

REPORT DEL PIAO 2025

REPORT DEL PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE



Dott. Giorgio Varisco

Direttore Generale

Dott. Loris Giovanni Alborali

Direttore Sanitario

Dott. Luigi Faccincani

Direttore Amminlisitrativo

Gruppi Lavoro PIAO/REPORT 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 assicurazione 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

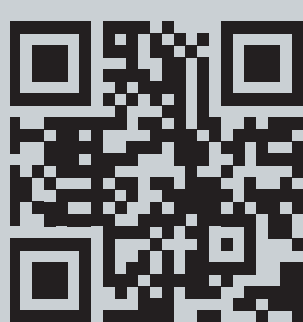


InDesign

Sito internet istituzionale-sito WEB: 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

PRESENTAZIONE DEL REPORT DEL PIAO

METODOLOGIA

FONTI ALIMENTANTI

1. SEZIONE ATTIVITA' SVOLTE E RISULTATI RAGGIUNTI

1.1 CONTESTO SANITARIO

1.2 RISULTATI PER AMBITO D'INTERVENTO E ATTIVITÀ TRASVERSALI

1.3 CONTESTO AMMINISTRATIVO

2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE - VALORE PUBBLICO

2.1.1 PROCESSO DI CREAZIONE DEL VALORE

2.1.2 QUANTO VALORE PUBBLICO GENERATO

2.2 SOTTOSEZIONE DI PERFORMANCE

2.2.1 PREMESSA

2.2.2 PARTE FUNZIONALE

2.2.3 PARTE GENERALE

2.3 SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1 PREMESSA

2.3.2 PARTE FUNZIONALE

2.3.3 PARTE GENERALE

3. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LAVORO AGILE

3.1.1 PREMESSA

3.1.2 PARTE FUNZIONALE

3.1.3 Coerenza tra la riorganizzazione organizzativa e la creazione di Valore Pubblico.

3.1.4 PARTE GENERALE

3.2 SOTTOSEZIONE - FABBISOGNO DI PERSONALE

3.2.1 PREMESSA

3.2.2 PARTE FUNZIONALE

3.2.3 PARTE GENERALE

3.3 SOTTOSEZIONE - FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.3.1 PREMESSA

3.3.2 PARTE FUNZIONALE

3.3.3 PARTE GENERALE

4. SEZIONE MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 MISURAZIONE E VALUTAZIONE PERFORMANCE ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

4.1.1 Premessa

4.1.2 RISULTATI DELLA PERFORMANCE ISTITUZIONALE

4.1.3 RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DI ENTE

4.1.4 RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

4.1.5 CONCLUSIONI E IMPEGNO VERSO GLI STAKEHOLDER

6

10

10

12

12

12

15

27

35

36

36

37

46

46

46

47

50

50

50

51

54

55

55

55

55

56

56

56

56

59

59

59

60

63

64

64

65

66

70

72



PRESENTAZIONE DEL REPORT DEL PIAO

Il presente Report, nel quale confluisce la relazione sulla performance, che si integra in un'ottica di semplificazione, in attesa di una nuova e specifica previsione normativa, costituisce uno strumento di rendicontazione integrata che rappresenta, in modo organico e sistematico, i risultati delle attività svolte dall’intera organizzazione nell’ambito del PIAO 2025–2027. I contenuti sono articolati nelle diverse sezioni e sottosezioni, all’interno delle quali confluiscono in maniera coordinata gli esiti delle politiche, dei processi e delle azioni intraprese, offrendo una visione complessiva e trasversale delle performance istituzionali. Il documento è finalizzato a illustrare agli stakeholder interni ed esterni come l’Istituto abbia tradotto la programmazione in risultati concreti, orientando le risorse disponibili e trasformando gli input in output e impatti, in un’ottica di creazione di Valore Pubblico. In tale ambito, il Valore Pubblico rappresenta una dimensione particolarmente rilevante da evidenziare per gli stakeholder, in quanto esprime il contributo dell’organizzazione al miglioramento misurabile e sostenibile del benessere della collettività e dell’ambiente di riferimento. Esso è generato attraverso scelte strategiche consapevoli e responsabili, è misurato mediante indicatori di risultato e di impatto, ed è sostenuto dall’equilibrio tra efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa. A tal fine, l’Istituto valorizza il proprio patrimonio complessivo — umano, organizzativo, sociale, finanziario, materiale e naturale — garantendone al contempo la tutela attraverso adeguate misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. Il Report si propone, pertanto, di rappresentare e valutare il contributo dell’organizzazione alla creazione di benessere collettivo, attraverso una rendicontazione integrata che considera anche gli impatti indiretti delle attività svolte. In tal modo, il processo di reporting restituisce una rappresentazione completa e significativa della governance, dell’approccio gestionale, delle strategie adottate e delle performance conseguite. Il framework adottato si sviluppa secondo logiche innovative e più estensive rispetto a quanto previsto dall’art. 5 del D.M. 132/2022, con l’obiettivo di pervenire alla realizzazione del “*One Report*”, in cui confluiscono informazioni qualitative, quantitative, finanziarie e non finanziarie, evidenziando altresì come il contesto interno ed esterno abbia influenzato i risultati raggiunti.

Si presenta quindi come:

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

Le tabelle seguenti illustrano la struttura del Report, i criteri adottati per l’elaborazione dello stesso e le modalità di monitoraggio delle diverse sezioni/sottosezioni.

Il presente Report del PIAO è stato validato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) nella seduta del 08.06.2026 e adottato dal Consiglio di Amministrazione (CdA) con la deliberazione n. 8 del 22.06.2026, ed è pubblicato sul sito istituzionale, in Amministrazione Trasparente, per una più ampia e trasparente diffusione dei contenuti.

Il Direttore Generale, Dott. Giorgio Varisco, presenta a tutti gli stakeholder il Report del PIAO 2025 , quale documento di sintesi e di rendicontazione integrata delle attività svolte e dei risultati conseguiti dall’Istituto nel periodo di riferimento, sottolinea il valore quale strumento di trasparenza, responsabilità e supporto ai processi decisionali, nonché quale base informativa rivolta agli stakeholder per il miglioramento continuo dell’azione amministrativa e per l’ulteriore rafforzamento della creazione di Valore Pubblico.

STRUTTURA DEL REPORT DEL PIAO - MAPPA NAVIGABILE			
SEZIONE N. 1 - ATTIVITA' REALIZZATE NELL'ANNO 2025			
SEZIONE N.2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE			
SOTTOSEZIONE N.2.1 VALORE PUBBLICO			
SOTTOSEZIONE N.2.2 PERFORMANCE		SOTTOSEZIONE N.2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	
PARTE FUNZIONALE	PARTE GENERALE	PARTE FUNZIONALE	PARTE GENERALE
SEZIONE N.3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO			
SOTTOSEZIONE N.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA		SOTTOSEZIONE N.3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	
SOTTOSEZIONE N.3.3 FABBISOGNO DEL PERSONALE		SOTTOSEZIONE N.3.4 FORMAZIONE	
PARTE FUNZIONALE	PARTE GENERALE	PARTE FUNZIONALE	PARTE GENERALE
SEZIONE N.4 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'IZSLER			
ALLEGATO A -ATTIVITA' REALIZZATE PER AMBITO D'INTERVENTO			
ALLEGATO B - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO			
ALLEGATO C - REPORT GENDER EQUALITY PLAN 2025			
ALLEGATO D - REPORT EX PIANO AZIONI POSITIVE 2025			
ALLEGATO E - ESITO DEL MONITORAGGIO FINALE			

CRITERI DI ELABORAZIONE DEL REPORT DEL PIAO	
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 (2026-2028) - Relazioni CNEL (2019 -2022) - Linea Guida PIAO/Report PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) - CCNL dei vari comparti.
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.
	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.
	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).
	Integrazione verticale e orizzontale: intesa come la capacità di utilizzare diverse direzioni di programmazione, dal mandato istituzionale alla strategia, dal miglioramento delle performance alla gestione dei rischi, in coerenza con le previsioni economico-finanziarie.
	Semplificazione: intesa non solo come snellimento dell’azione amministrativa, ovvero riduzione degli adempimenti incombenti, riduzione dei tempi e dei costi, ma anche come mezzo per creare una amministrazione più efficiente, in grado di raggiungere i suoi obiettivi con un consumo minimo di risorse. La semplificazione va di pari passo con la digitalizzazione, due facce della stessa medaglia, che deve riguardare documenti, ma anche processi nel rispetto di quanto richiesto anche dalle riforme più recenti.
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: Nucleo Valutazione Prestazioni, Consiglio di Amministrazione, Stakeholders, Direzione strategica.
PROCESSO	Rispetto delle fasi, ruoli e tempi di attuazione definiti nel cronoprogramma delle attività.

CRITERI RELATIVO AL MONITORAGGIO
Il sistema di monitoraggio è strutturato su due livelli: -Livello analitico, gestito dai Responsabili delle singole sottosezioni, che consente un controllo dettagliato delle attività e dei risultati; -Livello sintetico, che fornisce una visione complessiva e aggregata dell’andamento complessivo. Il monitoraggio del Valore Pubblico è finalizzato a rendicontare, nel tempo, il livello di creazione di Valore Pubblico, in coerenza con i tre obiettivi individuati. Esso è effettuato secondo uno specifico metodo di misurazione e messo a disposizione degli stakeholder di riferimento, al fine di garantirne la trasparenza e l'accountability. Il monitoraggio della sezione “Performance” avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1 lett b del D Lgs 150/2009 e sulla base di quanto definito nel SMVP. Il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avviene 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. Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance viene effettuato su base triennale dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai sensi dell’art. 5 del D.M. 30 giugno 2022, n. 132. Tale monitoraggio mette in evidenza il grado di attuazione dell'ex PTFP e dell'ex Piano Formativo, offrendo una valutazione complessiva dell’allineamento tra programmazione strategica e sviluppo delle risorse umane.

METODOLOGIA

Il documento è redatto ai sensi dell’art. 10, comma 1, D Lgs 150/2009 e sulla base della Linea Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica. L’approccio metodologico utilizzato per la redazione si basa sulla sinergia e integrazione tra le diverse prospettive, sia in un’ottica verticale (dal mandato alla tattica) che orizzontale (tra performance/misure anticorruzione/previsioni eco-patrimoniali).E’ ispirato alla logica dell’integrazione, ed essendo simmetrico al PIAO, è strutturato in Sezioni e SottoSezioni.La struttura delle Sezioni e SottoSezioni, progettata per migliorare la leggibilità e la navigabilità del documento, è articolata in due parti:

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

Per la sua realizzazione IZSLER si è avvalso della collaborazione del Centro di Ricerca sul Valore Pubblico (www.cervap.it) dell’Università degli Studi di Ferrara per quanto riguarda la misurazione del valore pubblico e del supporto degli Integration Teams.

FONTI ALIMENTANTI

Per la stesura del Report sono stati analizzati i dati e le informazioni fornite e certificate dal Controllo di Gestione, ma anche da altre fonti alimentanti, sulla base degli esiti del monitoraggio sintetico ed analitico. Lo schema mette in evidenza la connessione di informazioni e dati, necessari per l’analisi dei processi decisionali, supportati da diversi flussi di reporting.



1. SEZIONE ATTIVITA' SVOLTE E RISULTATI RAGGIUNTI

2025: UN ANNO DI SFIDE E CRESCITA

La presente Sezione comprende i seguenti argomenti:

- ❖ n.1.1 contesto sanitario;
- ❖ n.1.2 risultati per Ambito d'intervento e attività trasversali;
- ❖ n.1.3 contesto amministrativo con una rappresentazione sintetica dei risultati.

Allegati del documento attinenti alla presente sezione sono:

- ❖ [Allegato A: attività per ambito d' intervento.](#)

1.1 CONTESTO SANITARIO

Nel corso del 2025, la sanità pubblica veterinaria in Italia si è collocata in un contesto complesso e dinamico, caratterizzato dalla coesistenza di emergenze sanitarie persistenti, dalla necessità di prevenire minacce emergenti e dal progressivo consolidamento di strumenti e approcci orientati a una gestione integrata del rischio sanitario. Zoonosi ed epizootie hanno continuato a rappresentare le principali fonti di pressione sui Servizi Veterinari pubblici e sugli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, richiedendo un elevato livello di prontezza operativa, capacità di sorveglianza e coordinamento istituzionale. In tale scenario, la Peste Suina Africana (PSA) si è confermata anche nel 2025 come la criticità sanitaria di maggiore impatto economico e sociale per il comparto zootecnico nazionale. Pur non trattandosi di una zoonosi, la PSA ha richiesto l'adozione di ordinanze straordinarie, misure di contenimento rafforzate e un intenso impegno operativo, in particolare nelle Regioni Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna e Lombardia. Le attività si sono concentrate sulla sorveglianza attiva e passiva, sulla gestione della popolazione di cinghiali, sul rafforzamento della biosicurezza negli allevamenti suinicoli e sull'attuazione del Piano Nazionale di sorveglianza ed eradicazione 2025-2027, concepito come strumento flessibile e adattabile all'evoluzione del quadro epidemiologico. Parallelamente, l'influenza aviaria ad alta patogenicità ha mantenuto elevato il livello di attenzione, in un contesto europeo caratterizzato da una marcata circolazione del virus nell'avifauna selvatica, fortemente influenzata dalle dinamiche migratorie. In Italia, la presenza di focolai in diverse regioni del Nord ha confermato la necessità di misure di prevenzione stringenti, del mantenimento di zone di restrizione e di un'intensa attività di sorveglianza negli allevamenti avicoli e negli uccelli selvatici, al fine di ridurre il rischio di introduzione e diffusione del virus in aree ad alta densità produttiva. Accanto a queste emergenze ormai strutturali, nel 2025 è emersa con particolare rilevanza la Lumpy Skin Disease (LSD), o dermatite nodulare contagiosa, malattia virale altamente infettiva dei bovini e dei bufali, che ha rappresentato una nuova e significativa sfida per il sistema sanitario veterinario nazionale. Dopo la conferma dei primi focolai in Sardegna a giugno 2025, la situazione ha richiesto un immediato intervento delle Autorità sanitarie competenti, con il coinvolgimento diretto dei Servizi Veterinari regionali e degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, incaricati delle attività diagnostiche, di sorveglianza e di supporto tecnico-scientifico. La LSD, causata da un virus del genere Capripoxvirus, si trasmette prevalentemente attraverso insetti ematofagi vettori (zanzare, mosche e zecche) e, pur non essendo trasmissibile all'uomo, comporta importanti conseguenze sanitarie ed economiche per il settore zootecnico, con riduzione della produttività, impatto sul benessere animale e gravi limitazioni alle movimentazioni e agli scambi commerciali. In risposta all'emergenza, sono state istituite zone di protezione e sorveglianza con raggio fino a 20 e 50 km dai focolai, disposto il blocco delle movimentazioni dei bovini vivi al di fuori delle aree a rischio, e applicate misure di abbattimento degli animali infetti o sospetti, con smaltimento controllato delle carcasse. Contestualmente sono state avviate attività di valutazione del rischio finalizzate alla riduzione dei danni economici conseguenti all'innalzamento di barriere sanitarie nei confronti dei prodotti italiani da parte di paesi terzi. Nel medesimo periodo, altre patologie a potenziale impatto sanitario e zoonotico sono rimaste oggetto di monitoraggio costante. Nel corso del 2025, l'IZSLER ha inoltre rafforzato in modo significativo le attività di prevenzione delle malattie esotiche ad alto impatto, in particolare nei confronti dell'afta epizootica. L'allerta a livello europeo, determinata dalla segnalazione di focolai in alcuni Paesi dell'Unione, ha comportato il potenziamento delle misure di biosicurezza, l'intensificazione dei controlli sulle movimentazioni animali, la disinfezione dei mezzi di trasporto e la predisposizione di strumenti di preparedness, tra cui la banca vaccinale nazionale. In tale ambito, le attività di formazione e comunicazione rivolte a veterinari, allevatori e operatori del settore hanno rappresentato un elemento chiave per accrescere la consapevolezza del rischio e favorire un approccio proattivo alla prevenzione. In risposta alla crescente complessità epidemiologica, alla pressione emergenziale e alle nuove esigenze di prevenzione e sorveglianza, l'Istituto ha operato come nodo centrale di integrazione tra sanità animale, sanità pubblica, sicurezza alimentare e tutela dell'ambiente, traducendo gli indirizzi strategici nazionali ed europei in attività operative, strumenti di governance del rischio e supporto qualificato alle Autorità competenti. Il perdurare e la sovrapposizione di emergenze sanitarie animali ad alto impatto, unitamente all'aumento dell'attenzione verso rischi emergenti

