviluppare politiche integrate in risposta alle sfide globali con focus integrativo sull'ambiente, al fine di migliorare la qualità dei servizi diagnostici erogati

AS1

LINEA MANDATO 2 (LM2) - Potenziare il ruolo dell'Istituto nello scenario regionale, nazionale e internazionale nel campo della ricerca;

AS2

LINEA MANDATO 3 (LM3) - Ottimizzare l'organizzazione e la governance in un'ottica di maggior efficienza, sostenibilità economica-patrimoniale, investendo nell'innovazione, nella tecnologia e nella multidisciplinarietà;

AS3

LINEA MANDATO 4 (LM4) - Dirigere l'Istituto verso il futuro attraverso una costante formazione di alta qualità, valorizzazione delle persone per l'accrescimento dello spirito di appartenenza, il miglioramento del benessere organizzativo e il coinvolgimento degli stakeholder.

AS4

AS1

#### AREA STRATEGICA (AS1) - ATTIVITA' ISTITUZIONALE - COLLEGATA ALL' OBIETTIVO STRATEGICO (AS1.OS1): GARANTIRE L'ATTIVITA' ISTITUZIONALE IN MODO EFFICACE ED APPROPRIATO

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

AS2

#### AREA STRATEGICA (AS2) - RICERCA - COLLEGATA ALL' OBIETTIVO STRATEGICO (AS2.OS2): POTENZIARE LE ATTIVITA' RELATIVE ALLA RICERCA INTERNAZIONALE E NAZIONALE

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



## **AS3 AREA STRATEGICA (AS3) - SISTEMA GESTIONALE - COLLEGATA ALL' OBIETTIVO STRATEGICO (AS3.OS3): AUMENTARE L'EFFICIENZA DEI SISTEMI GESTIONALI ATTRAVERSO LA SOSTENIBILITA' DEI PROCESSI IN UN'OTTICA MULTIDIMENSIONALE**

Per migliorare il livello di eccellenza dell'Istituto è necessario fornire gli indirizzi necessari, rivedere i processi, creare l'infrastruttura più adeguata per supportare il funzionamento ottimale dell'Istituto in un contesto in continua evoluzione, in un'ottica multidimensionale e trasversale, che tenga conto delle seguenti Linee di sviluppo: -potenziare la rete infrastrutturale dell'IZSLER, proseguendo nell'opera di ammodernamento e innovazione dell'intero sistema informatico a supporto delle strategie aziendali; -riorganizzare e migliorare i processi di supporto secondo una logica trasversale di reingegnerizzazione, digitalizzazione e semplificazione; -creare una maggiore efficienza dei processi mantenendo elevati standard qualitativi per la soddisfazione dell'utente finale, attuando politiche di contenimento e razionalizzazione dell'impiego delle risorse; -attivare interventi innovativi di sviluppo degli investimenti e potenziamento e riqualificazione del patrimonio dell'Istituto; -pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio, aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali e la ricerca di efficienza, continuando il presidio della sostenibilità finanziaria; -promuovere la cultura della legalità e sviluppare un sistema di prevenzione della corruzione e gestione dei rischi integrata con le performance e il risk management; -implementare il controllo strategico con un sistema di controllo interno/internal audit come strumento a supporto del decision-making, di governo aziendale, di responsabilizzazione manageriale e accountability esterna; -potenziare pratiche individuali e organizzative per un'amministrazione sempre più sostenibile, rivolta all'efficientamento e al green public procurement (PA GREEN), all'energy management, che si muove con le logiche del "Sustainability Management".



## **AS4 AREA STRATEGICA (AS4) - FORMAZIONE, ACCOUNTABILITY E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE - COLLEGATA ALL' OBIETTIVO STRATEGICO (AS4.OS4): PROMUOVERE LA FORMAZIONE CONTINUA, IL DIALOGO CON GLI STAKEHOLDER E LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

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

## **2.2.5 DALLA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA A QUELLA OPERATIVA.LE LINEE GUIDA DI BUDGET**

Dalla programmazione strategica discende la programmazione operativa, che si concretizza attraverso il processo di Budget, il quale traduce gli obiettivi strategici contenuti nel PIAO in obiettivi operativi annuali, attraverso un processo di responsabilizzazione delle unità operative, a fronte di un'analisi di compatibilità con le risorse disponibili, assegnando gli obiettivi a tutte le strutture, attraverso la scheda di budget. La finalità del processo di budget non è solo quello di mettere a terra le strategie in modo ottimale, garantendo un valido supporto alla Direzione, ma anche quella di coinvolgere e di motivare tutto il personale nel raggiungimento degli obiettivi, collegando la performance agli incentivi economici. La realizzazione del processo di budget avviene nel rispetto dei percorsi individuati all'interno del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), così come previsto dal c.d. "ciclo di gestione delle performance": definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale. Per avviare il processo di budget la Direzione, in condivisione con il Collegio di Direzione elabora le Linee Guida di budget, che contengono gli indirizzi per ogni obiettivo operativo, che verranno sviluppati nel corso dell'anno. Il processo si conclude con l'adozione del Piano di Budget (ex Piano Azioni), approvato con decreto del Direttore Generale entro marzo, che formalizza l'assegnazione degli obiettivi a tutto il personale. Gli obiettivi dell'amministrazione devono essere programmati in modo coerente con il bilancio di previsione e con le risorse disponibili, garantendo che gli obiettivi siano realistici, sostenibili e misurabili. L'attuazione degli obiettivi viene monitorata attraverso monitoraggi semestrali, che consentono di valutare i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e rilevare eventuali scostamenti. A pag. 58 sono evidenziati gli obiettivi trasversali all'Amministrazione, di cui all'art. 6 del DL 80/2021. Il SMVP è inoltre collegato al sistema premiante, sulla base della contrattazione integrativa decentrata e sulle regole di distribuzione delle risorse stabilite dal CCNL; per i dettagli si rimanda agli accordi integrativi aziendali pubblicati sul sito istituzionale in Amministrazione Trasparente sezione "performance". La rendicontazione finale della performance, rivolta agli stakeholder interni ed esterni, è contenuta nel "Report del PIAO", nel quale confluisce la realzione sulla performance, adottato e pubblicato entro il mese di giugno con riferimento all'anno precedente. L'intero processo è infine monitorato e validato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

La tabella sottostante fornisce una rappresentazione sintetica delle Linee guida di budget (Allegato A3).

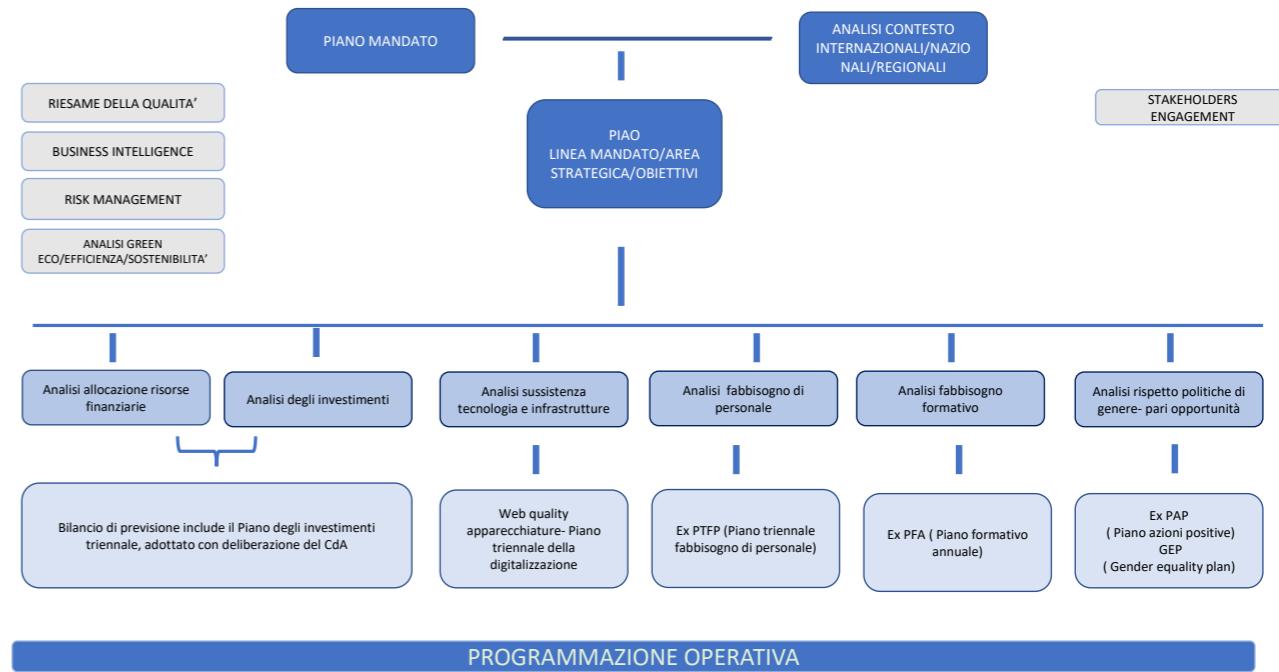
AREA/OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDIRIZZI DI BUDGET
AS1) ATTIVITA' ISTITUZIONALE OBIETTIVO STRATEGICO: GARANTIRE L'ATTIVITA' ISTITUZIONALE IN MODO EFFICACE ED APPROPRIATO	POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA E DEI SERVIZI EROGATI NEI VARI AMBITI D'INTERVENTO PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI ALLA COLLETTIVITÀ  MIGLIORARE/MANTENERE L'EFFICACIA, L' EFFICIENZA E LA QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI A SUPPORTO DELLE POLITICHE SANITARIE	
AS2) RICERCA OBIETTIVO STRATEGICO: POTENZIARE LE ATTIVITA' RELATIVE ALLA RICERCA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE	AUMENTARE LA QUALITÀ DELLA RICERCA IN IZSLER  MIGLIORARE/MANTENERE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DELLA RICERCA SANITARIA	
AS3) SISTEMA GESTIONALE OBIETTIVO STRATEGICO: AUMENTARE L'EFFICIENZA DEI SISTEMI GESTIONALI ATTRAVERSO LA SOSTENIBILITÀ DEI PROCESSI IN UN'OTTICA MULTIDIMENSIONALE	MIGLIORARE LA SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI GESTIONALI IN UN'OTTICA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA A SUPPORTO DEI SERVIZI EROGATI, AGENDO SECONDO LEVE DI SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE, INTEGRAZIONE E DIGITALIZZAZIONE  GARANTIRE UN'ANALISI COSTANTE DELL'ANDAMENTO DELL' ISTITUTO ATTRAVERSO UNA CORRETTA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE, DEI RISCHI, AL FINE DI MIGLIORARE LA GOVERNANCE. SVILUPPARE IL NUOVO SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE, DATA ANALYTIC E BUSINESS INTELLIGENCE A SUPPORTO DEL SISTEMA DECISIONALE STRATEGICO.  INCREMENTO E RAFFORZAMENTO DEGLI STRUMENTI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PER CREARE UN CONTESTO CULTURALE SFAVOREVOLE ALLA CORRUZIONE GARANTENDO ACCOMPAGNAMENTO ALLA TRASFORMAZIONE DEI COMPORTAMENTI E CONSOLIDAMENTO E IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE	LINEE GUIDA
AS4) FORMAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE OBIETTIVO STRATEGICO: PROMUOVERE LA FORMAZIONE CONTINUA, LA VALORIZZAZIONE E IL BENESSERE ORGANIZZATIVO DELLE RISORSE UMANE E IL DIALOGO CON GLI STAKEHOLDER	VALORIZZARE E POTENZIARE LE COMPETENZE PROFESSIONALI DEL PERSONALE. PROMUOVERE UNA CULTURA CONDIVISA SUL TEMA DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO E DELL'EQUITA' DI GENERE. MIGLIORARE LA STRATEGIA DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA.	

## 2.2.6 INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

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

2026, stanziando nel budget economico e nel budget degli investimenti le risorse necessarie per la realizzazione delle attività e degli obiettivi per l'anno 2026. L'imputazione delle spese a carico dei vari Centri di Responsabilità consentirà un monitoraggio costante dello stato di avanzamento della spesa, realizzando di fatto l'integrazione con la programmazione economica-finanziaria. La contabilità analitica ha il compito di procedere ad un'analisi puntuale delle risorse/costi riconducendoli ai conti di contabilità generale. In assenza di un'indicazione legislativa verso l'integrazione tra i due strumenti citati, nel rispetto del principio di coerenza economico-finanziaria si è deciso di allegare alla presente sezione il suddetto Bilancio di previsione, adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.9 del 22.12.2025, che ricomprende il Programma triennale delle opere pubbliche 2026-2028 e dell'elenco annuale 2026. Di seguito si rappresenta il flusso relativo al processo di coerenza tra obiettivi e risorse, che concorrono al pieno compimento delle attività poste in programma, in un'ottica di equilibrio gestionale complessivo.

### FLUSSO PROCESSO DI COERENZA TRA OBIETTIVI/RISORSE ( D LGS 150/2009)



Allegato: Bilancio di Previsione 2026 comprensivo del Programma triennale delle opere pubbliche ([Allegato A4](#)) e in forma sintetica ([Bilancio di previsione sintetico](#)).