legati all'ambiente, ai vettori e all'antimicrobico-resistenza, hanno reso necessario un significativo potenziamento delle capacità diagnostiche, organizzative e di coordinamento dell'Istituto. In tale scenario, le attività dell'Area sanitaria si sono sviluppate secondo un approccio sempre più orientato alla prevenzione e alla gestione integrata del rischio, valorizzando i sistemi di sorveglianza, il benessere animale, il controllo ufficiale lungo l'intera filiera agro-alimentare e il contributo tecnico-scientifico fornito dalla ricerca. Un ulteriore elemento qualificante dell'azione di sanità pubblica veterinaria nel 2025 è stato il consolidamento di strumenti di governance del rischio, tra cui ClassyFarm, sempre più riconosciuto come supporto strategico per la valutazione del rischio e la pianificazione dei controlli ufficiali. L'integrazione di dati relativi al benessere animale, alla biosicurezza, all'uso dei medicinali veterinari e ai parametri produttivi consente una programmazione dei controlli basata su criteri di proporzionalità e prevenzione, aumentando l'efficacia complessiva del sistema di sorveglianza. La sicurezza alimentare ha continuato a occupare un ruolo centrale, affrontata in un'ottica sistemica che comprende tracciabilità delle produzioni, gestione dei contaminanti, contrasto alle frodi e sostenibilità delle filiere. Le malattie di origine alimentare, in particolare quelle sostenute da *Listeria monocytogenes*, *Campylobacter* e *Salmonella*, restano una causa rilevante di morbosità nella popolazione europea. Le attività di sorveglianza lungo l'intera filiera, supportate dall'impiego di strumenti innovativi come il sequenziamento dell'intero genoma, consentono di individuare tempestivamente i focolai e di migliorare la gestione coordinata del rischio, rafforzando la tutela della salute pubblica. Il 2025 si configura pertanto come un anno di consolidamento strutturale, in cui la pressione emergenziale ha accelerato l'integrazione tra sanità animale, sanità pubblica, ambiente e sicurezza alimentare, rafforzando il ruolo dell'IZSLER quale riferimento tecnico-scientifico a supporto delle politiche sanitarie regionali e nazionali, in una prospettiva pienamente coerente con l'approccio One Health. Si sottolineano, di seguito, gli aspetti più salienti:

Sanità animale: ha rappresentato l'ambito di massima pressione operativa per l'Istituto, a causa del perdurare e della sovrapposizione di emergenze epidemiche ad elevato impatto (Peste Suina Africana, Influenza Aviaria ad alta patogenicità, Blue Tongue e Lumpy Skin Disease). La gestione di tali emergenze ha determinato volumi diagnostici molto elevati e strutturalmente stabilizzati, imponendo una riorganizzazione dei flussi di laboratorio, l'ottimizzazione dei processi analitici e l'attivazione continuativa della pronta disponibilità. Il contesto ha richiesto un rafforzamento delle competenze in virologia e biologia molecolare e ha consolidato il ruolo di IZSLER come snodo centrale del sistema di sorveglianza e risposta sanitaria, a supporto delle Autorità regionali e nazionali.

Benessere animale: l'estensione operativa del sistema ClassyFarm, l'avvio del Sistema di Qualità Nazionale Benessere Animale (SQNBA), l'aggiornamento e la riscrittura delle checklist e l'intensa attività formativa hanno trasformato il benessere animale da ambito valutativo a strumento operativo di prevenzione, pianificazione dei controlli e riduzione dei rischi sanitari. Il contesto è stato caratterizzato da una crescente domanda di uniformità, trasparenza e tracciabilità, che ha rafforzato il ruolo dell'Istituto nel supporto a veterinari pubblici e privati e nel dialogo con gli stakeholder della filiera.

Sicurezza alimentare: il consolidamento dell'accreditamento flessibile, l'elevato numero di metodi di prova accreditati e l'attività di revisione e sviluppo metodologico hanno consentito di garantire elevati livelli di affidabilità e tempestività nei controlli ufficiali. Particolarmente rilevante è stato il rafforzamento del ruolo istituzionale dell'Istituto, anche attraverso la designazione di laboratori di riferimento nazionali, che ha confermato la centralità di IZSLER nel sistema dei controlli a tutela della sicurezza alimentare e della filiera agro-alimentare.

SNPS: il contesto della sanità pubblica e ambientale è stato caratterizzato da una crescente attenzione ai rischi emergenti legati all'ambiente, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, alle zoonosi e all'antimicrobico-resistenza. Le attività di sorveglianza entomologica, il monitoraggio delle arbovirosi, delle malattie da zecche e dei patogeni circolanti nella fauna selvatica si sono consolidate come attività strutturali. Parallelamente, il monitoraggio ambientale dell'AMR nelle acque reflue e superficiali e la gestione delle emergenze ambientali (es. incendi con ricadute sanitarie) hanno rafforzato l'integrazione tra competenze chimiche, microbiologiche e molecolari, rendendo l'approccio One Health un elemento centrale del contesto operativo.

Ricerca: la partecipazione a progetti competitivi nazionali ed europei, il rafforzamento dei tavoli di coordinamento e l'avvio di sistemi di valutazione della produzione scientifica hanno contribuito a orientare la ricerca verso obiettivi applicativi, di supporto alle politiche sanitarie e di innovazione metodologica. Il contesto ha favorito un crescente allineamento con le priorità europee e nazionali e ha rafforzato la funzione della ricerca come strumento di anticipazione del rischio e di supporto alle decisioni.



1.2 RISULTATI PER AMBITO D'INTERVENTO E ATTIVITÀ TRASVERSALI

Nelle pagine che seguono si intende porre l'attenzione sulle principali attività svolte e sui risultati conseguiti, organizzati per ambito di intervento: sanità e benessere animale, sicurezza alimentare, ricerca, Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), laboratorio clinico e formazione. Sono inoltre considerate le attività trasversali, quali il sistema qualità e l'epidemiologia genomica. Tali contenuti sono presentati di seguito in forma sintetica, mentre un maggiore livello di approfondimento è riportato nell' [Allegato A](#).

Si precisa che le attività realizzate e i risultati conseguiti sono stati garantiti attraverso un approccio pienamente coerente con il paradigma **One Health**, inteso come modello integrato di tutela della salute pubblica che riconosce l'interconnessione tra salute animale, salute umana e ambiente. Tale impostazione ha orientato in modo trasversale l'azione istituzionale dell'Istituto, dalla sorveglianza e prevenzione delle malattie animali e zoonotiche, alla sicurezza alimentare, alla ricerca scientifica e alla formazione, favorendo una lettura unitaria dei rischi sanitari e una risposta coordinata alle sfide emergenti. In ambito sanitario e tecnico-scientifico, l'approccio One Health si è tradotto nel rafforzamento delle attività di monitoraggio epidemiologico, nello sviluppo e nell'attuazione dei controlli ufficiali lungo la filiera agro-alimentare e nella realizzazione di progetti di ricerca orientati alla comprensione delle interazioni tra agenti biologici, sistemi produttivi e fattori ambientali. Sul piano organizzativo e formativo, l'Istituto ha promosso una crescente integrazione delle competenze multidisciplinari presenti al proprio interno, valorizzando il contributo congiunto di professionalità veterinarie, biologiche, chimiche, ambientali e informatiche. I percorsi formativi e le iniziative divulgative realizzate nell'anno hanno ulteriormente rafforzato la diffusione di tale cultura, sia all'interno dell'Istituto sia nei confronti degli stakeholder.

L'adozione dell'approccio One Health rappresenta per l'IZSLER non solo un riferimento concettuale, ma un elemento strutturale del modello operativo, pienamente coerente con le strategie nazionali ed europee in materia di salute pubblica, prevenzione e sostenibilità, e costituisce una leva fondamentale per affrontare in modo integrato le sfide sanitarie attuali e future.

"Approccio ONE HEALTH": viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un approccio integrato e unificante che mira a equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi.



SANITA' ANIMALE

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- A. Sviluppo di strategie di controllo ed eradicazione della PSA, AIV e BTV a supporto delle autorità regionali a seguito della comparsa di focolai nel domestico e selvatico in Lombardia ed Emilia Romagna
- B. Estensione e implementazione delle attività dei Laboratori Entomologici Regionali per il controllo delle arbovirus emergenti ed esotiche
- C. Sorveglianza di patogeni virali emergenti negli animali selvatici a tutela della salute pubblica e della biodiversità.



FOCUS

EMERGENZE EPIDEMICHE: INFLUENZA AVIARIA - PESTE SUINA AFRICANA - BLUE TONGUE - LUMPY SKIN DISEASE (AIV -PSA -BT- LSD)

Nel 2025 e nei primi mesi del 2026, le regioni Lombardia ed Emilia-Romagna sono state interessate da diverse emergenze sanitarie veterinarie che hanno determinato un forte incremento dell'attività diagnostica e organizzativa. L'epidemia di influenza aviaria H5N1 ha comportato un aumento significativo dei campioni e la necessità di garantire risposte rapide, con estensione degli orari di lavoro e attivazione della pronta disponibilità anche nei giorni festivi. Sono stati registrati focolai sia negli allevamenti avicoli sia nei volatili selvatici, con l'applicazione delle misure di contenimento previste dalla normativa europea. Parallelamente, la diffusione della Peste Suina Africana, introdotta in Italia nel 2022, ha continuato a esercitare una forte pressione diagnostica, con un marcato aumento delle analisi molecolari rispetto al periodo pre-epidemico e una stabilizzazione su livelli elevati nel 2025. La malattia si è estesa anche in Lombardia ed Emilia-Romagna, rendendo necessarie misure straordinarie di controllo e sorveglianza per tutelare il comparto suinicolo. Anche la Blue Tongue Virus (BTV), dopo il picco epidemico del 2024, ha richiesto nel 2025 un'intensa attività di monitoraggio, con volumi di analisi ancora elevati rispetto al periodo precedente all'emergenza. Infine, la comparsa di focolai di Lumpy Skin Disease (LSD), inclusi casi legati alla movimentazione animale, ha determinato un ulteriore incremento delle analisi diagnostiche, evidenziando la necessità di rafforzare i controlli sanitari. Nel complesso, il 2025 è stato caratterizzato da un'elevata pressione sanitaria e da un consolidamento delle attività di sorveglianza e risposta rapida alle emergenze.

 n. 2.207.126 esami/anno

SICUREZZA ALIMENTARE

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- D. Implementazione e sviluppo di metodiche necessarie al controllo degli alimenti e dell'alimentazione animale
- E. Rafforzamento del ruolo istituzionale
- F. Supporto ai controlli ufficiali e gestione dei campioni non conformi
- G. Organizzazione del Dipartimento



FOCUS

DESIGNAZIONE DEL LNR FIA

La designazione ministeriale del febbraio 2025 del RCH BO, congiuntamente all'ISS, quale Laboratorio Nazionale di Riferimento per i Miglioratori Alimentari costituisce il risultato più rilevante dell'anno. Il riconoscimento rafforza il profilo nazionale del Dipartimento nei controlli ufficiali e apre una fase nuova di coordinamento tecnico-scientifico, sviluppo metodico, supporto ai laboratori ufficiali e rapporti con il sistema europeo dei laboratori di riferimento.

CONSOLIDAMENTO DELL'ACCREDITAMENTO FLESSIBILE E DELLO SVILUPPO METODICO

Nel 2025 il Dipartimento ha trasformato il potenziamento tecnologico e l'aggiornamento normativo in revisione dei metodi, nuove emissioni e ampliamento dei campi applicativi. I due reparti chimici hanno consolidato l'utilizzo del campo flessibile, raggiungendo 69 MMPP complessivi, mentre i dati di reparto confermano un intenso lavoro su revisioni, rivalidazioni e accreditamento

 n. 860.988 esami/anno

BENESSERE ANIMALE

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- A. Continuo sviluppo del sistema Classyfarm
- B. Attuazione in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni per la definizione del piano nazionale per il benessere animale (PNBA)
- C. Predisposizione e attuazione di corsi di formazione per medici veterinari pubblici e privati in tema di benessere animale
- D. Valutazione di nuovi sistemi per l'abbattimento di suini in campo a seguito di emergenze epidemiologiche
- E. Sviluppo ed attuazione di progetti interni per la tutela del benessere nei vitelli, in affiancamento dei Veterinari ATS Brescia e Val Padana nelle attività di campionamento e analisi del materiale prelevato

BENESSERE ANIMALE



FOCUS

BENESSERE ANIMALE E SVILUPPO DEL SISTEMA CLASSYFARM

Nel corso del 2025 il sistema ClassyFarm è stato oggetto di nuove applicazioni a favore della veterinaria pubblica, privata e della zootecnia. Già alla fine del 2022, il sistema era stato integrato in numerose leggi nazionali come uno dei pilastri fondamentali della veterinaria e della zootecnia italiana. Nel 2025, è stato dato il via alla applicazione del I DECRETO 23 ottobre 2024, che stabilisce i requisiti di certificazione (disciplinari) per la specie bovina e per la specie suina da ingrasso allevata all'aperto, nell'ambito del "Sistema di Qualità Nazionale per il Benessere Animale". I disciplinari, che hanno le loro fondamenta negli strumenti di valutazione messi a disposizione da ClassyFarm, sono stati applicati a partire dall'estate 2025 in molte realtà del territorio nazionale consentendo di ottenere la certificazione di processo in molti allevamenti dando il via al processo di etichettatura e soprattutto alla possibilità di accedere alle risorse della PAC. Queste novità hanno amplificato notevolmente l'interesse e l'utilizzo di ClassyFarm che è stato oggetto di numerose attività correlate, volte alla costruzione-revisione dei questionari di valutazione del benessere animale e della biosicurezza per le specie ruminanti, suini, avicoli e conigli in modo da renderli uniformemente interpretabili e fruibili. Anche l'attività di estrazione e analisi dei dati inseriti e la loro interpretazione a supporto delle associazioni di filiera e Autorità competenti è stata fortemente implementata. Lo sviluppo di un unico applicativo per la valutazione del rischio per il benessere animale, la biosicurezza degli allevamenti e il consumo di antibiotico continua, nel corso del 2025 a contribuire un forte motivo di collaborazione fra la rete degli IZZSS e fra questi e le attività sul territorio svolte dagli organi di sanità pubblica veterinaria.

 n. 351.681 accessi a Classyfarm

RICERCA

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- A. Ricerca competitiva nazionale ad internazionale
- B. Sistema di valutazione scientifica dei ricercatori
- C. Tavoli di coordinamento

RICERCA



FOCUS

PARTECIPAZIONE DELL'ISTITUTO AI PROGRAMMI EUROPEI E ALLA EUPAHW NEL 2025

Nel corso del 2025, l'attività progettuale dell'Istituto si è rafforzata principalmente in ambito internazionale e nei programmi competitivi nazionali, evidenziando un crescente posizionamento nei network europei della ricerca su salute e benessere animale. Un risultato rilevante è rappresentato dalla formalizzazione della partecipazione ai Work Programme 2025-2027 dei centri di riferimento dell'Unione europea per il benessere animale, in particolare European Union Reference Centre for Animal Welfare for Poultry and other Small Farmed Animals e European Union Reference Centre for the Animal Welfare of Ruminants and Equines. Tali centri svolgono un ruolo chiave nel supportare la Commissione europea e gli Stati membri nell'implementazione e nell'armonizzazione delle politiche sul benessere animale. Parallelamente, si consolida il coinvolgimento dell'Istituto nella European Partnership on Animal Health and Welfare, alla quale partecipa in qualità di ente beneficiario. In questo contesto, nel settembre 2025 è stata presentata – tramite l'Università di Ghent in qualità di ente coordinatore – la proposta progettuale "Additional activities for the European partnership on animal health and welfare", nell'ambito della call HORIZON-CL6-2025-02-FARM2FORK-02. La proposta, finalizzata al finanziamento di attività aggiuntive della partnership, ha già ricevuto una valutazione positiva da parte della Commissione europea; è attualmente in corso la fase di formalizzazione della convenzione di finanziamento. Questo passaggio rappresenta un ulteriore rafforzamento del ruolo dell'Istituto all'interno delle principali iniziative europee dedicate alla sanità e al benessere animale, nonché un'opportunità per ampliare il contributo scientifico e operativo a livello internazionale.

 n. 172 pubblicazioni scientifiche ad alto IF

LABORATORIO CLINICO

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- A. Riclassificazione del Laboratorio Clinico ai sensi della DGR n. XI/7044/2022
- B. Sorveglianza delle Antibiotico Resistenze nelle Residenze Sanitarie Assistenziali
- C. Sorveglianza delle varianti di SarsCov2
- D. Coinvolgimento nel piano pandemico influenzale

LABORATORIO CLINICO



FOCUS

LABORATORIO CLINICO ULTRA-SPECIALISTICO IN MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA SENZA PUNTO PRELIEVI

Regione Lombardia con la DGR n° XI/5808 del 29/12/2021 “Determinazioni in ordine alle prestazioni di laboratorio connesse all'emergenza COVID-19 erogate dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, ha invitato IZSLER a procedere con la richiesta di autorizzazione ed accreditamento del laboratorio Covid19. A seguito di parere favorevole da parte di ATS Brescia, la DG Welfare delibera l'Autorizzazione ed Accreditamento del nuovo Servizio di Medicina di Laboratorio specializzato senza punto prelievi (DGR n. G1.2022.0041459 del 13/10/2022). Il nuovo laboratorio è stato poi riclassificato ai sensi della DGR n. XI/7044 del 26.09.2022 in Laboratorio Clinico Ultra-specialistico in Microbiologia e Virologia senza punto prelievi in data 03/08/2023. Con DGR n. XII/63 del 27/03/2023, il Laboratorio Clinico è stato incluso nella rete RL-INFLU come laboratorio di II livello per il supporto al piano pandemico influenzale, riconosciuto per competenze, dotazioni tecnologiche e prontezza operativa. Il Laboratorio sarà tra i primi ad attivarsi in caso di emergenza, insieme ai laboratori di riferimento di I livello. A supporto di questo ruolo strategico, partecipa regolarmente ai programmi di verifica esterna della qualità per l'identificazione dei virus respiratori, organizzati dal Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio. Inoltre, tra le attività previste, è stato approvato un progetto per la sorveglianza delle antibiotico-resistenze nelle RSA, finanziato da Regione Lombardia (DGR n. XII/2926 del 5/08/2024), con particolare attenzione alle carbapenemasi, in una popolazione fragile e frequentemente ospedalizzata. Prosegue il monitoraggio delle varianti di SARS-CoV-2 mediante sequenziamento genomico. L'attività, coordinata dall'ISS, coinvolge anche Fondazione Poliambulanza, ASST del Garda e Università di Milano per la raccolta e analisi dei dati lombardi. Per l'Emilia-Romagna, l'attività è condotta anche da AREG.

Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (S.N.P.S.)

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- A. Istituzione del Gruppo di Lavoro tematico sulle Emergenze Incendi e di natura chimica
- B. Interventi sui focolai autoctoni di malattie emergenti trasmesse da vettori
- C. Monitoraggi su AMR nell'ambiente

SNPS



FOCUS

MALATTIE TRASMESSE DA ZECCHIE

Negli ultimi anni le malattie trasmesse dalle zecche hanno assunto una crescente rilevanza sanitaria, anche a causa del cambiamento climatico che ha favorito l'espansione dei vettori e l'allungamento dei periodi di esposizione al rischio. In questo contesto, l'entrata a regime nel 2025 del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Lombardia ha introdotto un approccio integrato One Health, basato sul coordinamento tra medicina umana, veterinaria e tutela ambientale. Il sistema di sorveglianza, centrato sul ruolo di IZSLER, ha consentito sia l'identificazione tempestiva dei patogeni trasmessi dalle zecche, a supporto della gestione clinica dei casi umani, sia la raccolta sistematica di dati utili alla definizione di mappe di rischio territoriali. L'analisi di circa 4.100 zecche nel primo anno di attività ha evidenziato una diffusione non uniforme degli agenti patogeni sul territorio, con una positività media pari a circa il 25%, confermando la rilevanza del rischio infettivo. I risultati ottenuti sottolineano l'importanza della collaborazione tra istituzioni sanitarie e del coinvolgimento attivo della cittadinanza, elemento fondamentale della prevenzione, in un contesto in cui il controllo ambientale dei vettori risulta limitato e la protezione dipende in larga misura dai comportamenti individuali.



Obiettivo 13 Agenda ONU: mira a contrastare il cambiamento climatico e i suoi effetti promuovendo azioni concrete a livello globale. In particolare, punta a rafforzare la resilienza e la capacità di adattamento ai rischi climatici e ai disastri naturali, integrando le misure di contrasto nelle politiche e nelle strategie nazionali.

FORMAZIONE

PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

- A. Formazione nazionale di risposta alle emergenze sanitarie ad elevato impatto sanitario
- B. Consolidamento di ClassyFarm come strumento di governance del rischio sanitario
- C. Attuazione della piattaforma nazionale di formazione per operatori e trasportatori di animali (D.M. 6 settembre 2023)
- D. Trasferimento strutturato delle competenze acquisite in ambito europeo (BTSF)

FORMAZIONE



FOCUS

Nel 2025 l'attività formativa dell'IZSLER ha fornito una risposta immediata e mirata all'innalzamento del livello di allerta europea per l'afta epizootica, conseguente alla presenza di focolai in alcuni Paesi dell'Unione Europea. In un contesto che richiedeva aggiornamenti tempestivi e omogenei per i Servizi Veterinari e gli operatori del settore, l'Istituto ha attivato iniziative formative specifiche a supporto delle attività di prevenzione, sorveglianza e gestione del rischio. In particolare, è stato realizzato nel 2025 il corso FAD ECM "Afta epizootica: una malattia sempre attuale", promosso dal Centro di Riferenza Nazionale per le Malattie Vescicolari, finalizzato all'aggiornamento su epidemiologia, quadro normativo (Animal Health Law), diagnostica di laboratorio, biosicurezza e misure di controllo. Il corso ha consentito una diffusione rapida e capillare delle conoscenze, contribuendo a rafforzare la prontezza operativa dei professionisti coinvolti in una fase di particolare criticità. La disponibilità di competenze specialistiche consolidate e l'esperienza dell'IZSLER nella gestione delle emergenze sanitarie hanno permesso di trasformare la formazione in un supporto operativo concreto al sistema di sanità pubblica veterinaria, confermando nel 2025 il ruolo dell'Istituto come riferimento tecnico-scientifico nazionale anche nell'ambito della formazione emergenziale.



n. 26.563 partecipanti esterni ai corsi

SISTEMA QUALITA'



I principi chiave del Sistema Qualità dell'IZSLER si basano sull'assunto che questa non può mai essere auto referenziazione, ma è tale solo se verificata da terzi, l'Istituto ha quindi deciso di perseguire l'obiettivo dell'eccellenza attraverso il miglioramento continuo delle sue competenze tecniche e dei suoi sistemi di gestione volti a garantire indipendenza, trasparenza e imparzialità del laboratorio nei confronti dei suoi utenti, sia in ambito ufficiale come Laboratorio Ufficiale di controllo sia nelle attività privatistiche. Questo si raggiunge attraverso un sistema di gestione che garantisce continuità di applicazione delle procedure nelle 17 sedi dell'Ente, efficacia delle misure adottate, ampia partecipazione e condivisione delle politiche e dei principi della Qualità da parte del personale ed efficienza nella gestione delle risorse, tutto questo è perseguito con l'obiettivo di garantire risultati analitici affidabili attraverso l'accreditamento secondo UNI CEI EN ISO/IEC 17025, rilasciato da ACCREDIA quale ente unico nazionale di accreditamento. L'accreditamento assicura competenza tecnica nell'esecuzione delle prove, indipendenza, imparzialità e soddisfazione dell'utente.

L'IZSLER considera il Sistema Qualità un elemento imprescindibile per rispondere alle esigenze degli utenti e adottare soluzioni gestionali adeguate all'efficientamento dell'intera organizzazione. Il Sistema Qualità si occupa di garantire anche attraverso i rapporti con ACCREDIA la conformità del Sistema di Gestione alla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025; di gestire le non conformità generali che hanno ripercussioni sul sistema e i reclami tecnici a cui risponde direttamente come figura terza non direttamente coinvolta con i fatti reclamati; di organizzare Audit interni e offrire supporto alle sedi campionate durante gli audit esterni; aggiornare e razionalizzare processi e procedure gestionali dei servizi core e di supporto; revisionare e semplificare la documentazione organizzativa.

RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Ogni anno l'Istituto elabora il Riesame, secondo la normativa ISO 17025, al fine di assicurare l'efficacia del sistema nel soddisfare gli obiettivi di qualità e analizzare le performance dell'organizzazione. Lo scopo del riesame è aiutare l'organizzazione a migliorare analizzando le informazioni raccolte, prendendo decisioni e svolgendo apposite azioni in conseguenza di ciò che si è rilevato. Inoltre l'Istituto ogni anno adotta il Piano di Audit che contiene la pianificazione di tutti gli audit che verranno svolti nell'anno. Per la definizione del Piano stesso si è tenuto conto anche degli atti di indirizzo adottati da ANAC in materia di anticorruzione. Il Piano è redatto secondo lo schema definito da ACCREDIA. Gli esiti degli audit gestionali amministrativi e sanitari sono ricompresi nella relazione annuale della RPCT. Gli audit interni realizzati nell'anno 2025 sono stati:

- ❖ n. 21 sulla base della norma ISO 17025;
- ❖ n. 3 sulla base della norma ISO 9001;
- ❖ n. 4 per la biosicurezza;
- ❖ n. 6 gestionali.

per l'anno 2025, si segnala:

- ❖ L'attivazione dell'accreditamento flessibile per sede di Brescia per la ricerca di OGM che si aggiunge a quanto già ottenuto nel 2024 per i metodi chimici dei due reparti chimici di Brescia e Bologna;
- ❖ La continua informatizzazione del percorso di emissione dei documenti nuovi/revisionati della qualità e delle registrazioni legate alle dotazioni strumentali;
- ❖ Il mantenimento operativo del sistema Labguard per il monitoraggio delle temperature delle camere climatiche, con 1570 sonde attualmente operanti nell'ente.

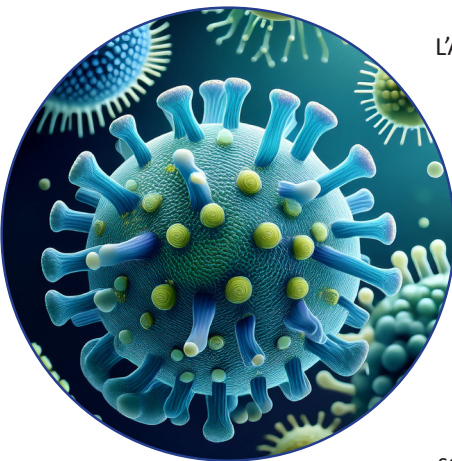
n. 394 metodi di prova accreditati - **n. 50** nuovi metodi di prova emessi;

n. 498 documenti della qualità revisionati - **n. 53.978** controlli interni Sistema Qualità;

n. 9.500 schede di registrazione delle apparecchiature digitalizzate;

n. 702 documenti del SQG emessi con procedure esclusivamente informatica.

EPIDEMIOLOGIA GENOMICA



L'Area di "Analisi del rischio ed epidemiologia genomica" svolge attività di valutazione del rischio finalizzate a supportare i processi decisionali in ambito di sanità pubblica e sanità veterinaria, attraverso l'applicazione di modelli matematici, statistici ed epidemiologici. L'Area opera nel campo dell'epidemiologia molecolare e genomica delle malattie infettive, con particolare riferimento alle infezioni alimentari e zoonotiche, sviluppando attività di sorveglianza genomica, analisi bioinformatica dei patogeni e indagini epidemiologiche di focolaio. All'interno dell'Area è incaricato il Centro di Referenza Regionale per gli Enteropatogeni, che garantisce la sorveglianza integrata medico-veterinaria delle infezioni di origine alimentare e fornisce supporto tecnico-scientifico alle autorità competenti per la prevenzione, il controllo e la gestione del rischio sanitario. Le attività di ricerca sono orientate allo studio dell'antibiotico-resistenza, dei determinanti di patogenicità batterica e allo sviluppo di modelli innovativi per la sorveglianza, l'analisi e la diffusione delle infezioni, anche in un'ottica One Health.

Per l'anno 2025, il sistema di sorveglianza WGS ha identificato diversi focolai di tossinfezione:

- Identificazione e segnalazione alle autorità competenti di 22 possibili focolai di tossinfezione alimentare a livello regionale (Emilia-Romagna)
- Identificazione di 10 diversi focolai di tossinfezione alimentare che sono stati oggetto di allerte a livello nazionale e internazionale da parte delle autorità competenti italiane
- Formazione dei Servizi Sanitari, di concerto con le autorità sanitarie locali, regionali e nazionali, sul tema del ruolo della genomica e delle indagini di focolai MTA

Crescente attenzione da parte delle autorità competenti (ASL, Regioni, Ministero della Salute, Commissione Europea) verso l'applicazione di strumenti di epidemiologia genomica basati sul sequenziamento dell'intero genoma (WGS) per l'identificazione di focolai di malattie trasmesse da alimenti e individuazione delle sorgenti di contaminazione. L'utilizzo di strumenti di sequenziamento WGS (WGS è l'acronimo di Whole Genome Sequencing, che in italiano significa "sequenziamento dell'intero genoma") nell'ambito di crisi in sicurezza alimentare è in linea con la Decisione (UE) 2019/300 (art. 8). In questo ambito, le attività di valutazione del rischio basate sull'epidemiologia genomica condotte da IZSLER hanno contribuito in maniera sostanziale alle indagini su focolai di MTA a livello nazionale (e.g.: allerta RASFF 2025.8487) e internazionale (e.g.: allerta RASFF 2025.9937). Nel corso del 2025, il sistema di sorveglianza WGS ha identificato diversi focolai di tossinfezione. Identificazione e segnalazione alle autorità competenti di 22 possibili focolai di tossinfezione alimentare a livello regionale (Emilia-Romagna). Identificazione di 10 diversi focolai di tossinfezione alimentare che sono stati oggetto di allerte a livello nazionale e internazionale da parte delle autorità competenti italiane. Formazione dei Servizi Sanitari, di concerto con le autorità sanitarie locali, regionali e nazionali, sul tema del ruolo della genomica nelle indagini di focolai MTA.