La Riforma 1.15 del PNRR prevede l'adozione di un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale accrual per tutte le amministrazioni pubbliche entro il 2026. Nello specifico si tratta di dotare la Pubblica Amministrazione di un unico sistema di contabilità economico patrimoniale, in linea con il percorso internazionale ed europeo per la definizione di principi e standard contabili nelle pubbliche amministrazioni (IPSAS ed EPSAS) in attuazione della direttiva 2011/85/EU. L'obiettivo è di raggiungere una completa armonizzazione dei sistemi contabili allo scopo di innalzare e migliorare la trasparenza e la confrontabilità tra PA. Un'occasione per l'Istituto al fine di rendicontare al cittadino in modo esaustivo e trasparente il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e la produzione dei risultati dimostrando la congruità e il buon andamento dell'azione amministrativa.

## 2.2.7 OBIETTIVI OPERATIVI TRASVERSALI

In riferimento all'art. 6 del DL 80/2021, che definisce i contenuti del PIAO in termini di obiettivi, in questa sezione si illustrano le azioni per il perseguitamento degli obiettivi collegati alle politiche di transizione digitale, transizione ecologica, semplificazione, pari opportunità, piena accessibilità e in materia di contrasto alla corruzione.

DIMENSIONE	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP.trasversali di semplificazione	AS1/AS3	salute organizzativa

Con l'intento di ridurre i costi e contribuire a migliorare i risultati l'Izsler prosegue la politica di semplificazione, come sottolineato dal PNA 2022 e dal Consiglio di Stato (parere sezione atti normativi n.506/2022) e dall'Agenda per la semplificazione 2022-2026. Nel 2025 l'avvio dell'ERP (C4H) ha dato corso ad una digitalizzazione del ciclo passivo e, di fatto, semplificando i processi ed eliminando i flussi documentali cartacei, attività che sarà completata nel 2026 con la piena realizzazione anche dei moduli secondari. Il costituito gruppo di lavoro per il documentale sta valutando, tra le varie opportunità offerte da Consip, il miglior applicativo documentale che sostituirà quello in uso, nel frattempo l'attuale sistema di gestione documentale è passato in Cloud. Con il nuovo sistema documentale sarà possibile fare un ulteriore passo verso la semplificazione e digitalizzazione dei processi attinenti.

DIMENSIONE	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP.trasversali di digitalizzazione	AS1/AS3	salute digitale

In conformità con i dettami del Codice Amministrazione Digitale (CAD), che definisce le norme relativa alla digitalizzazione e con il Piano triennale dell'informatica della Pubblica Amministrazione, previsto dall'articolo 14-bis del CAD, che fornisce l'indirizzo strategico e operativo annuale per realizzare la trasformazione digitale, stabilendo obiettivi e standard che le amministrazioni devono seguire, l'istituto adotta il "Piano Triennale per la digitalizzazione dell'IZSLER 2026-2028" che prevede la realizzazione di obiettivi di digitalizzazione nei seguenti ambiti:

1. Ambito Amministrativo – Liv. Raggiunto 2,8;
2. Ambito Sanitario – Liv. Raggiunto 4,0;
3. Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione – Liv. Raggiunto 4;
4. Ambito relazione con l'utente – Liv. Raggiunto 4;
5. Ambito ricerca, osservatori e centri di referenza – Liv. Raggiunto 4.

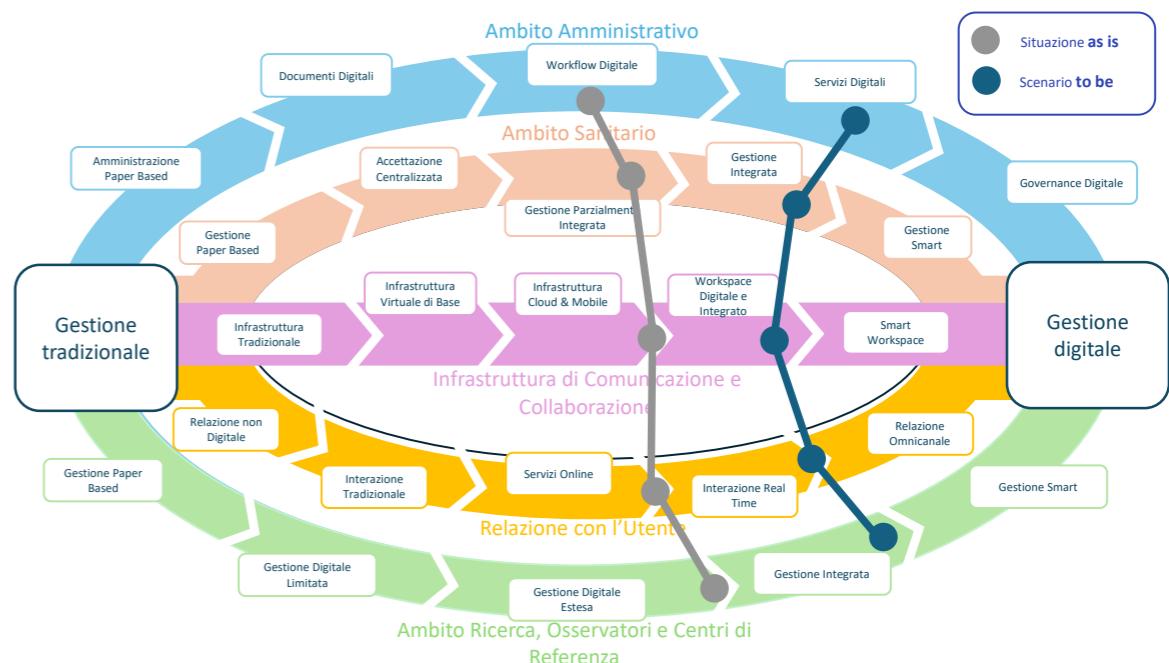
IZSLER ha avviato a suo tempo una collaborazione con il Politecnico di Milano per un supporto alla c.d. transizione digitale, con l'intento di "transitare" l'Istituto da una dimensione "paper" ad una "digital". Il progetto è iniziato nel 2008 con una mappatura delle infrastrutture e degli applicativi e loro integrazione per verificarne lo stato di "digitalizzazione". Il progetto è proseguito e nel 2022, come da immagine sotto riportata, il Politecnico di Milano ha designato lo stato di digitalizzazione su 5 ambiti (1-amministrativo, 2-sanitario, 3-infrastruttura di comunicazione e collaborazione, 4-relazione con l'utente, 5- ricerca, osservatori e centri di referenza). Su tale schema il livello medio complessivo di digitalizzazione è attualmente pari a 3,76 su 6, con un obiettivo per il prossimo futuro (verosimilmente nel 2027) di raggiungere un livello tendenzialmente di 5 su 6, grazie agli investimenti sia in infrastrutture che di applicativi, descritti nel Piano Triennale Digitalizzazione 2026-2028 (Allegato B1).

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

Sul versante sanitario il nuovo LIMS (Laboratory Information Management System) "SIGLA" è in fase di progressivo utilizzo da

parte dei vari laboratori. L'Istituto ha aderito al Polo Strategico Nazionale (PSN). L'adesione al PSN rientra nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed è una scelta strategica per la trasformazione digitale dell'IZSLER. L'adesione implica la migrazione dei dati e dei servizi verso l'infrastruttura cloud qualificata del PSN, per migliorare sicurezza, efficienza e resilienza. L'iniziativa è parte della Misura 1.1 "Infrastrutture digitali" del PNRR.

Il Livello digitalizzazione raggiunto nel 2025: 3,76 (range a 1 a 6), come da figura sottostante.



DIMENSIONE	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP.trasversali di piena accessibilità	AS1/AS3	salute relazionale

Come stabilito dall'art. 6 del DL 80/2021 alla lettera f), il PIAO deve definire "le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità". Resta prioritario anche per l'anno 2026 continuare in questa direzione. A tale scopo, nel mese di luglio 2025 è stato redatto un documento di ricognizione circa l'accessibilità della sede di Brescia e di tutte le sezioni territoriali ad eccezione di Lugo di Ravenna. Nello studio sono state fatte valutazioni del livello di accessibilità, rilevate eventuali criticità e fornita una stima economica di massima degli interventi migliorativi per rimuovere o migliorare l'accessibilità fisica.

E' da sottolineare che l'Istituto eroga prevalentemente servizi alle imprese, mentre i servizi forniti direttamente ai privati cittadini sono estremamente residuali, pari a meno del 2,5% del totale dei conferimenti (su numero conferimenti anno 2021), garantendo le attività sul territorio attraverso un'ampia e articolata collocazione delle sedi territoriali diffuse sulle aree regionali della Lombardia e dell'Emilia Romagna, con un particolare attenzione all'assenza di barriere architettoniche in conformità alla normativa vigente in materia di superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 e al D. Lgs. 81/2008). Oltre alla accessibilità fisica l'IZSLER si è adoperata per consentire la cd "accessibilità digitale" ovvero facilitando il ricorso a tutte le modalità di erogazione dei "Servizi in modalità digitale" per gli utenti e rappresentano una risposta concreta alla necessità di piena accessibilità alle informazioni. Per quanto riguarda il sito WEB, questo è stato sottoposto alla sua revisione anche allo scopo di raggiungere la piena accessibilità dello stesso (certificata nel 2020 ai sensi del D.Lgs 106/2018) e con costante revisione al fine di garantire il mantenimento degli standard di settore. Nel rapporto con gli operatori economici e gli enti pubblici l'Istituto ha avviato da tempo la completa digitalizzazione del processo per cui gli esiti della propria attività (detti Rapporti di Prova o RdP) sono comunicati in forma elettronica nelle diverse modalità previste (PEC, Web Service, Posta Elettronica Ordinaria) ed in aderenza a quanto previsto dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale, D.Lgs. 82/2005). Per facilitare l'accessibilità all'utenza è stato implementato nel portale dell'Istituto il fascicolo del cliente, con la possibilità per l'utente di visualizzare, i documenti sanitari e di rendicontazione, e di gestirne la visibilità e di delegarla a terzi attraverso funzioni di segmentazione e la classificazione degli utenti per azienda, stabilimento o funzioni accedute, configurabili in autonomia direttamente da amministratori

locali del cliente. Le amministrazioni pubbliche, a seguito della novella introdotta dal D.Lgs. n. 222/2023, sono tenute a definire anche degli obiettivi di inclusione e accessibilità delle persone con disabilità. Lo scopo è quello di definire un obiettivo e delle azioni concrete con cui perseguiro, tali da garantire l'accesso da parte dell'utenza ai servizi offerti dall'amministrazione e, di conseguenza, incrementare il benessere della comunità.

DIMENSIONE	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP.trasversali di pari opportunità, equilibrio di genere e di benessere organizzativo	AS4	salute di genere

La pianificazione strategica dell'Istituto riconosce il ruolo fondamentale della promozione delle pari opportunità, al fine di potenziare la prospettiva di genere nelle diverse azioni programmate dall'ente, favorire la creazione di un contesto lavorativo più trasparente e improntato all'equilibrio di genere, l'IZSLER sta rafforzando gli strumenti di gender mainstreaming attraverso:

a) Il Gender Equality Plan 2026-2028 (GEP) ([Allegato B2](#)) rappresenta un requisito imprescindibile per l'accesso ai finanziamenti del programma Horizon Europe e costituisce una misura chiave della Commissione Europea per promuovere l'uguaglianza di genere nella ricerca e nell'innovazione. Al fine di rafforzare ulteriormente l'impegno verso l'inclusione e il benessere aziendale, il Comitato Unico di Garanzia (CUG), opera in coordinamento con il GEP per potenziare le rispettive attività.

b) L'ex Piano Triennale delle Azioni Positive ([Allegato B3](#)), adottato dall'IZSLER su proposta del CUG, tenuto conto della normativa di riferimento e delle Linee guida contenute nelle Direttive Ministeriali emanate in materia, individua le attività programmatiche per promuovere le pari opportunità, contrastare le discriminazioni e migliorare il clima aziendale. All'interno dell'Istituto opera la Consigliera di Fiducia, figura di garanzia incaricata di prevenire, gestire e contrastare situazioni di molestie, discriminazioni e conflitti sul luogo di lavoro, assicurando riservatezza e supporto alle persone coinvolte.

DIMENSIONE	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP.trasversali di efficienza energetica	AS1/AS3	salute infrastrutturale

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

- ❖ acquisto autovettura full electric
- ❖ acquisto a noleggio di 6 autovetture ibride (mild Hybrid)
- ❖ acquisto di 3 e-bike per spostamento interno
- ❖ realizzazione di pensiline per posizionamento e-bike dell'istituto e del personale e/o cittadini
- ❖ sensibilizzazione del personale ai comportamenti volti al risparmio energetico
- ❖ assessment printing management per revisione e riduzione print device (stampanti, fotocopiatrici)
- ❖ realizzazione nuovi edifici ed interventi impiantistici ad alta efficienza energetica e basso impatto ambientale

Progetti green in fase di costruzione:

Nuova sezione di Cremona

- ❖ Superficie lotto = 3.300 m2
- ❖ Superficie ingombro edificio a terra = 1.000 m2
- ❖ Superficie drenante = 580 m2
- ❖ Superficie edificio (p. int + pt+ p1 + p2) = 2.124 m2
- ❖ Impianti: teleriscaldamento; fotovoltaico: potenza installata impianto 30,34 kw; isolamenti previsti, lato esterno e lato interno (rispettivamente pannelli lana di roccia spess. 12 cm e 5+5 cm).