Il valore sanitario di questa attività è riassumibile in termini di:

- ❖ riduzione del rischio di malattie conseguenti al consumo di alimenti nocivi - IMPATTO SANITARIO;
- ❖ minor costo a carico del SSN in termini di costi sanitari diretti evitati (e.g.: costo ospedalizzazioni, visite, diagnostica, medicinali) e i costi indiretti evitati (e.g. perdita di produttività, costi per morte prematura) - IMPATTO ECONOMICO;
- ❖ maggiore introito per il comparto della filiera, maggiore credibilità del sistema di sicurezza alimentare del nostro paese, che influenza l'andamento delle esportazioni di alimenti - IMP. ECONOMICO;
- ❖ maggiore credibilità del sistema di sicurezza alimentare del nostro paese - IMP. ISTITUZIONALE.

PRODUZIONI

Le attività produttive costituiscono un presidio strategico a supporto della sanità pubblica veterinaria, assicurando la disponibilità di materiale biologico, diagnostico e farmaceutico indispensabile per le attività di controllo ufficiale, sorveglianza epidemiologica, prevenzione e ricerca applicata. Le produzioni sono realizzate nel rispetto di rigorosi standard di qualità e, per i prodotti farmaceutici, secondo le Good Manufacturing Practices (GMP) e sono destinate alle autorità sanitarie, alle strutture interne dell'Istituto e agli operatori del settore.

- ❖ Kit diagnostici (reagenti): € 543.930;
- ❖ Vaccini stabulogeni (vendite a soggetti privati): € 954.959;
- ❖ Materiali della Biobanca (service biobanca): € 35.911;
- ❖ Antigeni: € 23.310.

CLASSYFARM

Nel corso del 2025 il sistema ClassyFarm ha consolidato il proprio ruolo come strumento centrale per la sanità pubblica veterinaria e la zootecnia, ampliandone applicazioni e utilizzo operativo. In particolare, è stata avviata l'applicazione del Decreto 23 ottobre 2024 nell'ambito del Sistema di Qualità Nazionale per il Benessere Animale, con l'introduzione dei disciplinari per bovini e suini allevati all'aperto. Ciò ha consentito, a partire dall'estate 2025, l'avvio dei processi di certificazione negli allevamenti, con accesso alle risorse della PAC e sviluppo dell'etichettatura di processo. L'evoluzione normativa e operativa ha determinato un significativo incremento dell'interesse verso ClassyFarm, accompagnato da attività di revisione e standardizzazione delle checklist per benessere animale e biosicurezza nelle principali specie zootecniche, nonché dal potenziamento delle attività di analisi e interpretazione dei dati a supporto delle Autorità competenti e delle filiere. Nel 2025 è proseguito lo sviluppo del sistema integrato Classyfarm per la valutazione del rischio, che comprende benessere animale, biosicurezza e uso degli antibiotici, rafforzando la collaborazione tra gli Istituti Zooprofilattici e i servizi veterinari territoriali. Contestualmente, è stata completata la migrazione della piattaforma nel Polo Strategico Nazionale (PSN), migliorandone sicurezza, affidabilità e continuità operativa, e sono state rese disponibili nuove checklist aggiornate per diverse tipologie di allevamento. Dal punto di vista normativo, il Decreto-Legge n. 200/2025 (Milleproroghe) ha esteso fino al 31 dicembre 2026 l'utilizzo operativo del sistema per la registrazione dei dati sanitari, garantendo continuità alle attività di monitoraggio. Infine, per il 2025 sono stati confermati gli obiettivi dei controlli ufficiali in materia di biosicurezza negli allevamenti suinicoli e avicoli, con programmi di verifica definiti a livello regionale e basati su criteri di rischio, al fine di garantire un monitoraggio efficace e uniforme sul territorio. Nel complesso, il 2025 evidenzia un rafforzamento strutturale, normativo e operativo del sistema ClassyFarm, con un ruolo sempre più strategico nella gestione del rischio sanitario e nel miglioramento degli standard della filiera zootecnica.





1.3 CONTESTO AMMINISTRATIVO

Nel corso del 2025 l'operato amministrativo dell'Istituto si è inserito in un contesto esterno caratterizzato da rilevanti fattori normativi, istituzionali e finanziari, che hanno inciso in modo significativo sull'organizzazione e sulla gestione delle risorse pubbliche. In particolare, il rafforzamento dei presidi di trasparenza e integrità, l'evoluzione della normativa in materia di contratti pubblici, l'attuazione del PIAO e le misure nazionali di razionalizzazione della spesa hanno richiesto un crescente impegno nella governance amministrativa e nei sistemi di controllo. Parallelamente, il proseguimento dei programmi di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, anche attraverso iniziative nazionali come il Polo Strategico Nazionale e i progetti finanziati dal PNRR, ha imposto un adeguamento continuo dei processi interni, delle competenze e delle infrastrutture tecnologiche. In tale scenario, l'IZSLER è stato chiamato a coniugare il rispetto dei vincoli di finanza pubblica con l'esigenza di garantire efficacia, tempestività e qualità dell'azione amministrativa a supporto delle funzioni sanitarie e scientifiche dell'Istituto.

Le attività sanitarie sopra analizzate sono state realizzate nel corso del 2025 grazie al supporto di una struttura amministrativa solida ed efficiente, che ha assicurato la copertura del bilancio e garantito la piena sostenibilità delle attività istituzionali. Tali risultati sono stati resi possibili anche da un'adeguata capacità programmatoria fondata su: una gestione attenta del fabbisogno di personale; su un continuo lavoro di valorizzazione e sviluppo delle competenze; attraverso una programmazione accurata e una gestione efficace dei processi di acquisizione dei materiali e delle strumentazioni necessarie allo svolgimento delle attività.

Assetto organizzativo e riorganizzazione interna

Nel corso del 2025, l'Istituto ha consolidato un quadro di interventi strutturali, amministrativi e organizzativi finalizzati a potenziare la propria capacità operativa, a garantire trasparenza nella gestione delle risorse, a supportare processi di innovazione digitale e a rafforzare la qualità dei servizi istituzionali. L'Istituto ha proseguito il percorso di riorganizzazione interna, con un focus sulla revisione delle strutture centrali e territoriali, finalizzato a migliorare l'efficienza, la qualità e l'impatto complessivo del proprio operato; nell'ambito di tale processo sono state inoltre attivate specifiche selezioni pubbliche per l'assegnazione degli incarichi organizzativi e professionali, al fine di garantire trasparenza, valorizzazione delle competenze e coerenza con il nuovo assetto organizzativo.

Sostenibilità economica-finanziaria

Il risultato di esercizio del 2025 è di € 1.543.114. Nel complesso i ricavi dell'esercizio registrano un aumento del 3,96%, mentre i costi della gestione caratteristica aumentano del 2,15%. Si rinvia alla tabella sintetica di bilancio riportata di seguito (pag.30/31) per una lettura complessiva dei principali aggregati economico-patrimoniali. L'incremento del valore della produzione va correlato principalmente all'incremento dei contributi ricevuti dalle Aziende Sanitarie delle due Regioni e dai posti di controllo frontaliери (PCF) per le attività diagnostiche svolte dall'IZSLER di cui al D. Lgs 32/202, (+ € 294.002), all'incremento del fatturato per prestazioni sanitarie a pagamento, all'incremento di altri ricavi e proventi, al maggior utilizzo fondi per quote inutilizzate c/ vincolati di esercizi precedenti. Il bilancio d'esercizio 2025 dell'IZSLER si chiude con un utile netto di € 1.543.114, nonostante:

- ❖ l'incremento dei costi per l'acquisto di beni e servizi (+€ 978.060)
- ❖ l'aumento del costo del personale (+ € 903.682)
- ❖ l'aumento degli oneri diversi di gestione (+ € 144.581)
- ❖ i maggiori oneri straordinari per finanziamenti non interamente utilizzati su progetti conclusi (+€ 215.722)
- ❖ i minori contributi per ricerca e finanziamento complessivo del FSN assegnati all'IZSLER (- € 2.856.434)

Grazie alla definizione con le Regioni Lombardia ed Emilia Romagna e con la Ragioniera Generale dello Stato (nota MEF-RGS prot. 172251 del 20/6/2025) della questione riferita alla revisione dell'entità del Fondo di dotazione dell'Istituto e dei fondi per investimenti sterilizzabili, Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna, di concerto, hanno ritenuto percorribile la permutazione dei valori nel patrimonio netto contabile, in aderenza con quanto stabilito con DGR Lombardia n. 23183/1996, limitatamente al periodo precedente all'entrata in vigore delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011. Pertanto nel bilancio di esercizio 2025 sono state considerate sterilizzabili non solo le quote di ammortamento riferite agli investimenti finanziati con contributi di terzi, ma anche gli investimenti finanziati con riserve da utili ancora disponibili e derivanti dai risultati d'esercizio ottenuti antecedentemente all'entrata in vigore delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011), la quota di € 83.368.991 è stata permutata dal Fondo di Dotazione e imputata ad apposita riserva da utili di esercizio ante D.Lgs 118/2011 per investimenti sterilizzabili. Nonostante questa operazione il fondo di dotazione dell'IZSLER è consistente attestandosi al 31/12/2025 al valore di € 57.687.377. Anche nel 2025 i tempi di pagamento verso i fornitori si sono attestati su una media di 32 gg.: il dato è calcolato considerando nel conteggio anche le fatture oggetto di contestazione e quelle il cui pagamento è subordinato alla ricezione di finanziamenti vincolato. Il bilancio di esercizio è stato predisposto secondo lo schema previsto dal Decreto Legislativo 23.06.2011, n.118

recante “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt.1 e 2 della Legge 5.05.2009, n.42”. Il documento si differenzia in alcune parti dallo schema previsto per le Aziende Sanitarie al fine di fornire una migliore rappresentazione della diversa tipologia di attività svolta dall’Ente. Le modifiche apportate allo schema di bilancio sono state condivise con gli altri II.ZZ.SS. e la regione. Nel 2025 il costo complessivo per il personale dipendente è di € 38.461.447, con un incremento complessivo di € 903.682 rispetto all’anno precedente. Esso rappresenta il 46,33% dei costi della produzione ed assorbe il 61,57% dell’assegnazione annuale dallo Stato. Il costo del personale è influenzato dai seguenti fattori:

- ❖ la copertura dei posti della dotazione organica si attesta al 95%;
- ❖ nel corso del 2025 si è provveduto ad applicare l’adeguamento contrattuale 2022-2024 del personale del comparto;
- ❖ incremento del numero del personale a tempo indeterminato e a tempo determinato nell’ambito della cosiddetta Piramide della ricerca, che passa dalle n. 68 unità del 2024 alle n. 69 unità al 31/12/2025 (di cui 23 a tempo indeterminato).

Il costo dell’esercizio è di € 2.834.826 (€ 3.023.375 inclusa IRAP); il costo del personale assunto a tempo determinato nell’ambito del PNRR (media di 8 dipendenti/anno) ammonta a € 198.074 oltre IRAP per un costo complessivo di € 210.879. La composizione del costo del personale per ruolo è la seguente:

- ❖ veterinari € 10.136.538
- ❖ ruolo sanitario € 11.721.416
- ❖ ruolo professionale € 144.084
- ❖ ruolo tecnico € 12.076.648
- ❖ ruolo amministrativo € 4.382.761

Si ricorda che il bilancio d’esercizio 2025 è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 23.04.2026, ed ora è al vaglio delle Regioni. Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla lettura della sezione “Bilanci” in Amministrazione Trasparente.

Si evidenzia inoltre che l’IZSLER rientra tra le amministrazioni individuate dal Ministero dell’Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato per la fase pilota di sperimentazione della contabilità accrual, come previsto dalla Determina MEF-RGS n. 259 del 26 novembre 2024. Nell’ambito di tale sperimentazione, il bilancio preventivo 2026 è stato rappresentato anche secondo gli schemi della contabilità economico-patrimoniale, in forma aggiuntiva e senza valore autorizzativo, al fine di acquisire conoscenza e competenza applicativa sulle nuove regole contabili, in vista della loro futura introduzione a regime.

🔗 Contabilità accrual: la Riforma 1.15 del PNRR “Riforma delle norme di contabilità pubblica” introduce, per tutte le amministrazioni pubbliche, un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale basato sul principio accrual, ispirato agli IPSAS e in linea con la Direttiva europea 2011/85/UE. Si tratta di un passaggio cruciale nella modernizzazione dei sistemi contabili italiani, poiché segna un’evoluzione del quadro informativo: alle rilevazioni della tradizionale contabilità finanziaria (flussi di entrata e uscita) si affiancano quelle economiche e patrimoniali del nuovo sistema, capaci di rappresentare in modo completo e dinamico lo stock del patrimonio pubblico, il suo valore e la sua evoluzione nel tempo.

Gare e appalti

In relazione ai contratti e agli appalti 2025, l’Istituto ha adottato un modello di approvvigionamento che privilegia, laddove possibile, il ricorso alle centrali di acquisto nazionali e regionali, come Consip, Aria e Intercent ER, in linea con le buone pratiche di prevenzione del rischio corruttivo, di economicità della spesa e di efficienza delle procedure di fornitura. Tali modalità sono state definite nel Piano Nazionale Anticorruzione e integrate nella disciplina interna degli appalti per l’anno 2025, con lo scopo di semplificare e rendere più efficiente l’attività di approvvigionamento di beni e servizi di uso comune attraverso reti di acquisto interistituzionali. Nel corso dell’anno sono stati avviati e condotti numerosi bandi e procedure di gara sopra e sotto soglia comunitaria relativi a fornitura di sistemi tecnologici, apparecchiature di laboratorio e altri beni e servizi funzionali alle attività istituzionali, pubblicati e gestiti secondo le normative vigenti. Tra le procedure più significative si citano: l’adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN) per la migrazione delle infrastrutture informatiche delle P.A. verso ambienti cloud, acquisto strumentazioni e reagenti da laboratorio (spettrometri di massa, stazioni automatiche di dispensazione, e servizi vari (lavanolo vestiario da lavoro, polizze assicurative, guardiana sede). Di seguito si riportano alcuni dati sintetici che hanno caratterizzato l’attività svolta nel corso dell’anno:

Numero totale di procedure espletate: 911

- ❖ di cui procedure aperte: n. 11;
- ❖ di cui affidamenti diretti: n. 840;

- ❖ di cui adesioni a convenzioni: n. 41;
- ❖ di cui procedure negoziate senza bando: n. 18;
- ❖ di cui accordi/SDA (sistema dinamico di acquisizione) – procedura ristretta: n. 1.