Nuova sezione di Reggio Emilia

- ❖ Superficie lotto = 10.300 m2
- ❖ Superficie ingombro edificio a terra = 1.300 m2
- ❖ Superficie drenante = 6.000 m2
- ❖ Superficie edificio (pt+p1) = 2.600 m2
- ❖ Impianti: fotovoltaico: potenza installata impianto 92,84 kw: isolamenti previsti, lato esterno (pannelli lana di roccia spess. 15 cm)

#### Sostituzione UTA Palazzo Grigio - Brescia

Sono state sostituite le UTA (Unità di Trattamento Aria) obsolete risalenti agli anni '80 con n. 3 nuove UTA maggiormente performanti dotate di recuperatore di calore che serve a ridurre i consumi energetici recuperando il calore dall'aria di espulsione per pre-riscaldare o pre-raffreddare l'aria esterna di rinnovo. Nella stagione invernale, riscalda l'aria fredda in ingresso usando il calore dell'aria viziata espulsa; in estate, raffredda l'aria calda in ingresso utilizzando il fresco dell'aria viziata. Questo processo garantisce un ricambio d'aria costante e salubre con un conseguente risparmio energetico per riscaldamento e raffrescamento.

L'Istituto intraprenderà nei prossimi anni valutazioni per il potenziamento di energie rinnovabili (pannelli fotovoltaici) per i fabbricati non ancora previsti.

DIMENSIONE	AREA STRATEGICA	SALUTE RISORSE
OB.OP.trasversali di anticorruzione e trasparenza	AS3	salute etica

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

## 2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - ANTICORRUZIONE

### 2.3.1 PREMESSA

La programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza assume un'importanza strategica e trasversale all'interno della redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Infatti, la prevenzione della corruzione e la trasparenza svolgono un ruolo fondamentale per garantire efficacia ed efficienza all'azione amministrativa di IZSLER. La definizione della sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza avviene attraverso l'analisi e la valutazione di diversi fattori. Punto di partenza è il monitoraggio relativo all'applicazione delle misure applicate per l'anno 2025, momento fondamentale per valutare l'efficacia di quanto programmato e individuare nuove misure da implementare o misure già esistenti da modificare. Altro elemento che concorre alla definizione della sottosezione è il costante aggiornamento normativo; in particolare, l'adeguamento alle previsioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che esercita poteri di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza nonché il potere di emanare atti e pareri in merito. Tra i vari atti rileva l'aggiornamento annuale al Piano Nazionale Anticorruzione (che ha validità triennale). Con riguardo ai contenuti dell'attuale PIAO sarà necessario, pertanto, far riferimento al PNA 2025 oggi in corso di definizione. Infine, la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza non può prescindere dalla "vita" dell'Ente: in considerazione del fatto che in data 13.05.2025 è stata approvata la riorganizzazione IZSLER attualmente avviata alla realizzazione e che essa troverà compimento nel corso del 2026, l'attuazione della programmazione dovrà necessariamente procedere per gradi, avendo quale base di partenza il nuovo funzionigramma aziendale. Tale lavoro si svilupperà nella consueta revisione della mappatura dei processi già esistenti e nella mappatura dei processi e analisi dei rischi corruttivi legati ai processi delle strutture di nuova creazione. Altro ambito di intervento riguarderà la revisione e l'adeguamento del sistema della trasparenza alla nuova organizzazione aziendale.

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

### 2.3.2 PARTE FUNZIONALE

Nella presente SottoSezione, vengono rappresentate le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza direttamente funzionali a proteggere gli obiettivi di Valore Pubblico come sintetizzate nelle tabelle sottostanti.

VALORE PUBBLICO-MISURA	NOME MISURA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	TABELLA DI COLLEGAMENTO INTERATTIVO
VP1 - misura di gestione	gestione dei conflitti di interessi	VP1.AS1.AC1
	controlli congiunti operati da figure diverse	
	sensibilizzazione sul tema della prevenzione alla corruzione	
	misure di anonimizzazione	
	misure di separazioni delle funzioni del personale	
	tenuta registro scorte	
VP2 - misura di gestione	dichiarazione di assenza di conflitti di interessi	VP2.AS2.AC2

VALORE PUBBLICO-MISURA	NOME MISURA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	TABELLA DI COLLEGAMENTO INTERATTIVO
VP3 - misura di gestione	dichiarazione di assenza di conflitti di interessi	VP3.AS4.AC3
	pubblicazione in Amministrazione Trasparente	
	controlli congiunti operati da figure diverse	

### 2.3.3 PARTE GENERALE

La prevenzione della corruzione rappresenta la dimensione del valore pubblico a garanzia e tutela di tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di IZSLER. Il sistema coordinato delle misure di anticorruzione contribuisce pertanto a generare esso stesso valore pubblico attraverso la prevenzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e il perseguimento di obiettivi di imparzialità. Si rinvia poi al dettaglio di specifici allegati al presente PIAO per la definizione di tutti gli strumenti e le misure individuate dall'Istituto a presidio di tutti i processi non direttamente collegati agli obiettivi di valore pubblico

### CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno in cui opera l'Istituto rappresenta uno dei momenti fondamentali dell'intero sistema di gestione del rischio corruttivo – assieme all'analisi del contesto interno, e cioè la mappatura dei processi gestiti dall'Ente e la valutazione dei rischi corruttivi legati ad essi – ed ha come obiettivo un'analisi globale delle caratteristiche ambientali in cui l'Istituto svolge le proprie attività. È pertanto indispensabile individuare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche specifiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera in modo da determinare gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che possono influenzare la sensibilità dell'ente al rischio corruttivo. La relazione della Direzione Investigativa Antimafia (DIA) riferita all'anno 2024 costituisce un riferimento fondamentale e restituisce uno scenario della criminalità organizzata italiana in cui, accanto alla ormai consolidata propensione ad adattarsi alla mutevolezza dei contesti socioeconomici ed alla già concretizzata vocazione imprenditoriale, emerge una sempre maggiore tendenza ad estendere e implementare ampie ed articolate capacità relazionali, particolarmente mirate al perseguimento di illeciti arricchimenti. L'attenzione delle organizzazioni mafiose non si orienta, tuttavia, solo verso il settore meramente produttivo e dei servizi, ma si estende anche e soprattutto, grazie ad una efficace capacità di stringere patti ed accordi secondo un comportamento ormai da tempo già collaudato, ad una certa tipologia di funzionari "infedeli" della Pubblica Amministrazione, attratti dalla prospettiva di facili, benché illeciti, guadagni. La relazione analizza puntualmente la situazione di ogni Regione; risultano quindi di particolare interesse ai fini del presente documento le analisi relative agli ambiti territoriali in cui IZSLER opera, e cioè le Regioni Emilia-Romagna e Lombardia.

Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna, essa si presenta come una Regione con un'economia relativamente solida, ma anche con alcune vulnerabilità che potrebbero essere sfruttate dalla criminalità organizzata, soprattutto in settori strategici come l'edilizia, l'agricoltura e i servizi. La posizione geografica della Regione, centrale rispetto al resto d'Italia e ben collegata a livello internazionale, ha reso l'area particolarmente attraente per le mafie, le quali, grazie alla situazione socioeconomica favorevole, hanno trovato in passato e potrebbero trovare tuttora terreno fertile per infiltrarsi nell'economia legale. La criminalità organizzata continua a manifestarsi attraverso un approccio marcatamente imprenditoriale, prediligendo l'infiltrazione del tessuto produttivo. In tal modo si determina un'aggressione del territorio non orientata alla preminenza "militare", ma finalizzata ad azioni corruttive e connivenza, funzionali al conseguimento di risorse economiche e posizioni di privilegio. Nel tempo questo modello si è affinato in una specie di "sistema integrato" tra imprese, amministratori locali e soggetti mafiosi, in un intreccio tra governo del territorio, appalti, e affari criminali, che ha costituito l'humus sul quale consolidare le attività di riciclaggio e di reinvestimento delle risorse illecitamente acquisite. La relazione riporta il dato dei provvedimenti interdittivi antimafia emessi nel corso del 2024: essi sono stati 107.

Per quanto riguarda la Lombardia, essa si configura come il principale snodo finanziario del Paese, grazie a un tessuto produttivo florido e diversificato, caratterizzato dalla presenza di grandi conglomerati industriali, imprese di medie dimensioni e una fitta rete di attività minori. Con oltre dieci milioni di abitanti e una posizione geografica strategica, la regione rappresenta un hub cruciale per l'economia nazionale, anche grazie a una rete infrastrutturale avanzata. Tuttavia, queste peculiarità, se da un lato favoriscono lo sviluppo economico, dall'altro attraggono le organizzazioni criminali che trovano terreno fertile per consolidare e ampliare i propri affari illeciti. In questo contesto socioeconomico prospero, le mafie hanno saputo radicarsi e proliferare, adottando modelli operativi improntati non tanto al controllo militare del territorio bensì al consolidamento di un'economia criminale difficile da arginare. Le organizzazioni più strutturate prediligono una strategia di basso profilo, riservando l'uso della violenza a circostanze mirate e necessarie al mantenimento delle posizioni economiche acquisite. Questa modalità operativa rende particolarmente complessi l'individuazione e il contrasto dei comportamenti illeciti. L'abilità delle mafie di intessere relazioni collusive con esponenti della politica locale e della pubblica amministrazione rappresenta un ulteriore elemento di criticità. Tali rapporti hanno consentito, nel tempo, l'illegita acquisizione di appalti pubblici, finanziamenti statali e assunzioni clientelari, compromettendo l'integrità delle istituzioni e minando la libera concorrenza economica. La relazione riporta il dato dei provvedimenti interdittivi antimafia emessi nel corso del 2024: essi sono stati 50. La relazione della DIA dedica poi uno specifico capitolo al tema degli appalti pubblici. Infatti, tra le missioni della Direzione Investigativa Antimafia vi è quella della prevenzione delle infiltrazioni della criminalità organizzata negli appalti pubblici, sia secondo il c.d. "Codice Antimafia" (in particolare per ciò che concerne il monitoraggio delle imprese attive nel settore), sia per l'attività di supporto alle attività dei Prefetti nell'ambito delle verifiche antimafia prevista dal Decreto del Ministro dell'Interno del 2 ottobre 2023. La relazione evidenzia la straordinaria capacità di adattamento della criminalità organizzata, pronta a modificare la propria operatività per perseguire con efficacia i propri obiettivi illeciti. Le organizzazioni criminali adottano strategie sofisticate per infiltrarsi negli appalti pubblici, ad esempio influenzandone le procedure attraverso la manipolazione dei bandi di gara a favore di taluni soggetti o la creazione di accordi tra imprese per garantire una rotazione nell'aggiudicazione dei contratti, realizzando una gestione mirata delle offerte e la falsificazione delle verifiche delle stesse, spesso accompagnata dall'esclusione di competitor non graditi. Queste operazioni prevedono di frequente la corruzione di funzionari pubblici e professionisti che facilitano tali distorsioni in cambio di vantaggi illeciti. Non mancano, inoltre, minacce e intimidazioni per scoraggiare la partecipazione di aziende concorrenti. Le infiltrazioni possono estendersi anche alla fase successiva all'aggiudicazione dell'appalto: le imprese vincitrici, infatti, sono spesso costrette a subappaltare attività ad aziende affiliate alla criminalità, come il noleggio di mezzi a freddo o a caldo, la fornitura di materiali edili, i lavori di movimento terra, la sorveglianza dei cantieri, il trasporto di rifiuti in discarica. Queste attività, strettamente legate al territorio, rivestono un interesse primario per le organizzazioni criminali, che mirano a consolidare il proprio controllo diretto sulle dinamiche economiche locali. Un ruolo importante nel contrasto alle infiltrazioni della criminalità organizzata negli appalti pubblici è svolto dalla cd. Documentazione antimafia rilasciata dalle Prefetture. Essa rappresenta il massimo livello di prevenzione amministrativa, finalizzato a impedire che le imprese coinvolte in attività mafiose partecipino agli appalti pubblici. Prima di stipulare, approvare o autorizzare contratti o subappalti relativi a lavori, servizi e forniture, è necessario per le stazioni appaltanti ottenere la documentazione rilasciata dalla Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia (BDNA), una piattaforma informatica alimentata dalle Prefetture che facilita la condivisione rapida e automatica delle informazioni antimafia con le amministrazioni pubbliche, gli enti statali e le aziende sottoposte alla supervisione pubblica. Si riportano alcuni dati significativi contenuti nella relazione:

- ❖ Controlli antimafia effettuati nell'anno 2024: n. 12578, con verifiche a carico di n.38857 imprese e n. 30463 persone. Di questi, 392 hanno dato riscontro positivo o comunque fornito elementi di interesse;
- ❖ Richieste di verifiche antimafia alla BDNA: n. 697006; di queste, n. 101.685 in Lombardia e n. 61.676 in Emilia Romagna;
- ❖ Istruttorie chiuse con positività (a livello nazionale): n. 866/337161, con una percentuale di positività dello 0,0256.

La relazione dedica, infine, uno specifico paragrafo anche alla prevenzione delle infiltrazioni rispetto agli appalti pubblici legati all'attuazione del PNRR poiché, a causa dell'alto valore complessivo dei finanziamenti coinvolti, è concreto il rischio che le organizzazioni mafiose possano manifestare interesse per tali fondi, aumentando il fenomeno di infiltrazione nell'economia legale. Nel contesto del monitoraggio degli appalti pubblici e dei finanziamenti legati al PNRR, i controlli antimafia rappresentano una fase cruciale del sistema istituzionale per proteggere il tessuto socioeconomico. La collaborazione con la DIA e l'uso condiviso delle banche dati sono essenziali per valutare e approfondire le informazioni ottenute tramite l'interrogazione di diverse fonti, l'analisi delle strutture societarie, la governance aziendale e le dinamiche operative delle imprese esaminate, oltre a eventuali legami con altre società destinatarie di interdittive o a rilevanti informazioni sugli aspetti aziendali come beni, risorse umane, contratti, e altro. Si riportano alcuni dati significativi contenuti nella relazione:

- ❖ Accertamenti in tema PNRR effettuati: n. 3798 imprese e n. 20902 persone;
- ❖ Richieste istruttorie in tema PNRR effettuate in Lombardia: n. 4917;
- ❖ Richieste istruttorie effettuate in Emilia Romagna: n. 1769;
- ❖ Istruttorie chiuse con positività (a livello nazionale): n. 31/11982, con una percentuale di positività dello 0,0261.

Considerato il contesto esterno entro cui l'Ente opera, è di fondamentale importanza adottare presidi volti al contrasto di

potenziali azioni di infiltrazione criminale. Infatti, nello svolgimento della propria attività, IZSLER svolge anche il ruolo di stazione appaltante, con una importante movimentazione di fondi pubblici. Pertanto, le misure di prevenzione della corruzione – in particolare la mappatura dei processi e l'analisi dei rischi corruttivi – costituiscono il primo strumento di contrasto alle infiltrazioni criminali.

Per quanto riguarda la regione Lombardia costituiscono, tra gli altri, presidio alle azioni di infiltrazione da parte della criminalità organizzata:

- ❖ L'Organismo regionale per le Attività di Controllo – ORAC, organo indipendente istituito con LR n. 13/2018 il cui compito è controllare l'attività di Regione Lombardia e di tutti i suoi enti e aziende, fornire indicazioni e linee guida, migliorare e rendere trasparenti le attività delle stazioni appaltanti, con l'obiettivo di prevenire, individuare e contrastare i rischi di corruzione, illegalità e infiltrazioni criminali;
- ❖ Il Comitato tecnico scientifico per la legalità e il contrasto alle mafie, istituito ai sensi della L.R. n.13/2018 è un organismo consultivo in materia di contrasto e di prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata e di stampo mafioso, nonché di promozione della cultura della legalità, a supporto della commissione consiliare speciale "Antimafia", nonché degli altri organismi consiliari.

Per quanto riguarda la regione Emilia-Romagna si segnalano, tra gli altri, gli interventi sotto descritti di contrasto alla criminalità e posti a presidio delle azioni di infiltrazione da parte della criminalità organizzata:

- ❖ La promozione di iniziative in applicazione di quanto previsto dalla l.r. n.18/2016, rubricata "Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili" che dedica una particolare attenzione ai progetti di promozione della legalità. Sono incentivate, a livello regionale, le iniziative per la promozione della cultura della legalità che comprendono anche il potenziamento dei programmi di formazione del personale e lo sviluppo della trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- ❖ La Rete per l'integrità e la trasparenza (costituita ai sensi della l.r. n.18/2016), quale sede per il confronto volontario degli RPCT del territorio per condividere esperienze e attività di prevenzione, per organizzare attività comuni di formazione, con particolare attenzione ai settori a rischio di corruzione;
- ❖ La Consulta regionale per la legalità e la cittadinanza responsabile, organismo di supporto alla Giunta regionale con funzioni conoscitive, propulsive e consultive per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e della corruzione, nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile;
- ❖ L'Osservatorio regionale dei contratti pubblici di lavori, beni, servizi e forniture, il quale garantisce assistenza alle stazioni appaltanti al fine di garantire la qualità richiesta dalla normativa vigente. L'Osservatorio regionale monitora l'attuazione coerente e coordinata delle iniziative di prevenzione della corruzione.

## OBIETTIVI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione, per esplicita previsione di legge, sono definiti dall'organo di indirizzo politico e costituiscono contenuto necessario dei piani di prevenzione e pertanto dell'attuale Piano integrato di attività e organizzazione. Allo scopo, il Consiglio di Amministrazione ha confermato l'obiettivo di carattere generale in tema di anticorruzione e trasparenza declinato quale "Incremento e rafforzamento degli strumenti per la prevenzione per la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti e consolidamento e implementazione delle procedure". All'interno di questa cornice l'obiettivo dovrà necessariamente calibrarsi sia sull'aggiornamento al PNA 2025, sia alla nuova organizzazione IZSLER che verrà implementata nel corso del 2026. Tale obiettivo è pertanto finalizzato a contrastare ogni forma di illegalità in Istituto intervenendo per:

- ❖ Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione (prioritariamente attraverso il corretto espletamento dell'intero ciclo di gestione del rischio, nonché la corretta gestione dei conflitti di interesse);
- ❖ Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione (mediante l'integrazione ed implementazione dei sistemi di controllo interno);
- ❖ Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione (attraverso il rafforzamento delle misure di formazione e di sensibilizzazione del personale);
- ❖ Mappare i processi e analizzare i rischi corruttivi relativi alla nuova organizzazione aziendale;
- ❖ Adeguare il sistema della trasparenza al nuovo assetto aziendale.

## CONTESTO INTERNO E GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

L'attuale sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, considera tutti gli ambiti di attività. Elementi fondamentali sono la mappatura dei processi e la gestione del rischio corruttivo. A seguito dell'approvazione della riorganizzazione aziendale IZSLER, adottata con delibera n. 3 del Consiglio di Amministrazione in data 13.05.2025 ed ancora in fase di implementazione, l'attività di mappatura dei processi e gestione del rischio corruttivo procederà necessariamente per gradi, coerentemente allo sviluppo dei processi e delle attività di nuovi dipartimenti e strutture. Infatti, la nuova organizzazione prevede sia lo spostamento di alcune competenze e processi tra Dipartimenti e strutture già esistenti, sia la creazione di un nuovo Dipartimento (denominato "Ricerca, Epidemiologia e Innovazione"). Di conseguenza, la mappatura dei processi partirà dal funzionigramma relativo al nuovo assetto organizzativo aziendale per essere poi adeguata, rivista ed aggiornata di pari passo all'attività svolta dal nuovo Dipartimento.

Le attività di laboratorio svolte dall'Istituto sono particolarmente ampie e complesse. In considerazione dell'elevato numero di processi, della rilevanza sanitaria delle attività e del valore dei dati prodotti, l'Istituto ha progressivamente avviato un percorso strutturato di informatizzazione delle attività di laboratorio. Questo percorso, attraverso una maggiore tracciabilità dei dati, rappresenta uno strumento per la prevenzione della corruzione e per il rafforzamento della trasparenza amministrativa. Tale approccio contribuisce in modo significativo al miglioramento dell'efficienza organizzativa e rappresenta una misura strutturale di mitigazione del rischio corruttivo nell'ambito delle attività di laboratorio.

## LA TRASPARENZA

La programmazione della trasparenza rappresenta la principale misura a supporto e garanzia del sistema di gestione e di prevenzione della corruzione di cui è dotato l'Istituto ed è finalizzata a garantire la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Ente realizza in favore della collettività. L'Istituto considera il corretto adempimento degli obblighi di trasparenza nonché la messa a disposizione di tutti gli strumenti per l'esercizio del diritto di accesso validi momenti di affermazione del valore delle regole, del diritto alla conoscenza, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi. I contenuti della sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente" costituiscono lo strumento fondamentale di conoscibilità delle attività che l'Istituto svolge a favore della collettività. Partendo da queste basi, IZSLER si impegna in una costante opera di aggiornamento e adeguamento sul piano della trasparenza; in tal senso, si segnala che sono stati implementati i nuovi schemi tipo di pubblicazione adottati da ANAC con la delibera n. 495/2024 riguardanti i dati di cui agli artt. 4-bis, 13 e 31 del D. Lgs. 33/2013. Inoltre, è in fase di implementazione un'opera di automatizzazione dei flussi informativi verso la sezione "Amministrazione Trasparente", al fine di migliorare la conoscibilità dei dati pubblicati. L'aggiornamento costante in materia di trasparenza proseguirà anche per l'anno 2026. Infine, la riorganizzazione aziendale avrà una ricaduta anche sul sistema della trasparenza: infatti, la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dovrà essere adeguata alla nuova organizzazione IZSLER, in modo da garantire la corretta pubblicazione di tutti i dati richiesti dalla normativa.

## DIRITTO DI ACCESSO

Nel rispetto delle disposizioni di legge l'Istituto garantisce l'esercizio del diritto di accesso di cui all'articolo 5 del d.lgs. n.33/2013, nelle forme del diritto di accesso civico semplice che riguarda il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali sia prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi sia stata omessa la pubblicazione e accesso civico generalizzato che si estrinseca nel diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n.33/2013. A garanzia della massima trasparenza e conoscibilità delle attività dell'Ente l'Istituto pubblica e aggiorna a cadenza trimestrale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", il registro completo degli accessi.

## FORMAZIONE

Misura generale, trasversale ai compiti e alle attività dell'Ente è la formazione sui temi dell'etica e della legalità finalizzata ad incrementare la consapevolezza dell'utilità delle misure di prevenzione dei rischi nonché a promuovere la cultura dell'anticorruzione e della trasparenza. Nell'ottica di fornire strumenti decisionali adeguati, che permettano di affrontare correttamente anche casi critici che richiedano l'attivazione di misure di prevenzione, il percorso individuato dall'Istituto è stato quello di garantire la conoscenza dei contenuti specifici dei piani anticorruzione individuando momenti di confronto con il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. A seguito della positiva partecipazione registrata negli ultimi anni tale impostazione viene riconfermata e mantenuta. La programmazione della formazione, integrata con il piano annuale della for-

mazione dell'Ente, è definita nel piano formativo specifico definito annualmente dal RPCT.

## CODICE DI COMPORTAMENTO

Nella strategia di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono un ruolo fondamentale in quanto costituiscono uno strumento essenziale per regolare le condotte dei dipendenti e per orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico. L'Istituto, nel rispetto dei principi costituzionali e di legge e tenuto conto dei contenuti del DPR n.81/2023 che ha introdotto modifiche al DPR n.62/2013 recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ha aggiornato il Codice di comportamento con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 16.12.2024. Nel corso del 2025 le novità introdotte sono state oggetto di specifici corsi formativi per tutti i dipendenti ed è stato distribuito un breve compendio contenente un focus sugli elementi principali del Codice. Gli eventi formativi hanno riscontrato una partecipazione ampia, tale per cui i principi e i contenuti del Codice sono ormai noti all'interno dell'intero Istituto. A seguito del monitoraggio annuale sull'applicazione del Codice di Comportamento verranno valutati eventuali elementi da implementare.

## MONITORAGGIO INTEGRATO

ANAC ha previsto, a partire dal 2025, un monitoraggio integrato per quanto riguarda l'intera attività di programmazione. Questo adempimento si sostanzia, a monte, in una mappatura unica ed integrata dei processi e, a valle, nel monitoraggio coordinato tra i responsabili di tutte le Sottosezioni del PIAO, anche attraverso l'utilizzo di sistemi informatici che consentano verifiche puntuali. All'interno della SottoSezione "Rischi corruttivi e trasparenza" si darà pertanto conto del monitoraggio integrato relativo all'anno 2025.

Si allega: [Allegato C1 - Ex PTPCT 2026-2028 e documenti allegati](#).

❖ In Amministrazione Trasparente, nella sezione "Altri contenuti" sono rinvenibili ulteriori informazioni riguardanti:

- ❖ Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- ❖ Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità
- ❖ Relazione del responsabile della corruzione e della trasparenza
- ❖ Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti
- ❖ Atti di accertamento delle violazioni
- ❖ Monitoraggio sull'attuazione del codice di comportamento



### 3. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

La presente sezione comprende le seguenti sotto-sezioni:

#### 3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

illustra i seguenti concetti/argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ pre messa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

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

illustra i seguenti concetti/argomenti :

- ❖ pre messa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

#### 3.3 Sottosezione di programmazione - Piano Triennale Fabbisogno Personale

illustra i seguenti concetti/argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ pre messa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

#### 3.4 Sottosezione di programmazione - Formazione del personale

illustra i seguenti concetti/argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ pre messa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

Allegati del documento attinenti alla presente sezione sono:

- ❖ Allegato D1 - ex PTFP 2026-2028
- ❖ Allegato E1 - ex PAF annuale

### 3.1 SOTTOSEZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In merito alla struttura organizzativa si informa che a seguito dell'insediamento della nuova direzione e sulla base del "Piano pluriennale delle attività" sono state avviate le attività relative alla riorganizzazione aziendale come da decreto del direttore generale n. 183 del 08.10.2024, che sono in corso di attuazione.

#### 1)ORGANIGRAMMA

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 17/2020 è stata approvato l'attuale modello organizzativo di tipo dipartimentale, rinvenibile in Amministrazione Trasparente, che sarà sostituito dal nuovo modello in corso di attuazione.

#### 2)LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

La catena organizzativa dei livelli di responsabilità alla data del 31.10.2025 è costituita da:

- ❖ Dirigenti n. 122;
- ❖ Posizioni Organizzative/Icarichi di funzione n. 1.