Gestione risorse umane

Nel corso del 2025 la gestione delle risorse umane si è sviluppata in coerenza con l'ex Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025-2027 (PTFP) e con le priorità organizzative definite nel PIAO, assicurando il presidio delle funzioni sanitarie, amministrative e tecnico-scientifiche dell’Istituto. Il costo del personale ha subito un incremento del +2,41% rispetto al 2024. L’andamento del costo è riconducibile principalmente agli adeguamenti contrattuali e alle azioni intraprese per garantire un’adeguata copertura della dotazione organica, condizione indispensabile per sostenere la continuità operativa dell’Istituto e l’elevata complessità delle attività svolte. Nel corso del 2025 sono proseguite le iniziative di rafforzamento e stabilizzazione dell’organico, in attuazione dei fabbisogni programmati, finalizzate ad assicurare un adeguato presidio delle strutture e dei servizi. La gestione delle risorse umane risulta complessivamente coerente con i limiti di spesa previsti dalla normativa vigente e con le previsioni dell'ex PTFP 2025–2027. Al 31 dicembre 2025 il tasso di copertura della dotazione organica prevista dal Piano è pari al 95,90% e all’87,50% per la Piramide della ricerca, confermando un elevato livello di copertura dell’organico programmato.

Digitalizzazione

Nel corso del 2025 l’Istituto ha proseguito il percorso di trasformazione digitale in coerenza con il Piano Triennale per la Digitalizzazione 2025 2027, rafforzando il ruolo strategico dei Sistemi Informativi a supporto delle attività istituzionali sanitarie, scientifiche e amministrative. I Sistemi Informativi hanno garantito la continuità operativa delle infrastrutture hardware e software dell’Istituto, assicurando la piena funzionalità degli applicativi in uso e supportando le strutture interne nell’evoluzione e nell’integrazione delle soluzioni tecnologiche adottate. Tali attività si sono svolte in coordinamento con le funzioni di responsabilità previste dalla normativa vigente, in particolare con il Responsabile per la Transizione al Digitale (RTD) e con il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Nell’ambito dei sistemi gestionali, il sistema ERP C4H (Complete For Healthcare) nel 2025 ha visto l’avvio ed ha contribuito al consolidamento dei processi contabili, amministrativi e logistici, favorendo una gestione più uniforme dei flussi informativi, un maggiore livello di tracciabilità delle operazioni e un rafforzamento degli strumenti di controllo gestionale favorendo inoltre una maggiore integrazione con gli altri applicativi interni e consentendo una gestione più uniforme dei flussi informativi, con effetti positivi in termini di trasparenza e controllo gestionale. L’utilizzo integrato dell’ERP ha inoltre sostenuto l’armonizzazione delle procedure interne e la standardizzazione dei processi. Parallelamente, nel 2025 è proseguita l’implementazione del LIMS (Laboratory Information Management System) SIGLA, con l’estensione progressiva della sua applicazione alle strutture dell’Istituto, in coerenza con gli obiettivi di omogeneizzazione dei processi, semplificazione operativa e miglioramento della qualità dei dati gestionali. Le iniziative di digitalizzazione hanno interessato anche i servizi online e gli strumenti di interoperabilità, con l’obiettivo di migliorare l’accessibilità ai servizi, l’efficienza dei flussi informativi interni ed esterni e la sicurezza nella gestione dei dati, contribuendo complessivamente al rafforzamento della trasparenza, dell’efficacia amministrativa e del supporto alle attività istituzionali dell’IZSLER. Nel corso del 2025 è proseguito il percorso di digitalizzazione dell’Istituto, attraverso il progressivo potenziamento e l’integrazione dei sistemi informativi. E' stato avviato un progetto di adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN), con migrazione al cloud dei vari server nell’ambito del PNRR. Al 31.12.2025 sono presenti n. 29 sistemi/applicativi in uso; nel corso del 2025 la spesa di assistenza informatica si è attestata a circa 3 milioni di euro.

POLO STRATEGICO NAZIONALE: è l’infrastruttura ad alta affidabilità che ha l’obiettivo di dotare la Pubblica Amministrazione di tecnologie e infrastrutture cloud che possano beneficiare delle più alte garanzie di affidabilità, resilienza e indipendenza. La realizzazione del Polo Strategico completa la missione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Missione 1, componente 1, investimento 1.1 Cloud PA/ Polo Strategico Nazionale) per accelerare la trasformazione digitale della PA e ha l’obiettivo, congiuntamente all’iniziativa 1.2 del PNRR “Abilitazione e facilitazione migrazione al cloud”, di portare il 75% delle amministrazioni italiane ad utilizzare servizi in cloud entro il 2026.



Rappresentazione sintetica dei risultati

Conto Economico

VOCE DI BILANCIO	2024	2025	VAR.%
VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	84.885.025	88.243.446	+ 3,96%
COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	81.262.924	83.011.416	+ 2,15%
RISULTATO OPERATIVO (A-B)	3.622.101	5.232.030	+ 44,45%
UTILE/PERDITA D 'ESERCIZIO	52.255	1.543.114	+1.490.859 EURO

Stato Patrimoniale - Attivo

VOCE DI BILANCIO	2024	2025	VAR.%
IMMOBILIZZAZIONI (A)	49.700.423	53.289.833	+ 7,22%
ATTIVO CIRCOLANTE (B)	207.942.848	209.220.098	+ 0,61%
RATEI E RISCONTI ATTIVI (C)	329.866	51.568	- 84,37%
TOTALE ATTIVO (A+B+C)	257.973.137	262.561.499	+1,78%
CONTI D'ORDINE (D)	209.017	204.093	-2,36%

Stato Patrimoniale - Passivo

VOCE DI BILANCIO	2024	2025	VAR.%
PATRIMONIO NETTO (A)	216.325.056	216.178.875	- 0,07%
FONDI RISCHIO E ONERI (B)	29.803.691	32.342.117	+ 8,52%
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO (C)	0	0	0%

VOCE DI BILANCIO	2024	2025	VAR.%
DEBITI (D)	11.788.669	13.972.004	+ 18,52%
RATEI E RISCONTI PASSIVI (E)	55.721	68.503	+ 22,94%
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO	257.973.137	262.561.499	+ 1,78%
CONTI D'ORDINE (F)	209.017	204.093	- 2,36%

Tabella investimenti

TIPOLOGIA D' INVESTIMENTI	IMPORTO 2025(EURO)
FABBRICATI STRUMENTALI	1.248.904
ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	4.523.178
IMPIANTI E MACCHINARI	989.299
APPARECCHIATURE EDP E MACCHINE PER UFFICIO	311.175
MOBILI E ARREDI	538.202
AUTOMEZZI	54.618
LICENZE SOFTWARE	401.661
TOTALE INVESTIMENTI	8.067.037

I dati di bilancio evidenziano nel complesso un miglioramento dell’equilibrio economico-finanziario dell’Ente. In particolare, il conto economico mostra una crescita del valore della produzione superiore all’incremento dei costi, con conseguente rafforzamento del risultato operativo e dell’utile di esercizio. Dal punto di vista patrimoniale si rileva una struttura solida e sostanzialmente stabile, con un incremento delle immobilizzazioni a fronte di una dinamica contenuta dell’attivo circolante, a conferma del rafforzamento della base infrastrutturale. In tale contesto, gli investimenti realizzati nell’esercizio, pari a oltre 8 milioni di euro, risultano coerenti con le priorità strategiche dell’Ente e confermano la prosecuzione del percorso di ammodernamento e potenziamento delle dotazioni tecnico-scientifiche. Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla sezione specifica di Amministrazione Trasparente, dove è disponibile la Relazione sulla gestione contenente il dettaglio completo dei dati economico-finanziari.

Rappresentazione sintetica dei risultati

Numero di analisi

NUMERO ANALISI
2025: n. 3.085.501 (- 0,63%).
2024: n. 3.105.451

Il volume delle prove analitiche effettuate è strettamente correlato all’andamento della situazione sanitaria e alle conseguenti esigenze di sorveglianza, con possibili variazioni da un anno all’altro.



Attività di analisi

Attività Ufficiale:
Prove
2025: N. 1.603.602
Valore economico:
2025: € 11.339.219



Attività non Ufficiale:
Prove
2025: N.1.481.899
Valore economico
2025: € 7.666.401

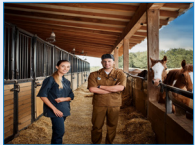
Tipologia di analisi

PRESTAZIONI
prova sierologica n.1.488.574
prova chimica n.469.999
prova batteriologia n.424.701
esame biologia molecolare n. 365.399
prova parassitologica n.232.704
esame biochimica clinica n. 51.847
esame anatomo patologico n. 34.928
prova virologica n.12.836
esame istologico n.4.510



Settore attività

Sanità animale n. .2.207.126
Sicurezza alimentare n. 860.988
Altri settori n.17.387 (+19,1%)



Ricerca

Personale dedicato alla ricerca

anno 2025: n.69 unità



KPI RICERCA/PROGETTI

n. 172 pubblicazioni scientifiche IF
n. 571 IFIZS totale
n. 99 articoli pubblicati su riviste con alto IF Q1

Progetti in corso (n. 128), sono analizzati secondo diverse dimensioni tra loro indipendenti:

Per ruolo dell’Istituto: n. 47 come capofila; n. 81 come unità operativa.
Per ambito geografico: n. 115 progetti nazionali; n. 13 progetti europei.
Per tipologia di finanziamento: n. 94 ricerca corrente; n. 21 altri finanziamenti; n. 13 programmi europei.
Progetti nazionali in corso (n. 115): n. 45 capofila; n. 70 come unità operativa.
Progetti europei in corso (n. 13): n. 2 capofila; n. 11 come unità operativa
Progetti avviati nel 2025 (n. 46): n. 16 capofila; n. 30 come unità operativa.
Progetti europei avviati nell’ultimo triennio (n. 12): n. 2 capofila; n. 10 come unità operativa.



Equilibrio Economico

Valore della produzione:
2025:€ 88.243.446

Costi della produzione:
2025: € 83.011.416

Equilibrio patrimoniale

Patrimonio netto:
€ 216.178.875

Finanziamenti da terzi:
€ 13.972.004

Equilibrio finanziario

Solidità finanziaria

Disponibilità liquide: € 188.784.694
Stock debito=0
Tempi medi di pagamento: ~ 32 giorni

Attivo circolante: € 209.220.098
Passivo circolante: € 13.972.004

Investimenti

Nel corso dell’anno 2025 l’Ente ha proseguito l’opera di ammodernamento delle infrastrutture a supporto dell’attività tecnico-scientifica.
Grazie a un’attenta analisi e valutazione delle esigenze operative, è stato possibile realizzare investimenti per complessivi € 8.067.037 nell’esercizio 2025, con un incremento del +2,78% rispetto agli investimenti effettuati nel 2024, pari a € 7.848.784.
Proseguono interventi di adeguamento strutturale e impiantistico nelle sedi di Brescia e Cremona, finalizzati al potenziamento della sicurezza biologica e della capacità operativa dell’Istituto, con lavori in fase di completamento per la nuova Sezione di Cremona e per il laboratorio BSL3 di Brescia.



Attuazione Piani Programmatici

EX PTFP : tasso copertura personale a tempo indeterminato 95,90% - per la piramide della ricerca 87,50%
EX PTPCT: grado di attuazione misure anticorruzione e trasparenza 97%
EX PAF: grado di attuazione attività formativa 100%
Piano triennale dei lavori pubblici 2025-2027: risulta coerente con la programmazione dell’Ente, con le priorità individuate e con il quadro delle risorse disponibili, contribuendo al progressivo miglioramento delle condizioni strutturali e logistiche dell’Istituto.
Piano triennale di fornitura e beni e servizi 2025 -2027: attuato nel rispetto della programmazione approvata e dei vincoli economico-finanziari, assicurando la continuità operativa delle attività istituzionali, sanitarie e di ricerca.





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 argomenti:

- ❖ processo di creazione del valore pubblico
- ❖ quanto valore pubblico generato
- ❖ obiettivi di valore pubblico

2.2 Sottosezione di programmazione - Performance

illustra i seguenti argomenti :

- ❖ premessa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

illustra i seguenti argomenti :

- ❖ premessa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

Allegati del documento attinenti alla presente sezione sono:

- ❖ [Allegato B - Misurazione e valutazione del Valore Pubblico](#)
- ❖ [Allegato C - Report Gender Equality Plan 2025](#)
- ❖ [Allegato D - Report ex Piano Azioni Positive 2025](#)

2.1 SOTTOSEZIONE - VALORE PUBBLICO

2.1.1 PROCESSO DI CREAZIONE DEL VALORE

L’Istituto ha individuato 3 obiettivi di Valore Pubblico (VP):

- ❖ **AMPLIARE L’OFFERTA DEI SERVIZI EROGATI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA NEGLI AMBITI DI INTERVENTO (VP1);**
- ❖ **INCREMENTARE L’ATTIVITÀ DI RICERCA FINALIZZATA A PROMUOVERE NUOVE CONOSCENZE SCIENTIFICHE PER AFFRONTARE LE NUOVE SFIDE (VP2);**
- ❖ **AUMENTARE L’OFFERTA FORMATIVA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE FINALIZZATA ALL’APPLICAZIONE DI BUONE PRATICHE DI SANITÀ PUBBLICA PER GLI OPERATORI DELLA SALUTE (VP3).**

Per l’attuazione degli obiettivi di VP, Izsler ha pianificato delle strategie capaci di produrre impatti sulle diverse dimensioni del benessere, migliorativi rispetto alle condizioni di partenza. La scelta di tale strategia è preceduta da una attenta analisi del contesto esterno ed interno. La creazione di Valore avviene attraverso un insieme di processi realizzati nel tempo. Quindi, prima di tutto, l’ente deve avere ben chiaro i luoghi di creazione del valore, gli elementi che lo compongono e i processi che possono influenzare la sua creazione.

Nella pagine seguente si rappresenta il processo di creazione del valore, inteso come un processo trasformativo dove i principali input impiegati vengono trasformati in Output e Valore creato (impatti) sulla base della mission adottata. Si delinea un sistema caratterizzato da una governance solida e trasparente, che persegue gli obiettivi del mandato istituzionale, con una strategia sostenibile, attenta alla qualità del servizio e rivolta all’innovazione continua, consapevole del fatto che gli stakeholder sono interessati non solo a conoscere i risultati raggiunti dall'ente, ma anche come questi risultati sono stati raggiunti, in un’ottica di responsabilità sociale.

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

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

2.1.2 QUANTO VALORE PUBBLICO GENERATO

Il VP creato può essere misurato, in primis, tramite specifici indicatori di impatto, e associati ad essi, anche tramite gli indicatori di Benessere Equo Sostenibile e/o mediante gli SDGs dell’Agenda ONU 2030. Ogni indicatore di impatto è collegato ad una baseline, ad un target atteso e ad un risultato. Tale misurazione permette di valutare il miglioramento del livello di benessere degli utenti e stakeholders della collettività di riferimento, ma anche il miglioramento del livello di salute interna, secondo due direttrici:

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

Alla fine viene calcolato il VP complessivo creato, attraverso la messa a sistema dei risultati di tutte le dimensioni e degli impatti, tramite variazioni percentuali positive o negative rispetto alla baseline, rappresentato dalla performance istituzionale, un indice sintetico complessivo (LS VP), che verrà approfondito nella relativa sezione n.4. Il VP è calcolato con la metodologia sviluppata dal CERVAP, che si riporta integralmente in allegato (Allegato B) su base triennale, con monitoraggi annuali rispetto al programmato. La misurazione prende a riferimento come baseline l’anno 2021, che per le future programmazioni sarà rivista in una logica a scorrimento, per avere un dato più realistico del valore creato. Nelle prossime pagine vengono illustrate le attività realizzate per il VP1/2/3, i risultati conseguiti rispetto alla baseline, le risorse utilizzate, la strategia, la tattica operativa che ha consentito di raggiungere gli obiettivi, ma anche il contributo dato al valore sulla base dei seguenti elementi:

- ❖ il contributo effettivo apportato dalle performance;
- ❖ il contributo effettivo apportato dalle misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza;
- ❖ il contributo effettivo apportato dalle risorse dell’ente.