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

I Livelli di responsabilità alla data della stesura del PIAO, si articolano nelle seguenti fasce per la graduazione delle posizioni dirigenziali:

TIPOLOGIA DI INCARICO GESTIONALE	NR. DIRIGENTI
Incarico di direzione di struttura complessa	19
Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale	0
Incarico di direzione di struttura semplice afferente a struttura complessa	18

TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE AREA SANITA'	NR. DIRIGENTI
Incarico di altissima professionalità sovra dipartimentale C1	3
Incarico di altissima professionalità C2	5
Incarico di alta specializzazione C3	16
Incarico di consolidata professionalità C4	31
Incarico professionale di base D	23

TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE AREA PTA	NR. DIRIGENTI
Incarico di natura professionale elevata C2	1
Incarico di consolidata professionalità C3	0
Incarico di natura professionale C4	2
Incarico professionale di base D	0

#### 3) DIMENSIONI DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

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

STRUTTURA	FTE Dir. 2023	FTE Comp. 2023	FTE Dir. 2024	FTE Comp. 2024	FTE Comp./FTE Dir 2024*
Dipartimento di Tutela e Salute Animale	22,76	102,95	24,4	103,9	4,26
Dipartimento Sicurezza Alimentare	16,72	80,57	19,8	86,1	4,34
Dipartimento Area Territoriale Lombardia	23,56	72,34	26,4	82,6	3,12
Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna	22,54	66,99	27,7	75,2	2,71
Dipartimento Amministrativo	5,3	79,27	5,6	80,75	13,43
Strutture in Staff alla Direzione Generale	7	21,11	6	18,11	3,01
Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria	8,28	17,21	11,9	22,9	1,92

NOTE: 1 FTED = 1801,2 h / anno (pari a 38 h settimanali x 47,4 settimane lavorative - 1 FTEC = 1706,4 h / anno (pari a 36 h settimanali x 47,4 settimane lavorative). \* il dato restituisce quante unità di personale del comparto ci sono per ogni struttura rispetto ad ogni dirigente in termini di FTE.

## 3.2 SOTTOSEZIONE - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nel corso del 2024 è stato predisposto il regolamento che va a disciplinare le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in "Lavoro Agile" da parte del personale dipendente dell'IZSLER. Il regolamento viene adottato nel rispetto della seguente normativa di riferimento:

- ❖ Legge 7.08.15 n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle PP.AA.", che all'art. 14 prevede "l'introduzione di nuove misure per la promozione della conciliazione tempi di vita e di lavoro";
- ❖ Legge 22.05.17 n. 81 "Misure per la tutela del lavoro autonomo imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato";
- ❖ Schema di Direttiva del Dipartimento F.P. sul Lavoro Agile ex art. 14, comma 3, della Legge 124/2015 recante indirizzi per l'attuazione commi 1 e 2 del predetto art. 14 e linee guida L. n. 81 del 22.05.17, contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;
- ❖ D.M. della Funzione Pubblica del 19/10/2020;
- ❖ Linee Guida della Funzione Pubblica sulla redazione del POLA;
- ❖ CC.CC.NN.LL. del personale del Comparto e della Dirigenza del SSN.

Il Lavoro Agile nella Pubblica Amministrazione prende avvio con la Legge 7 agosto 2015, n.124, ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", che all'art. 14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" stabilisce che "le amministrazioni, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera". La successiva Legge 22 maggio 2017, n.81, ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", al Capo II disciplina il Lavoro Agile, prevedendone l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa "in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva". Con Direttiva n. 3/2017, recante le linee guida sul Lavoro Agile nella P.A., il Dipartimento della Funzione pubblica ha quindi fornito indirizzi per l'attuazione delle già menzionate disposizioni attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all'organizzazione del lavoro e la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori. A partire dall'anno 2020, per le criticità connesse all'epidemia da COVID-19, il lavoro da remoto si è imposto come una delle misure più efficaci per affrontare l'emergenza. Le misure più significative riguardano:

a)una prima previsione del superamento del regime sperimentale per il Lavoro Agile nella Pubblica Amministrazione (art 18, comma 5, del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n.124/2015);

b)la previsione del Lavoro Agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla Legge n.81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'Amministrazione (art 87, commi 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni);

c)il Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la Legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" ha introdotto il c.d. Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che deve essere approntato in occasione della predisposizione del Piano della performance. Il POLA individua le modalità' attuative del Lavoro Agile all'interno di ogni P.A. prevedendo, per le attività' che possono essere svolte in modalità' agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità' dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative;

d)le indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale, contenute nel Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020;

e)il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance";

f)il Decreto-Legge n.56/2021 ha poi modificato l'art. 263 del D.L. 34/2020, convertito con modificazioni in Legge 77/2020, relativo alle disposizioni urgenti in materia di lavoro agile nelle Amministrazioni Pubbliche, prevedendo i seguenti adempimenti;

g)entro il 31 gennaio di ciascun anno, le Amministrazioni Pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

h)il POLA individua le modalità attuative del Lavoro Agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative;

i)in caso di mancata adozione del POLA, il Lavoro Agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente;

j)le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica. Inoltre, viene prorogato fino al 31 dicembre 2021 l'accesso al Lavoro Agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale e quindi senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale;

k)il Decreto-Legge 9.06.2021, n. 80, convertito in Legge 6.08.2021, n. 113, all'art.6 ha previsto l'assorbimento del POLA nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Nel mese di ottobre 2024 si è concluso in IZSLER il percorso di confronto con le R.S.U. e le OO.SS. in merito alla regolamentazione aziendale sull'istituto del Lavoro Agile, che rappresenta il presupposto necessario per lo sviluppo del Lavoro Agile in modalità ordinaria e in linea con le disposizioni normative in materia. Il regolamento disciplina finalità, presupposti, criteri per l'accesso e modalità attuative del Lavoro Agile nelle strutture dell'IZSLER. Per completezza, si riportano i valori relativi all'accesso al lavoro agile in IZSLER:

PERIODO FRUIZIONE LAVORO AGILE	N. DIPENDENTI CHE HANNO FRUITO DEL LAVORO AGILE	TOT GIORNI DI FRUIZIONE
dal 01.01.2025 al 31.10.2025	n. 57 dipendenti ( +n.29 unità rispetto 2024)	N. 1.470

Rispetto all'anno 2024 si rileva l'incremento di n°29 unità che fruiscono del lavoro agile e che hanno determinato un aumento di n°453 giornate. L'implementazione del lavoro in modalità agile è stata potenziata grazie all' individuazione ed alla pianificazione delle attività "smartizzabili" disciplinato nel relativo nuovo regolamento adottato nel novembre 2024, qui di seguito il collegamento ipertestuale.[Regolamento dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna in materia di lavoro agile](#)



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

#### 3.3.1 PREMESSA

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

#### 3.3.2 PARTE FUNZIONALE

L'obiettivo della programmazione delle risorse umane è garantire lo svolgimento efficiente dell'intera organizzazione per la piena realizzazione del Piano Pluriennale delle attività, attraverso una corretta allocazione delle risorse umane come copertura totale del fabbisogno di personale e di competenze. Oltre a questo si sommano altri benefici indiretti, come l'aumento del know-how generato da passare alle generazioni future, la soddisfazione dei dipendenti dovuta a percorsi di valorizzazione e l'aumento del benessere organizzativo. Questi fattori rappresentano le condizioni abilitanti in grado di sostenere il VP1, VP2 e VP3 attraverso processi di ottimizzazione nell'impiego delle risorse umane. Per la realizzazione della strategia l'Istituto ha programmato i seguenti reclutamenti:

VALORE PUBBLICO-MISURA	NOME MISURA DI RECLUTAMENTO	TABELLA DI COLLEGAMENTO INTERATTIVO
VP1- azione professionale	reclutamento dei dipendenti competenze sanitarie	VP1.AS1.PERS1
VP2-azione professionale	reclutamento dei dipendenti competenze ricerca sanitaria	VP2.AS2.PERS2
VP3-azione professionale	reclutamento dei dipendenti competenze formative	VP3.AS4.PERS3

#### 3.3.3 PARTE GENERALE

L'individuazione del fabbisogno di personale per il triennio 2026 – 2028 è stata preceduta da una puntuale analisi dei compiti complessivamente assolti dall'IZSLER, in quanto assegnati dalla vigente normativa e dagli enti cogerenti (stato, regioni Lombardia ed Emilia-Romagna) in termini di competenze, attività, prestazioni erogate e professionalità richieste, sia a livello qualitativo che quantitativo. Da tale analisi è scaturita l'individuazione delle risorse ritenute necessarie per: garantire l'espletamento delle attività istituzionali dell'Ente; assicurare il supporto tecnico scientifico allo stato e alle regioni Lombardia ed Emilia-Romagna; promuovere e realizzare l'attività di ricerca scientifica e di formazione dei settori di competenza istituzionale; assolvere ai compiti e alle funzioni straordinarie volte a fronteggiare eventuali esigenze specifiche, di carattere straordinario; garantire un adeguato supporto e sostegno tecnico-amministrativo alle attività sanitarie e di ricerca scientifica. La programmazione dei fabbisogni di personale è strettamente correlata con i risultati da raggiungere, nonché con l'evoluzione dei fabbisogni stessi in relazione al cambiamento dei modelli organizzativi. Si rileva come, preliminarmente alla definizione dei fabbisogni previsti, sia stata effettuata con la direzione strategica una ricognizione per l'analisi delle professionalità necessarie allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'ente, con l'obiettivo di pianificare il reclutamento non solo secondo criteri meramente sostitutivi, ma in coerenza con le necessità reali, attuali e future. Tale ricognizione parte dall'analisi dei macro-processi, considerando le professionalità già acquisite e pianificando le esigenze future, in base agli ambiti di attività in corso di sviluppo/potenziamento. Il processo di innovazione e riforma della Pubblica Amministrazione, prevede un ruolo centrale nella valorizzazione del personale, anche attraverso percorsi di crescita, riqualificazione e aggiornamento delle competenze con

un'azione di modernizzazione costante, efficace e continua per centrare le sfide future. In un tale contesto, centrale anche in chiave prospettica, è quindi, la definizione di un sistema di competenze finalizzato ad orientare, sulla base di una definizione strategica dei profili professionali emergenti/necessari, i processi di programmazione dei fabbisogni di personale, selezione, valutazione e formazione. L'analisi dei presupposti di fatto e normativi per le scelte in ordine alla programmazione delle risorse umane, sia sotto il profilo numerico sia sotto l'aspetto finanziario, è puntualmente contenuta in apposito provvedimento del Consiglio di Amministrazione.

In ragione della circostanza che gli atti programmati in materia di personale gli enti del SSN sono soggetti ad approvazione, condizionante l'efficacia, da parte delle regioni di afferenza, la deliberazione del Consiglio di Amministrazione, organo a cui spetta, per espressa previsione statutaria, l'adozione di quest'atto su proposta del Direttore Generale e previa informativa alle OO.SS./RSU e parere favorevole del Collegio dei Revisori, è sottoposta al vaglio di Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna.

Contenutisticamente la programmazione 2026 – 2028 si pone in linea di assoluta continuità con quella dell'anno precedente, sia per ovvie ragioni di coerenza con le misure occupazionali già assunte negli esercizi precedenti sia per assicurare il rispetto dei vincoli contingenti in particolare di natura economico - finanziaria. In tal senso le politiche del personale mirano a garantire un efficace turn over e l'applicazione degli istituti contrattuali che consentono, anche in prospettiva di carriera, una progressione del personale. Qui di seguito alcune informazioni sintetiche dell'ex PTFP 2026-2028 riassunte nelle seguenti tabelle, elaborati alla data del 31.10.2025.

COMPARTI DELLA SANITA'	RUOLO	NR.	TEMPO IND.	TEMPO DET.	M	F
COMPARTO (N.594)	amministrativo	90	90	0	23	67
	sanitario	119	119	0	24	95
	tecnico	319	299	20	112	207
	ricerca sanitaria	66	23	43	21	45
DIRIGENZA PTA (N.9)	amministrativo	5	5	0	3	2
	professionale	1	1	0	1	0
	tecnico	3	3	0	3	0
DIRIGENZA SANITARIA (N.115)	sanitaria	81	79	2	45	36
	sanitaria non medica	34	33	1	9	25
TOTALE COMPLESSIVO		718	652	66	241	477

RISPETTO SOSTENIBILITA' FINANZIARIA E DEI VINCOLI IN MATERIA DI SPESA PERSONALE	IMPORTO DEL LIMITE DI SPESA ANNO 2026	RAPPORTO
Limite di spesa anno 2026	euro 38.365.980,47	98,50%
Spesa per anno 2026	euro 37.772.172,88	
NOTE: IZSLER ha provveduto alla determinazione delle proprie capacità assunzionali sulla base dei vigenti vincoli di spesa a partire dall'adozione del primo PTFP relativo al triennio 2019-2021		

STIMA DEL TREND DI CESSAZIONI (limite di età)	NUMERO
Cessazioni programmate anno 2026	n.6
Cessazioni programmate anno 2027	n.3
Cessazioni programmate anno 2028	n.10

FABBISOGNO RISORSE DA TERZI	2026-nr.	2026-costo	2027-nr.	2027-costo	2028-nr.	2028-costo
Personale comparto	13	595.000	13	595.000	13	595.000
Personale dirigente	2	165.000	2	165.000	2	165.000
TOTALE	15	760.000	15	760.000	15	760.000

NOTE: il fabbisogno di personale a tempo determinato a valere su risorse provenienti da terzi serve per garantire il potenziamento e l'implementazione di funzioni e compiti istituzionali assegnati dalle regioni a supporto dei rispettivi servizi sanitari e per la corretta esecuzione dei piani di controllo sanitari regionali adottati dalle due regioni e/o per il sistema Classyfarm

FONTE FINANZIAMENTO DEL PERSONALE DELLA RICERCA	2026-costo	2027-costo	2028-costo
Assegnazione Ministero della Salute	2.246.562	2.246.562	2.246.562
Quote finanziamento ricerca corrente	400.000	400.000	400.000
Residui finanziamenti anni precedenti	500.000	500.000	500.000

NOTE: per il personale della ricerca si intende sia il ricercatore sanitario sia il collaboratore sanitario di supporto alla ricerca, ex art. 1, comma 442 e della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (legge di bilancio 2018). Come riportato sopra, l'onere complessivo annuo in euro 3.146.562 si riferisce complessivamente a n. 75 unità

[Allegato D1](#): ex PTFP 2026-2028 + Documenti allegati che ricoprendono al loro interno la seguente documentazione:

- ❖ Prospetto di calcolo del limite di spesa del costo del personale 2026 (Allegato A);
- ❖ Fabbisogno di personale 2026 - Allegato B – tabella 1;
- ❖ Fabbisogno di personale 2027 - Allegato B – tabella 2;
- ❖ Fabbisogno di personale 2028 - Allegato B – tabella 3;
- ❖ Fabbisogno di personale a valere su risorse provenienti da terzi anno 2026 – Allegato B – tabella 4;
- ❖ Fabbisogno di personale della ricerca (anni 2026 - 2027 - 2028) - Allegato B - tabella 5;
- ❖ Posti disponibili al 31 ottobre 2025 – Allegato B – tabella 6;
- ❖ Relazione illustrativa - Allegato C.