Si segnala che il valore generato, rappresentato nelle pagine seguenti, risente della distanza temporale della baseline di riferimento, attualmente ancora ancorata all’anno 2021, in coerenza con il PIAO 2025-2027. Al fine di evitare una rappresentazione distorta del valore prodotto, a partire dal PIAO 2026-2028 è stato adottato un sistema di baseline a scorrimento, maggiormente aderente all’evoluzione del contesto e all’andamento effettivo delle performance.

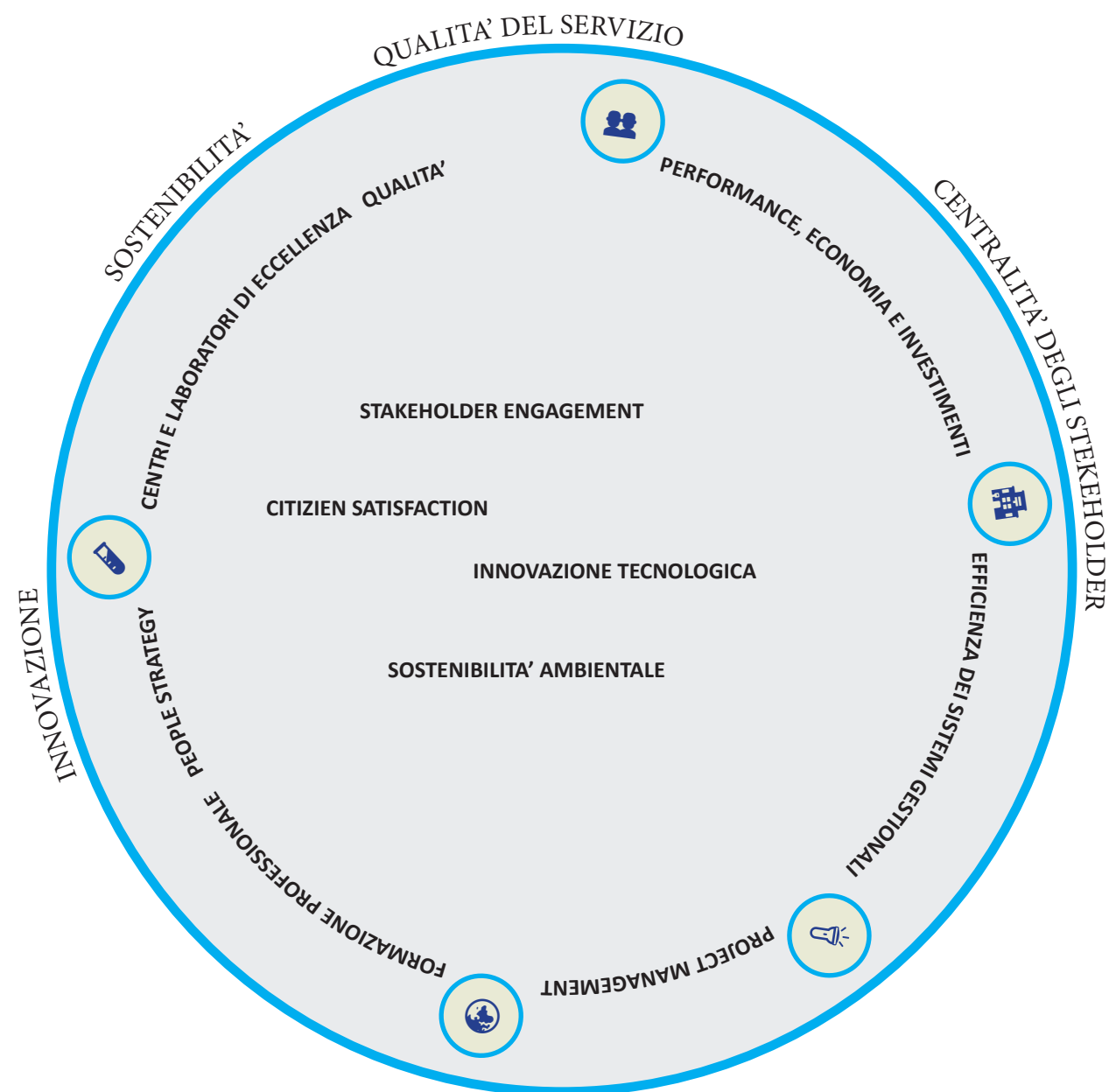
Dialogo con gli Stakeholder

Nell’ottica di una comunicazione proattiva e trasparente con i nostri stakeholder, si presenta il Report del Valore Pubblico, che sintetizza l’andamento dei relativi obiettivi. Il documento è consultabile cliccando sul pulsante in fondo alla pagina “Report VP”.

INPUT

-  **CAPITALE FINANZIARIO:** insieme delle risorse necessarie per finanziare le nostre attività
-  **STRUMENTAZIONE TECNICA:** insieme dei beni materiali necessari per erogare servizi di qualità
-  **RISORSE UMANE E RELAZIONALI:** insieme delle competenze e delle relazioni instaurate con tutti gli stakeholder
-  **RISORSE INFRASTRUTTURALI:** insieme degli asset immateriali che contribuiscono alla creazione di valore
-  **RISORSE IMMATERIALI:** insieme delle risorse naturali gestite

COME OPERIAMO



RISULTATI



- ESAMI DI LABORATORIO
- CORSI DI FORMAZIONE PER ESTERNI
- INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE
- PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE
- REPORTISTICA PER IL MINISTERO, REGIONI
- CHECK LIST CLASSYFARM
- VACCINI STABULOGENI

IMPATTI



- IMPATTO SANITARIO
- IMPATTO SCIENTIFICO
- IMPATTO FORMATIVO
- CREAZIONE DI VALORE E COMPETITIVITÀ PER IL PAESE





VALORE PUBBLICO creato rispetto alla baseline di partenza: + 30,4%

MISURIAMO L'IMPATTTO SANITARIO in termini di contributo al contrasto delle diffusione delle principali malattie animali, delle tossinfezioni alimentari, antimicrobi-co-resistenza, connessi ai rischi biologici e chimici, sulla base di 8 indicatori (Tabella pag. seguente).

ATTIVITA' REALIZZATE:

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

COLLEGAMENTO al seguente obiettivo strategico: " Garantire l'attività istituzionale in modo efficace ed appropriato";

COLLEGAMENTO ai seguenti obiettivi operativi:

- ❖ Potenziamento dell'offerta e dei servizi erogati nei vari ambiti di intervento;
- ❖ Miglioramento di tutte le attività di supporto alle politiche sanitarie, attraverso criteri di efficienza e di efficacia.

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

- ❖ acquisto strumentazione sanitaria e scientifica per un valore complessivo di € 4.500.846;
- ❖ impiego n. 317+122 dipendenti ruolo tecnico/sanitario;
- ❖ n. 126 corsi di formazione svolti nei vari ambiti.

CON IL CONTRIBUTO

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

Agenda ONU 2023 OBIETTIVO SALUTE

TAB.VP1				
INDICATORE	BASELINE 2021	TARGET ATTESO 2025	RISULTATO RAGGIUNTO 2025	NOTE
1)n. metodi di prova nuovi (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	40	100	144	dato cumulativo
2) n. metodi di prova accreditati per la prima volta (ambito Sicurezza Alimentare, Sanità animale, Prevenzione salute dai rischi ambientali/climatici, Salute umana)	10	60	78	dato cumulativo
3) n. di accessi al sistema Classyfarm da parte degli utenti. (ambito Benessere animale)	128.292	550.000	571.347	dato cumulativo
4) n. nuove check list ufficiali biosicurezza del suino inserite dall'autorità sanitaria in Classyfarm. (ambito Benessere animale)	3.233	11.000	9.439	dato cumulativo
5) n. allevamenti che accedono a Classyfarm ai fini dell'etichettatura dei prodotti alimentari attraverso la certificazione SQNBA. (ambito Benessere animale)	50	500	3.170	dato cumulativo
6) % di cluster di infezioni umane da salmonella e Listeria di cui Izsler identifica la sorgente alimentare	47,4	50	59,09	dato puntuale
7) tasso di copertura vaccinale con vaccino stabulogeni Izsler in allevamenti focolai di salmonellosi espresso in % (bovini-suini)- (ambito sanità animale)	4	25	20,7	dato puntuale
8) n. di allevamenti che fanno richiesta di vaccino stabulogeno nell'anno (ambito Sanità animale)	226	280	327	dato puntuale

Si segnala che:

L'indicatore n. 6 si riferisce all'attività svolta, a partire dal 2021, dall'Unità di Analisi del Rischio ed Epidemiologia Genomica dell'IZSLER, che effettua una sorveglianza One Health su Salmonella enterica e Listeria monocytogenes mediante sequenziamento dell'intero genoma (Whole Genome Sequencing – WGS). L'attività è condotta su isolati provenienti da uomo, alimenti, animali e ambiente e rappresenta uno strumento fondamentale per la valutazione del rischio microbiologico. Tale approccio, ormai standard a livello internazionale, è promosso anche dalla Commissione Europea per la gestione delle crisi di sicurezza alimentare e per la sorveglianza delle malattie infettive, in conformità alla Decisione UE 2019/300;

l'indicatore n. 7 si riferisce a vaccini veterinari inattivati prodotti da agenti patogeni isolati in una specifica unità epidemiologica e utilizzabili esclusivamente nella stessa o in unità con collegamento epidemiologico. La loro produzione è regolata a livello nazionale; in Italia sono consentiti solo in situazioni di emergenza, per malattie non denunciabili e in assenza di vaccini autorizzati, e possono essere prodotti esclusivamente dagli Istituti Zooprofilattici. La vaccinazione rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione delle malattie animali, la tutela del benessere animale e la sicurezza alimentare, e la produzione di vaccini costituisce una delle attività storiche degli I.I.ZZ.SS.



VALORE PUBBLICO creato rispetto alla baseline di partenza : + 3,61%

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

ATTIVITA' REALIZZATE:

- ❖ Progetti di ricerca in ambito internazionale-nazionale
- ❖ Accordi di collaborazione scientifica con altri enti di ricerca e università
- ❖ Pubblicazioni scientifiche
- ❖ Partecipazioni a partnership internazionali
- ❖ Partecipazioni a convegni nazionali e internazionali
- ❖ Adozione di un sistema integrato di misurazione e valutazione del personale appartenente al ruolo della ricerca

COLLEGAMENTO al seguente obiettivo strategico: " Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionali";

COLLEGAMENTO ai seguenti obiettivi operativi:

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

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

- ❖ impiego di n.70 dipendenti del comparto Sanità, ruolo della ricerca sanitaria;
- ❖ n. 7 corsi di formazione svolti nell'ambito della ricerca;
- ❖ stipula di una convenzione con società esterna per supporto alle attività di Grant office;
- ❖ finanziamento dal Ministero della Salute.

CON IL CONTRIBUTO

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

Agenda ONU 2023 OBIETTIVO ISTRUZIONE

TAB.VP2				
INDICATORE	BASELINE 2021	TARGET ATTESO 2025	RISULTATO RAGGIUNTO 2025	NOTE
1)IF totale dell'Istituto	564	630	571	dato puntuale
2) FWCI	1,0	1,01	0,97	dato puntuale
3) FWVI	2,00	2,01	2,02	dato puntuale
4) % di articoli pubblicati su riviste open access	58	60	87,27	dato puntuale

Si segnala che:

l'indicatore n. 1 rappresenta l'Impact Factor (IF) annuale, normalizzato in base all'area disciplinare della rivista e tenendo conto della posizione e del numero degli autori. L'indicatore è espresso come valore numerico ed è riferito all'anno di riferimento.

l' indicatore n.2 "Field weighted Citation impact (FWCI)" è un indicatore bibliometrico utilizzato per misurare l'impatto scientifico delle pubblicazioni tenendo conto delle differenze tra discipline, anno di pubblicazione e tipologia di documento. Il FWCI confronta il numero di citazioni effettivamente ricevute da una pubblicazione con il numero medio di citazioni attese per pubblicazioni simili (stesso ambito disciplinare, stesso anno e stessa tipologia). Il valore del FWCI si legge così: FWCI = 1,0 → la pubblicazione ha un impatto in linea con la media mondiale; FWCI > 1,0 → la pubblicazione è più citata della media (impatto superiore)-FWCI < 1,0 → la pubblicazione è meno citata della media. Tratto dalla banca dati Scival (Elsevier).

l'indicatore n.3 "Field weighted views impact (FWVI)" è un indicatore bibliometrico che misura la visibilità e l'interesse suscitato da una pubblicazione scientifica sulla base del numero di visualizzazioni (views), tenendo conto delle differenze tra discipline, anno di pubblicazione e tipologia di documento. Il FWVI confronta il numero di visualizzazioni effettivamente ottenute da un documento con il numero medio di visualizzazioni attese per pubblicazioni simili a livello mondiale (stesso campo disciplinare, stesso anno e stessa tipologia). Il valore del FWVI si legge così: FWVI = 1,0 → visibilità in linea con la media mondiale; FWVI > 1,0 → visibilità superiore alla media;FWVI < 1,0 → visibilità inferiore alla media. Tratto dalla banca dati inictes (Clarivate).

l'indicatore n. 4 rappresenta la percentuale di articoli pubblicati su riviste in modalità open access rispetto al totale delle pubblicazioni scientifiche prodotte nell'anno di riferimento.



VALORE PUBBLICO creato rispetto alla baseline di partenza : + 40,7%

MISURIAMO: l' IMPATTO FORMATIVO in termini di contributo all'aumento della formazione rivolta agli operatori della salute pubblica, sulla base di 2 indicatori (Tabella pag. seguente)

ATTIVITA' REALIZZATE:

- ❖ erogazione di corsi di formazione esterna;
- ❖ Piattaforma Allevatori formazione sanità animale (DM 6 settembre 2023);
- ❖ convenzioni con Università e altri enti.

COLLEGAMENTO al seguente obiettivo strategico: " Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane;";

COLLEGAMENTO ai seguenti obiettivi operativi:

- ❖ Promuovere e sviluppare una cultura condivisa sul tema del benessere organizzativo e del dialogo con gli stakeholders, che comprenda la valorizzazione delle competenze, attenzione all'equilibrio di genere e delle pari opportunità.
- ❖ Migliorare l'offerta formativa e innalzare il livello delle competenze degli utenti interni ed esterni.
- ❖ Migliorare la comunicazione interna ed esterna e la fruibilità delle informazioni.

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

- ❖ impiego di n. 8 dipendenti della Formazione biblioteca e comunicazione;
- ❖ utilizzo di 5 aule multimediali;
- ❖ utilizzo portale della formazione;
- ❖ n. 78 corsi di formazione esterna;
- ❖ Stipula di convenzione con Università ed altri enti;
- ❖ risorse € 202.794 messe a disposizione per la formazione;

CON IL CONTRIBUTO

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

Agenda ONU 2023 OBIETTIVO ISTRUZIONE

TAB.VP3				
INDICATORE	BASELINE 2021	TARGET ATTESO 2025	RISULTATO RAGGIUNTO 2025	NOTE
1)n. operatori abilitati su Classyfarm tramite formazione esterna (bovini -suini-polli)	47	2500	14.694	dato cumulativo
2) n. operatori formati in materia di biosicurezza allevamento suino	26	500	2.421	dato cumulativo

Si segnala che:

l'indicatore n. 1, che soddisfa ampiamente le attese, sarà oggetto di rivalutazione annuale, fino al completamento della formazione di tutti gli operatori destinatari dei corsi programmati. L'indicatore n. 2, avendo invece ampiamente soddisfatto il fabbisogno formativo previsto, non è stato riconfermato nel PIAO 2026-2028.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PERFORMANCE

2.2.1 PREMESSA

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

- ❖ PARTE FUNZIONALE: misure e azioni che sono state attuate come leve per la creazione di VP;
- ❖ PARTE GENERALE: misure e azioni più rilevanti messe in atto, indirettamente funzionali alla creazione del VP, legate all'attività dell'ente considerata in generale.

2.2.2 PARTE FUNZIONALE

Gli obiettivi operativi di performance funzionali al VP1/2/3, si sono indirizzati lungo le seguenti tre dimensioni.

TAB.VP1	
DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	+1%
EFFICACIA	+ 7%
SALUTE	+38%

1)sul miglioramento del rispetto dei tempi di risposta nell’erogazione dei servizi, come espresso nella nostra carta dei servizi e standard di qualità, attraverso un lavoro continuo e costante di monitoraggio dei dati;

2)sul miglioramento qualitativo e ampliamento quantitativo dei servizi offerti attraverso l’aumento dei metodi di prova, delle specie batteriche/virali e un sistema continuo di controlli interni;

3)sulla digitalizzazione dei processi o dei documenti per migliorare l’efficienza operativa e la sostenibilità in un’ottica di *digital trasformation*, soprattutto inerenti il sistema Qualità, l’implementazione della una piattaforma gestionale AREG e lo sviluppo di una APP per il benessere animale.

TAB.VP2	
DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	-17%
EFFICACIA	+ 12%
SALUTE	+21%

1)sul miglioramento della qualità delle pubblicazioni scientifiche e contestualmente sull’incremento dei prodotti della ricerca grazie all’intensa attività del personale addetto alla ricerca sanitaria che opera al potenziamento;

2)sul miglioramento della capacità dell’istituto di attirare nuove forme di finanziamento e di farle fruttare in modo produttivo;

3)sulla creazione/implementazione di percorsi di digitalizzazione di documenti/dati/analisi riguardante la ricerca tramite anche l ’utilizzo di applicativi specifici.

TAB.VP3	
DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	+10%
EFFICACIA	+1%
SALUTE	+31%

1)sul mantenimento/miglioramento della qualità dell’offerta formativo erogata, finalizzata all’acquisizione di nuove conoscenze, competenze e promuovendo l’innovazione;

2)sul mantenimento/miglioramento della quantità dei corsi erogati, con riguardo anche alla modalità di fruizione della stessa per raggiungere più utenti possibili;

3)sulla costruzione di percorsi di digitalizzazione, quali portali/applicativi per l’apprendimento e-learning.

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

2.2.3 PARTE GENERALE

Tra gli obiettivi relativi al PIAO 2025-2027, si illustrano qui di seguito le attività realizzate ai fini dell’attuazione delle politiche legate alla transizione ecologica e digitale, alle misure di semplificazione, alle pari opportunità e ad altri ambiti trasversali, così come richiesto dall’art. 6 del D.L. 80/2021, che danno il senso dell’approccio integrato adottato dall’Amministrazione nel tradurre gli indirizzi strategici in azioni concrete, capaci di produrre effetti positivi e misurabili anche sul benessere collettivo.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE ENTE	% RAGG OB
OB. OP. TRASVERSALI DI SEMPLIFICAZIONE	AS1/AS3	ORGANIZZATIVA	98%

Le azioni relative alla “semplificazioni” attraverso processi di informatizzazione hanno riguardato per il Laboratorio Terreni: informatizzazione del reagentario correlato alle schede di produzione terreni nel software finalizzato alla gestione informatizzata della produzione; per il Laboratorio Vaccini: prove di utilizzo del software per la gestione informatizzata della produzione; per la Protezione degli animali alla macellazione: studio di fattibilità di collegamento del portale per l’emissione dei certificati di macellazione al portale della formazione per una semplificazione e maggiore robustezza del sistema. Così anche tutte le attività relative allo sviluppo dell’ERP, in fase di continuo consolidamento e customizzazione, e di SIGLA, tutt’ora in corso di attivazione su tutte le strutture sanitarie.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE ENTE	% RAGG OB
OB. OP. TRASVERSALI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO	AS3	INFRASTRUTTURALE	98%

Per quanto riguarda l’ efficientamento energetico, è stato recentemente avviato uno studio al fine di effettuare una ricognizione delle sedi e delle sezioni, finalizzata alla verifica della fattibilità di nuovi impianti, con esclusione delle strutture già dotate di soluzioni analoghe o interessate da interventi di prossima realizzazione. Le azioni previste si concentrano prioritariamente sull’installazione di impianti fotovoltaici nelle strutture esistenti, con particolare riferimento alla sede di Brescia, nonché nelle sedi territoriali di Cremona e Reggio Emilia, per le quali sono previsti interventi di prossima realizzazione, in coerenza con le disposizioni di cui al decreto legislativo n. 199/2021 in materia di promozione dell’uso dell’energia da fonti rinnovabili e con

gli obiettivi della Missione 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – “Rivoluzione verde e transizione ecologica”.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE ENTE	PUNTEGGIO RAGG
OB. OP. TRASVERSALI DI DIGITALIZZAZIONE	AS1/AS3	DIGITALE	3,76

Le azioni relative alla “digitalizzazione” relative al Piano triennale della digitalizzazione dell' IZSLER hanno riguardato:

- ❖ per l’ambito amministrativo è stata predisposta la migrazione dei dati dagli applicativi in uso e da altri applicativi, per predisporre la partenza dell’ERP a inizio 2025, in concomitanza con la formazione degli utenti. Il nuovo sistema permette di integrare i moduli autorizzatori in un unico sistema, di digitalizzare il processo di liquidazione delle fatture e permettere una maggiore affidabilità e fruizione dei dati.
- ❖ per l’ambito sanitario sono stati avviati i primi moduli LIMS che gestiscono l’accettazione e l’analisi e refertazione del laboratorio BSE-TSE e degli alimenti. E’ stato avviato il software per la gestione del laboratorio SMeL (Servizio Medicina di Laboratorio) che farà analisi su campioni umani. E’ stato predisposto e testato il collegamento con il fascicolo sanitario regionale.
- ❖ è stato avviato il sistema di BioBanca Virtuale (progetto WOA) con il quale è stato attivato una delle più grandi reti di biobanche veterinarie a livello internazionale.
- ❖ si è consolidato il sistema di gestione della Qualità (WebQuality) con completa gestione digitalizzata e implementazione di moduli affini (attrezzature, magazzino terreni colturali).
- ❖ E’ stata potenziata e aggiunta l’infrastruttura hardware sia server che dei sistemi di comunicazione.
- ❖ E’ stato completato il sistema VOIP.
- ❖ un altro asset importante e’ stato testato e avviato su alcuni clienti selezionati il “fascicolo del cliente”, portale unico a disposizione del cliente per una maggiore fruibilità dei dati/documenti.
- ❖ nel corso del 2025 è iniziato uno studio di fattibilità per individuare un nuovo applicativo di gestione documentale che si possa interfacciare con gli altri applicativi.

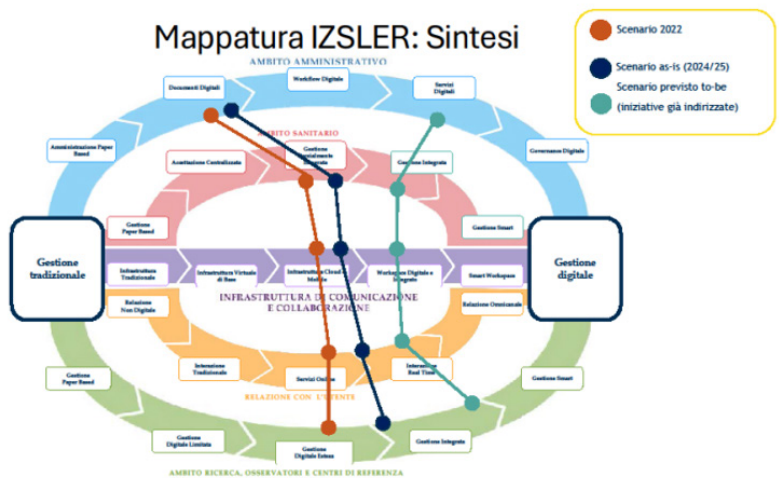
Il livello di digitalizzazione è compreso tra un range da 1 a 5.

- ❖ Ambito amministrativo: livello raggiunto 2,8;
- ❖ Ambito sanitario: livello raggiunto 4;
- ❖ Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione: livello raggiunto 4;
- ❖ Ambito relazione con l'utente: livello raggiunto 4;
- ❖ Ambito di ricerca, osservatori e centri di referenza: livello raggiunto 4.



PTD 2025:2027

Sistemi Informativi



DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE ENTE	% RAGG OB
OB. OP. TRASVERSALI DI PIENA ACCESSIBILITA'	AS3/AS4	RELAZIONALE	98%

Nel corso del 2025 è stata effettuata una ricognizione finalizzata alla mappatura dei fabbricati, con l’obiettivo di verificarne il livello di accessibilità in relazione alle diverse tipologie di disabilità (fisica, psichica e sensoriale, con particolare riferimento all’udito e alla vista). A seguito di tale attività, sono attualmente in corso le valutazioni degli interventi necessari. Si evidenzia che tutte le sedi territoriali, nonché la sede di Brescia, risultano accessibili per quanto riguarda le aree destinate all’accesso del pubblico. Le azioni previste dall’Istituto, volte a promuovere l’inclusione lavorativa, sono coerenti con le Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l’inclusione e l’accessibilità di cui al D.lgs. n. 222/2023, che valorizzano l’accessibilità e l’inclusione quali criteri rilevanti anche ai fini della programmazione e della valutazione della performance organizzativa.

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE ENTE	% RAGG OB
OB. OP. TRASVERSALI DI PARI OPPORTUNITA', DI EQUILIBRIO DI GENERE E DI BENESSERE ORGANIZZATIVO (EX PAP - GEP)	AS4	GENERE	100%

In riferimento agli articoli 8 e 9 del decreto legislativo n. 150/2009, le pubbliche amministrazioni sono tenute a individuare obiettivi in materia di pari opportunità, i cui risultati concorrono alla misurazione della performance organizzativa e individuale, anche attraverso indicatori specifici. Tali disposizioni consentono di sviluppare gli obiettivi in una prospettiva di genere, integrandoli pienamente nel sistema di valutazione delle performance. Questa impostazione risulta recepita nel Ciclo di gestione della performance dell’Istituto, in coerenza con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente, che include le dimensioni delle pari opportunità e del benessere organizzativo tra gli ambiti oggetto di programmazione, monitoraggio e valutazione. Nel corso dell’anno 2025, l’IZSLER ha attuato gli obiettivi individuati nel Gender Equality Plan (GEP) e nell'ex Piano delle azioni positive (PAP), assicurandone l’integrazione nelle attività delle strutture. Nella tabella sottostante è riportata la percentuale di raggiungimento degli obiettivi afferenti a tali dimensioni. Per un maggiore approfondimento si rinvia alla consultazione dei seguenti documenti:

- ❖ Report Gender Equality Plan 2025 ([Allegato C](#));
- ❖ Report ex PAP 2025 ([Allegato D](#)).

DIMENSIONI	AREA STRATEGICA	SALUTE ENTE	% RAGG OB
OB. OP. TRASVERSALI DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	AS3	ETICA	97%

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 politico-amministrativo e costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale dell’amministrazione, nonché della Sezione “Valore pubblico, Performance e Anticorruzione” del PIAO e del relativo Report. Tali obiettivi, in quanto parte integrante della programmazione, devono essere coordinati con il ciclo di gestione della performance e concorrono alla valutazione della performance organizzativa e individuale, ai sensi dell’art. 10 del decreto legislativo n. 150/2009, anche al fine di verificare l’efficacia delle misure adottate nel prevenire fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione e nel garantire imparzialità, trasparenza e qualità dell’azione amministrativa. Il raggiungimento degli obiettivi relativi all’attuazione degli obblighi previsti nell’ex PTPCT 2025-2027 è del 97%.Il livello di attuazione del piano e di realizzazione delle misure ivi previste si considera in costante miglioramento così come la consapevolezza del personale. L’applicazione dei modelli organizzativi individuati in Istituto per la gestione dei sistemi dell’ anticorruzione e della trasparenza coordinati alle attività di monitoraggio, anche integrate nel sistema degli audit gestionali sanitari e amministrativi, hanno garantito un adeguato e apprezzabile livello di realizzazione delle misure generali e specifiche.

2.3 SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1 PREMESSA

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

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

-PARTE FUNZIONALE: misure e azioni che sono state attuate per proteggere il VP;

-PARTE GENERALE: misure e azioni più rilevanti messe in atto in tema di prevenzione e riduzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguimento di una maggiore trasparenza.

2.3.2 PARTE FUNZIONALE

La prevenzione della corruzione rappresenta la dimensione del VP a garanzia e tutela di tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell’Istituto. Nella finalità di prevenzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguimento di obiettivi di imparzialità, il sistema coordinato delle misure di anticorruzione contribuisce pertanto a generare esso stesso valore pubblico. Nell’ambito del PNA 2022 (Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023), l’Anac ha precisato che: *“la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione o ente”*.

TAB.VP1	
DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	+0,53%
EFFICACIA	+6,52%

Fonte dati RPCT

Supporto tecnico scientifico all’Autorità sanitaria pubblica

Nel corso del 2025 come documentato dalla relazione della Direzione Sanitaria sulle rendicontazioni dei processi sanitari previsti nella Sezione anticorruzione e trasparenza le strutture Sanitarie hanno correttamente applicato le misure a protezione del valore pubblico in modo più che soddisfacente. Parimenti la relazione ha documentato la piena realizzazione della misura di sensibilizzazione del personale di nuova introduzione, come attestato dai verbali di formazione prodotti dalle singole strutture.

Le misure di anonimizzazione dei fogli di lavoro e di anonimizzazione dei campioni verificate nel corso degli audit ispettivi interni del Servizio Assicurazione Qualità sono risultate costantemente applicate nei casi verificati. La misura “verifica della separazione delle funzioni del personale (fase pre-analitica e analitica)” è risultata essere stata applicata nel 98,8% dei conferimenti campionati, con un unico scostamento dovuto alla contemporanea assenza del 25% del personale presso la struttura sanitaria in cui si è verificato l’evento. Le letture eseguite sono state comunque effettuate su campioni anonimi. Infine, la misura relativa alla anonimizzazione delle richieste di vaccini stabulogeni e la tenuta del registro di produzione degli stessi è stata correttamente applicata.

TAB.VP2	
DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	+0,53%
EFFICACIA	+6,52%

Fonte dati RPCT

Gestione delle attività di ricerca

Nel corso del 2025 le misure di gestione del conflitto di interesse poste a presidio dell’obiettivo di valore pubblico sono state compiutamente realizzate. Infatti, come si evince dalle rendicontazioni effettuate dalle strutture sanitarie e dall’Ufficio progetti di Ricerca la misura “Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del dirigente proponente con successiva attestazione di avvenuta verifica da parte del dirigente sovraordinato” viene applicata per ogni progetto di ricerca che vede coinvolto IZSLER come ente capofila. In particolare, sono state acquisite le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per n. 9 progetti di ricerca corrente, n. 4 altri progetti finanziati con fondi pubblici, n. 5 progetti di ricerca autofinanziata e n. 2 progetti di ricerca finalizzata, per un totale di n. 20 progetti.