Ai sensi dell'articolo 12, comma 2 dell'intesa tra Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna concernente il riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, l'ex PTFP è stato trasmesso alle giunte regionali per l'esercizio delle funzioni di controllo.



## 3.4 SOTTOSEZIONE - FORMAZIONE

### 3.4.1 PREMESSA

La formazione e lo sviluppo delle conoscenze del personale costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane e si collocano al centro dell'attuale processo di riforma della pubblica amministrazione, anche a livello europeo. Per l'Istituto si configura come una delle missioni più importanti per la nostra organizzazione con il fine di: favorire l'incremento dell'efficacia e dell'efficienza operativa; favorire il cambiamento e il radicamento dei necessari cambiamenti culturali, per soddisfare al meglio le esigenze degli stakeholders; progettare e programmare le attività formative nel rispetto dei fabbisogni, degli obiettivi strategici dell'organizzazione e delle professionalità dei dipendenti; riqualificare e aggiornare le competenze (reskill and upskill) in un continuo e costante miglioramento; garantire la parità di trattamento e di accesso alle iniziative formative senza discriminazioni; garantire la massima trasparenza e imparzialità. La presente SottoSezione prevede due parti, una parte funzionale e una generale.

### 3.4.2 PARTE FUNZIONALE

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

VALORE PUBBLICO-MISURA	NOME MISURA DI RECLUTAMENTO	TABELLA DI COLLEGAMENTO INTERATTIVO
VP1/VP2/VP3	azioni formative	VP1/2/3.AS1/2/4.FORM1/2/3

#### FORMAZIONE INTERNA (VP1-VP2)

Per il VP1 e VP2 la formazione interna agisce nel rafforzare e sviluppare il Valore Pubblico generato attraverso una programmazione in grado di soddisfare il fabbisogno di competenze, supportando la definizione di nuovi servizi e processi per migliorare la risposta agli utenti nelle fasi di emergenza.

#### FORMAZIONE ESTERNA (VP3)

La formazione esterna svolge un ruolo prioritario nella formazione dei formatori nell'ambito della sanità pubblica veterinaria, come Centro Nazionale di Referenza, proponendo al Ministro della Salute le linee programmatiche per la formazione del settore d'interesse, creando valore pubblico. Rappresenta uno strumento strategico di gestione in quanto essenziale per favorire lo sviluppo culturale e professionale del personale proprio e del SSN, su tematiche rispondenti all'attualità (malattie infettive, igiene degli alimenti, igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, legislazione sanitaria, argomenti orientativo-gestionali, etc) e su situazioni emergenti, nonché per informare ed aggiornare l'utenza in merito a problematiche e temi relativi alla Sanità Pubblica Veterinaria ed alla Sicurezza alimentare. Inoltre la formazione è sempre più orientata verso l'approccio "One Health" che considera la salute di persone, animali ed ecosistemi in modo integrato. Questo implica l'adozione di percorsi formativi interdisciplinari, con corsi e master che coprono temi come la salute pubblica, la veterinaria, l'ambiente, la sicurezza alimentare e il benessere lavorativo. L'obiettivo è preparare professionisti in grado di affrontare minacce sanitarie complesse, come la resistenza antimicrobica, attraverso la collaborazione tra diversi settori.

Nello specifico per il prossimo anno si affronterà l'accompagnamento del sistema sanitario e della sanità pubblica veterinaria in particolare nella applicazione del Regolamento UE 2017/625 in applicazione dal 14 dicembre 2019 concernente i

controlli ufficiali lungo la filiera agroalimentare e del regolamento UE 2016/429 in applicazione dal 21 aprile 2021, relativo alla normativa quadro in materia di sanità animale. Per l'anno 2026, la formazione sarà incentrata sui seguenti ambiti:

- ❖ Corso AFTA
- ❖ Evento di farmacosorveglianza
- ❖ Evento sull'export alimentare

Dal 1 gennaio 2026, operatori e proprietari di animali esotici e selvatici, da compagnia e non, saranno obbligati a frequentare un corso di formazione. La finalità è di far acquisire adeguate conoscenze normative, di corretta gestione e di controllo delle malattie. La formazione può essere erogata solo dai soggetti individuati dal decreto del Ministero della Salute, tra cui IZSLER. La nuova legge di sanità animale (Reg UE 2016/429) obbliga gli Stati membri ad incoraggiare operatori e professionisti degli animali ad acquisire conoscenze in materia di sanità animale. Inoltre è operativa dal 2024 la "piattaforma nazionale allevatori (PINFOA) è un portale che centralizza la formazione per operatori, trasportatori e professionisti degli animali, come richiesto dal DM 6 settembre 2023. La piattaforma accoglie i dati di corsi accreditati, consente la validazione da parte delle Regioni e permette agli interessati di trovare i corsi e verificare le proprie competenze acquisite.

### 3.4.3 PARTE GENERALE

FOTOGRAFIA DELLA FORMAZIONE (31.10.2025)	DATI
Utenti delle professioni sanitarie formati su tutto il territorio nazionale	n. 18.171
Partecipanti esterni ai corsi erogati dall'istituto	n. 22.688
Partecipanti interni ai corsi erogati dall'istituto	n. 2.686
Crediti ECM prodotti per singolo partecipante	n.870
Corsi erogati per formazione interna	n. 72
Budget previsionale per la formazione anno 2026	euro 200.000

#### PIANIFICAZIONE DELLA FORMAZIONE

I fabbisogni formativi rappresentano la necessità di apprendimento e di sviluppo delle competenze delle persone, sia a livello individuale che organizzativo. Identificare e soddisfare i fabbisogni formativi è fondamentale per garantire la crescita professionale e personale, nonché per favorire l'adattamento alle continue evoluzioni nel contesto sanitario. La pianificazione dell'offerta formativa, pone le basi dalla rilevazione dei fabbisogni e prevede i seguenti step di attuazione (Ciclo Gestione della formazione):

- 1.PIANIFICAZIONE: attraverso un'attenta analisi del contesto interno che consente di mappare il fabbisogno formativo, partendo dai bisogni organizzativi e dalle competenze individuali dei dipendenti, tenendo conto dell'attività di programmazione delle assunzioni e di quanto previsto dai contratti e dagli accordi sindacali;
- 2.PROGRAMMAZIONE: attraverso la definizione di obiettivi strategici/operativi che siano da un lato in linea con le politiche dell'ente e dall'altro di accompagnare il personale verso una maggiore innovazione, sostenibilità e qualità dei servizi erogati;
- 3.MONITORAGGIO E VALUTAZIONE: attraverso l'analisi dei dati raggiunti e l'introduzione di eventuali azioni correttive, valutati nella loro efficacia complessiva rispetto agli obiettivi programmati;
- 4.RENDICONTAZIONE: attraverso una adeguata comunicazione verso utenti e stakeholder interni, volta anche a diffondere buone pratiche, finalizzata alla creazione di valore pubblico.

Nella progettazione della formazione diventa centrale il tema delle competenze, sia disponibili, sia necessarie per il raggiungimento degli obiettivi.

mento degli obiettivi strategici dell'ente. La mappatura delle competenze diventa elemento funzionale ad orientare le strategie di programmazione del fabbisogno di personale. Le recenti modifiche normative spingono verso una gestione del personale unitaria ed integrata, collegata alla performance individuale e coerente con le politiche di reclutamento, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane. L'Istituto nello specifico, programma la propria attività formativa, sulla base delle tipologie di competenze come sotto specificato.

TIPO DI COMPETENZE	OBIETTIVO FORMATIVO	AZIONI FORMATIVE	DESTINATARI
COMPETENZE SPECIALISTICHE SANITARIE	SPECIFICO	negli ambiti di intervento	tutte le professioni sanitarie
COMPETENZE SPECIALISTICHE MANAGERIALI	SPECIFICO	nell'ambito della pianificazione, internal auditing, risk management, performance, soft skills	tutte le professioni in posizione di autonomia
COMPETENZE SPECIALISTICHE AMMINISTRATIVE	SPECIFICO	nell'ambito della contabilità, bilancio, fisco e tributi, giuridico e legale, acquisti e contrattualistica, gestione risorse umane, informatico digitale.	tutte le professioni amministrative
COMPETENZE TRASVERSALI	SPECIFICO	nell'ambito inclusione sociale, pari opportunità, benessere organizzativo; soft skills, valutazione della performance, gestione progetti e finanziamenti europei, lavoro in team, smart working	tutti i dipendenti in relazione alla propria prestazione lavorativa
COMPETENZE OBBLIGATORIE	GENERALE	negli ambiti della trasparenza e anticorruzione, salute e sicurezza sul lavoro, transizione digitale, ecologica ed amministrativa	tutti i dipendenti
COMPETENZE DI NEO FORMAZIONE	GENERALE	pacchetto di corsi per l'avvio alla formazione	dipendenti neo assunti
COMPETENZE RELATIVE ALLA RICERCA SANITARIA	SPECIFICO	pacchetto corsi previsti per la formazione specifica	personale addetto alla ricerca sanitaria

## PIANO FORMATIVO

Sulla base di questi presupposti si articola l'offerta formativa annuale, che si concretizza nella predisposizione dell'ex Piano annuale della formazione. Il documento descrive le azioni a supporto delle linee strategiche di sviluppo del capitale umano, i cui contenuti sono elaborati sulla base della procedura di riferimento prevista dal Sistema Gestione Qualità, a partire dai risultati delle attività formative messe a punto nell'anno precedente, dall'analisi dei fabbisogni formativi tenendo in considerazione quanto segue:

- ❖ Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 23 marzo 2023 recante «Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza»
- ❖ Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 28 novembre 2023 recante «Nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale» e successive integrazioni per l'Area e il comparto sanità datata 21.07.2025.
- ❖ Direttiva del Ministro Zangrillo del 16 gennaio 2025, fornisce un aggiornamento sulle indicazioni metodologiche e operative alle amministrazioni per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative al fine di promuovere lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze del proprio personale.

## DIMENSIONE VALORIALE DELLA FORMAZIONE

La direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 14 gennaio 2025, sottolinea l'importanza della formazione come leva strategica per la produzione di valore pubblico, per lo sviluppo delle competenze, la crescita della coscienza del ruolo ricoperto da ciascuna persona. La formazione ha un impatto fondamentale sia verso l'interno, in quanto strettamente collegata al benessere organizzativo e all'efficienza organizzativa; sia verso l'esterno in quanto elemento fondamentale per migliorare la qualità dei servizi. Inoltre stabilisce che le amministrazioni possono programmare autonomamente la formazione in base ai propri fabbisogni, ma devono comunque garantire tutte le attività formative obbligatorie previste dalla legge o da altre norme. Tra queste rientrano, ad esempio, gli obblighi di formazione continua per i professionisti sanitari previsti dall'art. 16-bis del d.lgs. 502/1992. Di conseguenza, il numero di ore di formazione annuali deve essere letto non nel termine prettamente quantitativo ma deve essere definito rispettando le specifiche normative settoriali. Nel settore sanitario, la programmazione formativa deve considerare non solo la quantità delle ore, ma anche la qualità della formazione già prevista dall'ECM, valorizzandone contenuti e finalità, in coerenza con la normativa vigente e con i contratti collettivi, armonizzate nei Piani Formativi.

## MECCANISMI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLA FORMAZIONE

Per una corretta realizzazione della formazione, risulta di fondamentale importanza costruire un sistema di monitoraggio e valutazione in quanto tutte le azioni formative devono prevedere l'acquisizione di conoscenze e di abilità funzionali alle competenze da esercitare durante l'attività lavorativa. Per costruire un impianto efficace, occorre innanzitutto individuare gli indicatori di performance, ovvero i punti chiave per monitorare e valutare le conoscenze e le competenze. Gli indicatori attualmente utilizzati sono:

- ❖ gradimento: inteso come misurazione della soddisfazione che il programma formativo ha generato nei partecipanti in termini di rilevanza degli argomenti trattati; utilità dell'evento; valutazione del supporto organizzativo; qualità dell'evento; (Livello di soddisfazione)
- ❖ apprendimento: inteso come misurazione delle conoscenze e capacità apprese; Il monitoraggio viene, pertanto, svolto in itinere attraverso un test/questionario. (Livello di apprendimento dei corsi).

Sarà utile per il futuro, al fine di verificare l'impatto dell'attività formativa sul lavoro, effettuare a campione dei follow-up/interviste in termini di trasferimento delle competenze nello specifico ambito lavorativo.

## STRUTTURA E RISORSE PER LA FORMAZIONE

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

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

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

[Allegato E1:](#) ex Piano annuale della formazione 2026.



## 4. SEZIONE - MONITORAGGIO

### 4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - MONITORAGGIO INTEGRATO

La presente sezione comprende le seguenti sotto-sezioni:

#### 4.1 Sottosezione di programmazione - monitoraggio integrato

Illustra i seguenti concetti/argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ pre messa
- ❖ dialogo con gli stakeholders
- ❖ conclusioni

Allegati del documento attinenti alla presente sezione sono:

- ❖ PIAO SINTETICO

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

## 4.1.1 PREMESSA

Il Report del PIAO, dovrà contenere i seguenti dati:

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

I monitoraggio verrà svolto in modo integrato e sarà supportato da un applicativo informatico che permetterà la raccolta dei dati provenienti dai diversi processi delle relative sezioni/sottosezioni, la visualizzazione e la comunicazione interna ed esterna e dei risultati raggiunti. A tal fine è necessario strutturare il monitoraggio su due livelli, come di seguito precisato: Il Monitoraggio analitico, sarà gestito dai Responsabili delle varie sottosezioni che invieranno le relative relazioni al COGEP per la rendicontazione degli esiti; Il Monitoraggio sintetico, sarà gestito dal COGEP che ne darà conto nel Report del PIAO. Il monitoraggio della sezione "Valore Pubblico" e "Performance" avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1 lett b del D Lgs 150/2009. Per la Performance gli indicatori sono monitorati semestralmente, sulla base degli obiettivi del PIAO approvato a gennaio dell'anno precedente. La misurazione del Valore Pubblico, invece, avviene su base triennale, con monitoraggi annuali. Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" avverrà secondo le indicazioni di ANAC, inteso come attività continuativa di verifica dell'attuazione e del sistema di misure di anticorruzione al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. Il RPCT effettua l'attività di monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione attraverso il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, per i settori di competenza. La verifica dell'adeguatezza del sistema dell'anticorruzione è integrata negli audit gestionali amministrativi e sanitari, nonché negli audit del sistema qualità. Le evidenze dei monitoraggi integrati rappresentano contenuto necessario della relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza. Anche il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza, quale misura principale di tutto il sistema di anticorruzione è funzionale al raggiungimento del valore pubblico individuato dall'Ente. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dal Nucleo di Valutazione. Si precisa inoltre che qualora nel corso dell'anno si verificasse la necessità di effettuare delle piccole modifiche tali per cui da non modificare in modo sostanziale i contenuti del presente documento, le stesse potranno essere adottate con decreto del Direttore Generale.

## 4.1.2 DIALOGO CON GLI STAKEHOLDERS

Nell'ottica di una comunicazione proattiva e di un dialogo costante con i nostri Stakeholders, l'Istituto ha costruito uno strumento di comunicazione digitale riassuntivo dei contenuti del valore pubblico, raggiungibile cliccando sul riquadro grigio "PIAO S" PIAO Sintetico.

Tra i diversi stakeholder, le Regioni rappresentano i partner con cui l'IZSLER intrattiene i rapporti più diretti e continuativi. Per tale motivo, è fondamentale garantire una piena integrazione, fondata su un dialogo costante e strutturato, nonché su rapporti continuativi di interazione e collaborazione.

## 4.1.3 CONCLUSIONI

L'elaborazione del PIAO in IZSLER nel corso degli ultimi anni ha superato l'aspetto adempimentale, portando all'acquisizione di maggiore consapevolezza del ruolo dell'Ente. In particolare è stata l'occasione per riflettere ed identificare i nostri obiettivi di Valore Pubblico dando valore alle nostre attività quotidiane, creando uno spirito di squadra intorno a valori condivisi, questo ci ha permesso di:

- ❖ analizzare con maggior dettaglio il contesto in cui opera l'Istituto con particolare riguardo alle priorità strategiche e politiche;
- ❖ lavorare con una maggiore integrazione dei processi nella fase programmatica, in un'ottica di semplificazione degli adempimenti;
- ❖ iniziare un dialogo costruttivo con gli stakeholders per un percorso più partecipativo;
- ❖ operare con una attenzione maggiore verso i risultati, pensando agli impatti che si possono produrre.

Il percorso di miglioramento ci spinge sempre a trovare nuovi spunti da sviluppare e a formulare nuove riflessioni. Siamo consapevoli che il PIAO deve ancora migliorare nella integrazione con la parte economico-finanziaria, nella qualità di alcuni indicatori e nella partecipazione degli stakeholders all'individuazione delle priorità.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Varisco



## 4.1.4 ALLEGATI

TABELLE INDICATORI DEL VP1/2/3

SEZIONE 2.1 - SOTTESEZIONE VALORE PUBBLICO

- A1 [IMPATTI AMBITI D'INTERVENTO](#)
- A2 [METODOLOGIA PER IL CALCOLO DEL VP](#)
- A3 [LINEE GUIDA DI BUDGET ANNUALI](#)
- A4 [BILANCIO PREVISIONE 2026](#)

SEZIONE 2.2 - SOTTESEZIONE PERFORMANCE

- B1 [PIANO TRIENNALE DI DIGITALIZZAZIONE 2026 2028](#)
- B2 [GENDER EQUALITY PLAN 2026 2028](#)
- B3 [EX PIANO AZIONI POSITIVE 2026 2028](#)

SEZIONE 2.3 - SOTTESEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

- C1 [EX PTPCT 2026-2028 E DOCUMENTI ALLEGATI](#)

SEZIONE 3.1 - SOTTESEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

NESSUN ALLEGATO

SEZIONE 3.2 - SOTTESEZIONE ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

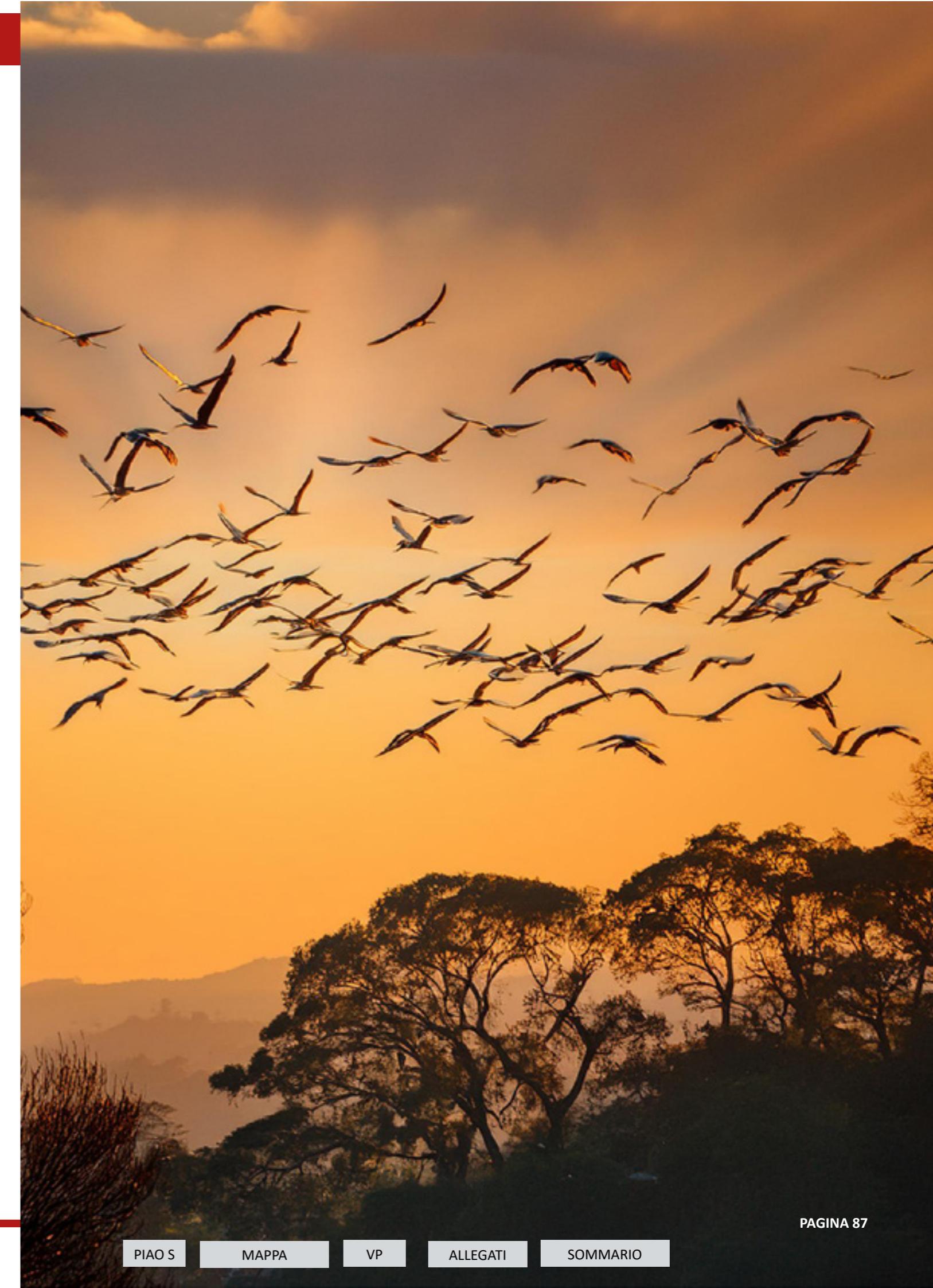
NESSUN ALLEGATO

SEZIONE 3.3 - SOTTESEZIONE PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE

- D1 [EX PTFP 2026 2028 E DOCUMENTI ALLEGATI](#)

SEZIONE 3.4 - SOTTESEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE

- E1 [EX PIANO ANNUALE FORMATIVO](#)



## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP1.AS1.PERF - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE PERFORMANCE

CODICE	VP	OB.OPERATIVO	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE
VP1.AS1.PERF1	VP1	VELOCITA' DI RISPOSTA NELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI	EFFICIENZA TEMPORALE	% prove eseguite per i Metodi di prova che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Firma *	98%	97	97	97	Il notevole incremento di nuovi metodi di prova nel periodo considerato impone una certa cautela nell'identificazione del target triennale, rispetto alla baseline, che è in ogni caso stabilito ad un livello molto elevato.
				% prove eseguite per i Metodi di prova che rispettano i tempi stabiliti per i Tempi di Prova *	96%	95	95	95	
		INCREMENTO QUALI/ QUANTITATIVO DEI SERVIZI OFFERTI	EFFICACIA-QUANTITÀ' EROGATA	N di richiesta di assistenza risolte per classyfarm/totale richieste pervenute*	98%	98%	98%	98%	Data del 28.10 sono pervenute circa 3800 richieste di assistenza in classyfarm tramite e-mail, in futuro sarà previsto un sistema automatizzato di gestione dei ticket "Jira"
				% Di ceppi di salmonella che vengono sottoposti a NGS *	86,88%	90%	90%	90%	
			EFFICACIA- QUALITÀ' EROGATA	% di prove conformi sul totale del Ring test*	92%	95%	95%	95%	Con il nuovo Web quality sarà possibile avere un dato più puntuale e preciso
				% di non conformità e/o osservazioni rilevata da visite ispettive interne in ambito documentale risolte nei tempi previsti e approvati dal RAQ rispetto a quelle rilevate*	90%	90%	90%	90%	Con il nuovo Web quality sarà possibile avere un dato più puntuale e preciso
		DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI E DOCUMENTI	DIGITALIZZAZIONE	% di non conformità e/o osservazioni rilevata da ACCREDIA e risolte nei tempi previsti e approvati da ACCREDIA rispetto a quelle rilevate*	100%	95%	95%	95%	Con il nuovo Web quality sarà possibile avere un dato più puntuale e preciso
				% di realizzazione del processo di digitalizzazione delle registrazioni di non conformità, azioni correttive e relative evidenze di efficacia ( Sistema Qualità)	0	100%	attività conclusa	attività conclusa	Attività in corso dall'anno 2025
				% - realizzazione del processo di digitalizzazione delle registrazioni relative alla produzione di terreni per uso interno e kit diagnostici Elisa	0	100%	attività conclusa	attività conclusa	Attività in corso dall'anno 2025

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP2.AS2.PERF - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE PERFORMANCE

CODICE	VP	OB.OPERATIVO	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE
VP2.AS2.PERF1	VP2	MASSIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITA' A PARITA' DI FINANZIAMENTI	EFFICIENZA GESTIONALE/ TEMPORALE/PRODUTTIVA	n. articoli scientifici prodotti ultimo triennio/ € finanziamenti erogati ultimo triennio( x 1000000 di finanziamento)	58,42	60	62	64	numeratore: 461 articoli dal 2022 al 2024 denominatore: 7,89 milioni di euro dal 2022 al 2024
				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	95	100	100	100	trasmessa al Ministero della Salute entro i termini stabiliti dal progetto
				n. di pubblicazioni con IF/n. piramidati al 31.12 anno precedente	2,39	2,4	2,45	2,5	per piramidati si intende il personale appartenente alla c.d. piramide della ricerca ( collaboratori+ ricercatori)
VP2.AS2.PERF2	VP2	AUMENTO QUALI- QUANTITATIVO DEI PRODOTTI DELLA RICERCA	EFFICACIA- QUANTITA' EROGATA- QUALITA' EROGATA	n. comunicazioni a convegni nazionali e internazionali	231	220	230	240	le comunicazioni comprendono i poster, anno 2022: 178- anno 2023:204.
				n. di pubblicazioni scientifiche con IF prodotte nell'anno	170	180	190	200	pubblicazioni scientifiche con IF anno 2022: 136 - anno 2023:155.
				% pubblicazioni su riviste ad alto IF (Q1)	56%	60%	65%	70%	"Q1 ad alto impact factor" significa che una rivista scientifica si posiziona nel primo quartile (Q1) della sua categoria tematica, ovvero appartiene al 25% delle riviste con l'impact factor più alto.
				TOP 10% journal percentile annuo	32,10%	34%	35%	36%	Rappresenta la percentuale delle nostre pubblicazioni nella top10% dei percentili delle riviste più citate al mondo. La media mondiale è del 33%; la media nazionale del 27% .Come target si prende come riferimento la media degli IIZZSS dal 2018 al 2024.
VP2.AS2.PERF3		DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI E DOCUMENTI	DIGITALIZZAZIONE	% attività per la realizzazione del portale della ricerca	95	98	98	100	nell'anno 2026 è prevista un ulteriori implementazione con le funzionalità del modulo ricerche ERP

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP3.AS4.PERF - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE PERFORMANCE

CODICE	VP	OB.OPERATIVO	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE
VP3.AS4.PERF1		Massimizzazione della produzione di corsi di formazione esterna	Efficienza-quantità erogata	n. utenti delle professioni sanitarie formati con obbligo ECM	27.000	27.500	28.000	28.000	Le professioni che hanno l'obbligo ECM includono sia i sanitari che i tecnici sanitari , tutti i professionisti che fanno parte di un albo professionale riconosciuto dal Ministero della Salute sono soggetti all'obbligo di formazione continua ECM,
VP3.AS4.PERF2	VP3	Aumento quali-quantitativo dei corsi di formazione	Efficacia - quantità erogata	somma ECM dei corsi prodotti per gli esterni	609	620	630	635	Izsler è un provider ECM
			Efficacia quantità erogata	n. di partecipanti esterni ai corsi senza ECM	36.689	37.500	37.900	38.000	si riferisce a tutte le professioni
			Efficacia- Qualità percepita	livello di soddisfazione in merito all'attività formativa esterna erogata	4,18	4,1	4,2	4,3	il range va 1 a 5
			Efficacia quantità erogata	n. operatori formati in biosicurezza allevamento suino	1342	1400	1.450	1.500	
VP3.AS4.PERF4		Digitalizzazione	Digitalizzazione	% attività per acquisizione nell'applicativo gestionale della formazione dei certificati di idoneità alla macellazione	0	100%	Attività conclusa	Attività conclusa	si riferisce al certificato di idoneità alla macellazione per il personale addetto

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP1.AC1.AC - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

MISURA DI GESTIONE							INDICATORI DI RISCHIO CORRUTTIVO E DI TRASPARENZA							
CODICE	VP	PROCESSO	AREA E LIVELLO DI RISCHIO	NOME MISURA	RESP.	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE	
VP1.AC1/AC2		Emissione metodi di prova	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica; Forniture di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato.	L'individuazione nel processo di una pluralità di soggetti cui sono affidate le differenti fasi del controllo (verificatore, codificatore, convalidatore e autorizzatore) non richiede ad oggi l'individuazione di ulteriori misure Livello: medio	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	-	-	-	-	-	-	-	
VP1.AC3/AC4/AC5	VP1	Gestione sistema Classyfarm ( consulenza/parere su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica)	Area: Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica	Gestione del conflitto di interessi	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Sede Territoriale di Brescia e Reparto Controllo e Produzione Materiale Biologico)	Continua - a seguito di ogni segnalazione di conflitto di interessi ricevuta, entro i termini previsti dall'art.4 comma 4 del Codice di Comportamento IZSLER	Disciplina del conflitto di interessi	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
VP1.AC6		Sequenziamento di specie batteriche/virali ( attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area; Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica	Gestione del conflitto di interessi	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischii ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua - a seguito di ogni segnalazione di conflitto di interessi ricevuta, entro i termini previsti dall'art.4 comma 4 del Codice di Comportamento IZSLER	Disciplina del conflitto di interessi	Numero conflitti di interessi gestiti secondo la procedura/ Numero conflitti di interessi segnalati	100%	100%	100%	100%	RPCT	

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP1.AC1.AC - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

MISURA DI GESTIONE								INDICATORI DI RISCHIO CORRUTTIVO E DI TRASPARENZA						
CODICE	VP	PROCESSO	AREA E LIVELLO DI RISCHIO	NOME MISURA	RESP.	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE	
VP1.AC1.AC6	VP1	Sequenziamento di specie batteriche/virali ( attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area; Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica	Sensibilizzazione del personale di nuova introduzione sui rischi e sulle misure individuate in tema di conflitti di interessi anche potenziale del personale coinvolto e in tema di conflitto di interessi tra attività di diritto pubblico e diritto privato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua- a seguito di nuovo personale introdotto	Sensibilizzazione e partecipazione	% personale nuova assunzione che ha ricevuto incontro di sensibilizzazione	100%	100%	100%	100%	RPCT	
				Livello: alto	Anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero di Fogli di lavoro anonimi nel campione / Totale numero conferimenti	100%	100%	100%	100%	RPCT
VP1.AC1.AC6	VP1	Sequenziamento di specie batteriche/virali ( attività analitica in regime di diritto pubblico)	Area; Supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica	Verifica anonimizzazione dei fogli di lavoro/anonimizzazione dei campioni	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	Controllo	numero Fogli di lavoro anonimi nel campione / numero Fogli di lavoro controllati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
				Livello: alto	Separazione funzioni del personale ( fase pre analitica e analitica)	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (Analisi dei Rischi ed Epidemiologia Genomica, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Tecnologie Biologiche Applicate)	Continua	Regolamentazione	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / Totale numero conferimenti	90%	90%	90%	90%	RPCT
				Verifica separazione funzioni del personale ( fase pre analitica e analitica)	RAQ	Annualmente in corso di verifica ispettiva interna del SQ	controllo	numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento con evidenza della separazione delle funzioni / numero Fogli di lavoro e Documenti di Accompagnamento verificati in sede di audit	90%	90%	90%	90%	RPCT	

## ALLEGATI

## ALLEGATI

## TAB.VP1.AC1.AC - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

MISURA DI GESTIONE							INDICATORI DI RISCHIO CORRUTTIVO E DI TRASPARENZA							
CODICE	VP	PROCESSO	AREA E LIVELLO DI RISCHIO	NOME MISURA	RESP.	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE	
VP1.AC1.AC7/ AC8	VP1	produzione vaccini stabulogeni	Area: attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione e altre tecnologie Livello: alto	Anonimizzazione della richiesta di produzione di vaccini stabulogeni	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	Continua	controllo regolamentazione	numero richieste di produzione di vaccini stabulogeni anonimizzate/numero richieste pervenute	0	100%	100%	100%	RPCT	
				Tenuta del registro delle scorte				numero dosi di vaccino registrate /numero dosi di vaccino prodotte						

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP2.AS2.AC - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA														
MISURA DI GESTIONE							INDICATORI DI RISCHIO CORRUTTIVO E DI TRASPARENZA							
CODICE	VP	PROCESSO	AREA E LIVELLO DI RISCHIO	NOME MISURA	RESP.	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE	
VP2.AS2.AC1	VP2	Produzione ricerca scientifica (Partecipazione a progetti di ricerca finanziati da fondi pubblici e da fondi privati per finalità pubbliche)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
VP2.AS2.AC2		Produzione ricerca scientifica (Attività e gestione dei progetti di ricerca autofinanziati)	Gestione delle attività di ricerca - livello alto	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
VP2.AS2.AC3		Produzione ricerca scientifica (Progetti di ricerca commissionati da enti privati)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	Al momento della richiesta di attivazione della ricerca	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT	
VP2.AS2.AC4		Produzione ricerca scientifica (Progetti di ricerca commissionati da enti privati)	Gestione delle attività di ricerca - livello medio	Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato	Dirigenti delle strutture incaricate del processo (tutte le strutture sanitarie)	In fase di proposta del progetto (IZSLER Capofila)	Disciplina del conflitto di interessi	n. dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi con attestazione del dirigente sovraordinato/ n.progetti attivati	100%	100%	100%	100%	RPCT	

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP3.AS4.AC - SEZIONE N. 2 - SOTTO SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

MISURA DI GESTIONE							INDICATORI DI RISCHIO CORRUTTIVO E DI TRASPARENZA						
CODICE	VP	PROCESSO	AREA E LIVELLO DI RISCHIO	NOME MISURA	RESP.	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE
VP3.AS4.AC1	VP3	Formazione di alta specializzazione degli operatori della salute pubblica	Incarichi e nomine - MEDIO	Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	Dirigente della formazione biblioteca comunicazione	Continua	Disciplina del conflitto di interesse	n. dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse acquisite/n. incarichi conferiti	100%	100%	100%	100%	RPCT
VP3.AS4.AC2			Controlli (esterni ed interni), verifiche, ispezioni (supporto tecnico) - MEDIO	Pubblicazione in Amministrazione trasparente di tutti gli incarichi conferiti.			Trasparenza	n. incarichi pubblicati/n. incarichi conferiti	100%	100%	100%	100%	RCPT
VP3.AS4.AC2			Controlli (esterni ed interni), verifiche, ispezioni (supporto tecnico) - MEDIO	Controllo congiunto da parte di due collaboratori in ordine alla stipula del contratto di partner tra IZL SER e l'azienda esterna			Controllo	n. contratti con partner verificati da due collaboratori/n. contratti stipulati	100%	100%	100%	100%	RPCT
VP3.AS4.AC3			Incarichi e nomine - MEDIO	Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse			Disciplina del conflitto di interesse	n. dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse acquisite/n. incarichi conferiti	100%	100%	100%	100%	RPCT

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP1/2/3.AS1/AS2/AS4.PERS SEZIONE N. 3 - SOTTO SEZIONE FABBISOGNO DEL PERSONALE													
AZIONE PROFESSIONALE							INDICATORI DELLE AZIONI PROFESSIONALI						
CODICE	VP	NOME	RESPONSABILE	AREA ORGANIZZATIVA	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE	
VP1.AS1.PERS1/PERS2				Dipartimenti sanitari e strutture in staff alla Direziona Sanitaria e SAQ			non previsto			-	-		
VP1.AS1.PERS3/4/5	VP1			Classyfarm			n. dirigenti veterinari			nel PTFP è prevista l'assunzione di n.13 unità del comaprtro e n.2 dirigenti per le strutture sanitarie	-		
VP1.AS1.PERS6				AREG			n. dirigente biologo tramite concorso pubblico			-	-		
VP1.AS1.PERS7/8		reclutamento di personale	Dott. Giovanni Ziviani	Lab. produzione terreni	Annuale	Salute professionale	non previsto	come da ex PTFP		-	-		
VP2.AS2.PERS1/PERS2/PERS3/PERS4	VP2			Strutture interessate dal servizio Ricerca			n.di personale addetto alla ricerca sanitaria ( ricercatore sanitario cat Ds - Collaboratore professionale di ricerca sanitaria cat. D)	8		-	-		
VP3.AS4.PERS1/PERS2/3	VP3			Formazione			non previsto			Al momento non è prevista alcuna assunzione in quanto il personale assegnato alle strutture è già sufficiente per ricoprirne le attività	-		

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP1/2/3.AS1/AS2/AS4.FORM SEZIONE N. 3 - SOTTO SEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE												
AZIONE FORMAZIONE						INDICATORI DELLE AZIONI FORMATIVE						
CODICE	VP	NOME	RESPONSABILE	AREA ORGANIZZATIVA	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE
VP1.AS1 .FORM1	VP1	Miglioramento delle competenze inerenti la sicurezza alimentare ( aggiornamento normativa)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SICUREZZA ALIMENTARE	Annuale	Salute professionale	N. di corsi sulla sicurezza alimentare	22	26	28	30	corsi programmati nel Piano Formazione
VP1.AS1 .FORM1/2		Miglioramento delle competenze inerenti la sanità animale ( decreti attuativi)	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	DIP.SANITA' ANIMALE	Annuale	Salute professionale	N. di corsi sulla sanità animale	34	35	35	35	
VP1.AS1 .FORM1/2		Miglioramento delle competenze inerenti tecniche analitiche	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	METODI PROVA	Annuale	Salute professionale	N. di corsi sulle tecniche analitiche	15	16	16	16	
VP1.AS1 .FORM3/4/5		Miglioramento delle competenze inerenti CLASSYFARM	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	CALSSYFARM	Annuale	Salute professionale	N. di corsi su CLASSYFARM	15	2	2	2	
VP1.AS1 .FORM6		Non sono programmati corsi specifici di formazione	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	AREG	Annuale	Salute professionale	N. di corsi per AREG	0	1	1	1	
VP1.AS1.FORM7/8			Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	PCMB	Annuale	Salute professionale	N. di corsi per vaccini	0	1	1	1	

## ALLEGATI

## ALLEGATI

TAB.VP1/2/3.AS1/AS2/AS4.FORM SEZIONE N. 3 - SOTTO SEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE													
AZIONE FORMAZIONE							INDICATORI DELLE AZIONI FORMATIVE						
CODICE	VP	NOME	RESPONSABILE	AREA ORGANIZZATIVA	TEMPI	DIMENSIONE	FORMULA INDICATORE	BASELINE	TARGET X	TARGET X+1	TARGET X+2	NOTE	
VP2.AS2. FORM1/2/3/4	VP2	Miglioramento competenze per il personale addetto alla ricerca tramite corsi mirati	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	Ricerca	Annuale	Salute professionale	n. corsi sulla ricerca in Izsler	8	5	5	5	corsi programmati nel Piano Formazione	
VP3.AS4 .FORM1/2	VP3	Formazione delle competenze per gli operatori della sanità	Dott. Guerino Lombardi (Formazione)	Formazione esterna	Annuale	Salute professionale	n. corsi per abilitazione uso Classyfarm/SQNBA/Biosicurezza	17	2	2	2		