TAB.VP3	
DIMENSIONE	CONFRONTO RISULTATO/BASELINE
EFFICIENZA	+0,53%
EFFICACIA	+6,52%

Fonte dati RPCT

Promuovere un costante sviluppo di competenze specialistiche tecniche per formare gli operatori della salute

Nel corso del 2025 come documentato dalla relazione della Direzione Sanitaria sulle rendicontazioni dei processi sanitari previsti nella Sezione anticorruzione e trasparenza, le misure di gestione del conflitto di interesse, di trasparenza e di controllo in carico ai processi della struttura Formazione poste a presidio dell’obiettivo di valore pubblico sono state compiutamente realizzate attraverso la raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse dei soggetti a cui sono stati affidati incarichi e la pubblicazione dei suddetti incarichi in Amministrazione Trasparente. Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi. (Allegato B).

2.3.3 PARTE GENERALE

Attuazione Sezione Anticorruzione e Trasparenza 2025-2027

Il livello di attuazione del piano e di realizzazione delle misure ivi previste conferma l'andamento di costante miglioramento negli anni. Tutti i monitoraggi e le verifiche programmate per l’anno 2025 sono stati effettuati e tali momenti hanno costituito importanti occasioni di confronto e miglioramento. Anche per il 2025 le misure previste sono state attuate. L'attività formativa e di sensibilizzazione sui temi dell'etica e legalità è proseguita attraverso incontri mirati a livello Dipartimentale sui contenuti e

le ricadute della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2025-2027, oltre che con l'erogazione di contenuti formativi di carattere generale a disposizione del personale di nuovo ingresso in Istituto. Si conferma, anche per l'anno 2025, una consolidata consapevolezza in tema di gestione del conflitto di interessi, anche solo potenziale, sia da parte del personale che da parte dei dirigenti sovraordinati competenti nella gestione di eventuali conflitti segnalati dai propri collaboratori. Avuto riguardo alle verifiche in sede di audit gestionale, nel corso del 2025 sono state oggetto di verifica le strutture Gestione centralizzata richieste all'utenza, Reparto chimica degli alimenti di Brescia, Reparto chimico degli alimenti di Bologna, sede territoriale di Brescia, sede territoriale di Bergamo. Si è trattato di verifiche integrate, sulla base di check list predefinite, che hanno permesso una migliore conoscenza dei processi e delle eventuali criticità dei procedimenti gestiti dalle strutture. Gli esiti delle verifiche sono stati occasione di confronto fra strutture e con il RPCT al fine di individuare azioni di miglioramento. Con riferimento al sistema della trasparenza, si conferma che il modello organizzativo che definisce ruoli, competenze e responsabilità di tutti gli attori del sistema - adottato ormai dall'anno 2017 e adeguato e consolidato negli anni - ha continuato a garantire, anche per il 2025, un adeguato livello di trasparenza da parte dell'Ente. Il sedimentato modello di monitoraggio, costituito da due verifiche effettuate a cadenza semestrale, ha permesso anche per il 2025 un periodico confronto e la condivisione degli esiti delle verifiche tra le strutture e il RPCT finalizzate al miglioramento del sistema. Al fine di efficientare l'informatizzazione dei flussi per la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" si è provveduto, nel corso del 2025, in coordinamento e condivisione con le strutture interessate, ad individuare una proposta di flussi di dati e informazioni per i quali creare un automatismo alla pubblicazione nel nuovo sistema di gestione contabile. Dati numerici 2025 (fonte dati: relazione RPCT)

- ❖ Partecipazione formazione anticorruzione: 623 dipendenti (81,9%)
- ❖ Monitoraggi RPCT effettuati: 2 (giugno e dicembre)
- ❖ Eventi corruttivi registrati: 0
- ❖ Accessi civici generalizzati: 26 (23 sanitari, 3 amministrativi)
- ❖ Accessi documentali: 17 (9 sanitari, 8 amministrativi)
- ❖ Segnalazioni whistleblowing: 0
- ❖ Procedimenti disciplinari: 1

L'Istituto, al termine del 2024, ha aggiornato il proprio Codice di Comportamento in conformità alle modifiche introdotte dal D.P.R. 81/2023, che ha rivisto il Codice nazionale di cui al D.P.R. 62/2013. Il nuovo testo, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 13/2024, ha introdotto importanti integrazioni, in particolare in materia di gestione del conflitto di interessi, utilizzo corretto degli strumenti informatici istituzionali e responsabilità dei dirigenti nella promozione del benessere organizzativo. Nel 2025, pertanto, le principali novità sono state oggetto di specifica formazione anticorruzione attraverso eventi dedicati, i quali hanno registrato un'ampia partecipazione sia del personale amministrativo che del personale sanitario; il corso è poi stato reso disponibile in modalità FAD all'interno del portale della formazione aziendale. Il corso è stato somministrato anche ai dipendenti di nuova assunzione. Formazione sulle novità del Codice di Comportamento (fonte dati: relazione RPCT):

- ❖ 60 partecipanti all'evento formativo dedicato al personale amministrativo (all'evento formativo in presenza);
- ❖ 211 partecipanti all'evento formativo dedicato al personale sanitario (all'evento formativo in presenza);
- ❖ 45 neoassunti hanno frequentato il corso "Il nuovo codice di comportamento".

Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla lettura della Relazione annuale del RPCT anno 2025 pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente".



3. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

La presente sezione comprende le seguenti sotto-sezioni:

3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa e lavoro agile

illustra i seguenti argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ premessa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

3.2 Sottosezione di programmazione - Piano Triennale Fabbisogno Personale

illustra i seguenti argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ premessa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

3.3 Sottosezione di programmazione - Formazione del personale

illustra i seguenti argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ premessa
- ❖ parte funzionale
- ❖ parte generale

3.1 SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LAVORO AGILE

3.1.1 PREMESSA

In questa sottosezione si presenta la struttura e il modello organizzativo adottato, con il fine di mettere in evidenza come questi aspetti hanno impattato sul raggiungimento delle attività. Con Delibera n. 3 del 13.05.2025 l’Istituto ha attuato una riorganizzazione dell’assetto organizzativo, individuando i Dipartimenti quali strutture di coordinamento, al fine di rafforzare governance, monitoraggio e supporto alle politiche pubbliche.

3.1.2 PARTE FUNZIONALE

3.1.3 Coerenza tra la riorganizzazione organizzativa e la creazione di Valore Pubblico.

La riorganizzazione dell’assetto organizzativo dell’IZSLER, approvata con Delibera n. 3 del 13 maggio 2025, attraverso l’individuazione dei Dipartimenti quali strutture di coordinamento funzionale, rappresenta uno strumento abilitante per la creazione e il consolidamento del VP, consentendo un più stretto allineamento tra strategia, governance e risultati. Si sottolinea in particolare che per il:

- ❖ VP1: La nuova articolazione dipartimentale rafforza la capacità dell’Istituto di supportare in modo strutturato le politiche pubbliche regionali e nazionali. L’organizzazione per Dipartimenti consente infatti di aggregare competenze tecniche e scientifiche per ambiti omogenei, rendendo più efficace il raccordo tra attività di sorveglianza, produzione dei dati, analisi e supporto decisionale. Tale assetto favorisce una risposta più tempestiva e mirata alle esigenze delle Regioni e degli stakeholder istituzionali, consolidando il ruolo dell’IZSLER quale riferimento tecnico-scientifico del sistema sanitario pubblico.
- ❖ VP2/VP3: l’istituzione del Dipartimento Ricerca e Formazione consente di sviluppare in modo integrato e organizzato le attività di ricerca, innovazione e formazione, favorendo il raccordo tra produzione scientifica e aggiornamento delle competenze. Tale assetto rafforza la capacità dell’IZSLER di generare conoscenza, diffonderla in modo strutturato e sostenere qualità, innovazione e sviluppo nel tempo.

3.1.4 PARTE GENERALE

Livello attuazione dello smart working

In attuazione della vigente normativa, l’IZSLER ha adottato nel corso dell’anno 2024 un regolamento per il lavoro agile, quale strumento potenzialmente utile per il miglioramento della produttività aziendale e per conciliare le esigenze di vita personale dei dipendenti. Tale opportunità è rivolta innanzitutto ai lavoratori “fragili”, che compatibilmente con la mansione ricoperta, hanno la possibilità di lavorare in smart working, con l’utilizzo di strumenti aziendali web conformi agli standard di sicurezza. Essa è inoltre utilizzata dai dipendenti con figli, per la conciliare le esigenze lavorative con quelle familiari. Contestualmente, si è proceduto a potenziare il livello di sicurezza delle infrastrutture tecnologiche al fine di evitare casi di hackeraggio, con pesanti rallentamenti delle attività e ricadute sugli utenti, oltre a evidenti violazioni della privacy. L’accesso a forme di lavoro agile (o più in generale di lavoro a distanza) nel corso dell’anno 2025 è stata così compendiata:

ANNO	N° OPERATORI	DIRIGENTI	COMPARTO	N° GIORNI DIRIGENTI	N° GIORNI COMPARTO	TOTALE GIORNI
2025	60	15 (5 UOMINI - 10 DONNE)	45 (14 UOMINI - 31 DONNE)	499	1391	1890

Fonte dati banche dati Risorse Umane. Nel 2025 lo smart working in IZSLER risulta significativamente rafforzato rispetto al 2024, con un aumento degli operatori coinvolti da 36 a 60 (+66,7%) e delle giornate complessive da 1.188 a 1.890 (+59,1%), a conferma di un utilizzo più strutturato, diffuso e organizzativamente maturo dell’istituto, sia tra i dirigenti sia nel comparto.

3.2 SOTTOSEZIONE - FABBISOGNO DI PERSONALE

3.2.1 PREMESSA

L'ex Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 (PTFP), individua le esigenze in tema di risorse umane che l'Izsler intende soddisfare nel triennio di riferimento, nel rispetto dei principi di efficiente organizzazione delle attività e ottimizzazione delle risorse. Si riportano qui di seguito gli esiti delle attività suddivise in:

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

3.2.2 PARTE FUNZIONALE

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

OBIETTIVI/AZIONI	% ATTUAZIONE
AZIONI DI RECLUTAMENTO PERSONALE per il VP1, VP2 e VP3 individuate all'interno della sottosezione organizzazione del PIAO 2025-2027	100%

Fonte dati banche dati Risorse Umane

VP1/2/3: rispetto all'esigenza di copertura dei fabbisogni necessari a garantire l'attività istituzionale nell'ambito del benessere animale, Sanità animale e sicurezza alimentare, nell'anno 2025 sono state reclutate le figure necessarie. Nella tabella allegata sono rappresentati le rendicontazione puntuali delle attività declinate in indicatori operativi. (Allegato B)

3.2.3 PARTE GENERALE

In coerenza con le previsioni del PTFP 2025–2027, al 31 dicembre 2025 il personale in servizio presso l'Istituto ammonta complessivamente a n. 633 unità. Con riferimento al personale a tempo determinato, risultano in servizio n. 70 unità, di cui n. 46 appartenenti alla Piramide della ricerca. Rispetto alla dotazione organica prevista dal Piano, il tasso di copertura complessivo del personale è pari al 95,90%, mentre quello relativo alla Piramide della ricerca è pari all'87,50%. Nel corso dell'anno 2025 si sono registrate n. 43 cessazioni dal servizio; di queste, n. 28 hanno riguardato personale a tempo indeterminato, comprensive di n. 11 cessazioni per pensionamento. Nello stesso periodo sono state effettuate n. 43 assunzioni complessive, di cui:

- ❖ n. 24 a tempo indeterminato;
- ❖ n. 19 a tempo determinato.

Il confronto tra cessazioni e assunzioni del personale a tempo indeterminato evidenzia un saldo organico pari a –4 unità. Le assunzioni hanno interessato prevalentemente l'Area degli Assistenti (n. 16 unità), nella quale si registravano le maggiori scoperture. Nel corso del 2025 sono state inoltre attivate n. 147 progressioni economiche orizzontali e n. 2 progressioni verticali, in coerenza con le politiche di valorizzazione e sviluppo delle competenze previste dal PTFP 2025–2027. In sintesi:

- ❖ n. 43 cessazioni (di cui n. 11 pensionamenti);
- ❖ n. 43 assunzioni (n. 24 a tempo indeterminato e n. 19 a tempo determinato);
- ❖ n. 147 progressioni economiche orizzontali;
- ❖ n. 2 progressioni verticali;
- ❖ saldo organico del personale a tempo indeterminato: –4 unità.

Il lieve saldo negativo del personale a tempo indeterminato evidenzia un turn over attivo, non integralmente compensato nell'esercizio, ma coerente con i vincoli programmatori e con l'elevato livello di copertura dell'organico previsto dal Piano. Al 31.12.2025 la copertura dell'organico è riassunta nei valori della seguente tabella:

Dotazione Organica		Ruolo	Piano 2025	Copertura al 31/12/2025	% copertura al 31/12/2025
Personale Dirigente	Dirigenza Sanitaria Veterinaria	S	81	79	97,53%
	Dirigenza Sanitaria non Veterinaria	S	35	33	94,28%
	Dirigenza Professionale	P	1	1	100%
	Dirigenza Tecnica	T	3	3	100%
	Dirigenza Amministrativa	A	6	5	83,33%
TOTALE DIRIGENZA			126	121	96,03%
Personale non Dirigente	Personale Amministrativo	A	95	91	95,78%
	Personale Sanitario	S	122	119	97,54%
	Personale Tecnico addetto ai servizi di Laboratorio	T	260	249	95,76%
	Personale Tecnico non addetto ai servizi di Laboratorio	T	57	53	92,98%
TOTALE COMPARTO			534	512	95,88%
TOTALE COMPLESSIVO			660	633	95,90%

Per quanto concerne il personale del ruolo della ricerca e di supporto alla ricerca, al 31.12.2025, la situazione è così riassunta:

PROFILO	Previsti nel PTFP	Copertura al 31/12/2025	% copertura al 31/12/2025
	N.	N.	
COMPARTO - RICERCA	80	70	87,50%

Nel rispetto del limite di spesa indicato nel PTFP, i dati di cui sopra confermano una sostanziale copertura del fabbisogno sotto il profilo delle unità di personale ed hanno corrispondenti effetti sotto il profilo economico nel bilancio di esercizio. Anche nel 2025 si assiste ad leggero incremento in valori assoluti del costo per il personale dipendente. Ciò per effetto degli incrementi di natura contrattuale che incidono sul trattamento fisso ed accessorio del personale. L'evoluzione della spesa complessiva (esclusa l'IRAP) nel triennio, come risultante dagli atti di bilancio, può essere così compendiata:

	2023	2024	2025
Costo del Personale da Conto Economico - Bilancio di Esercizio	29.166.573	29.281.302	29.905.817
Di cui Personale della Ricerca	1.580.586	1.997.494	1.965.634

In particolare, l’incremento di costo registrato nell’anno 2025, pari al 2,13% è giustificato dall’applicazione del CCNL del Comparto Sanità del 27.10.2025..

Assenze

Nel corso del 2025 il tasso di assenza del personale ha mostrato un andamento fortemente stagionale, con livelli contenuti nel primo trimestre, un progressivo incremento nel periodo primaverile ed un picco fisiologico nel trimestre estivo, riconducibile principalmente alla fruizione delle ferie. Il dato medio annuo di assenza si colloca intorno al 15%, con un tasso di presenza medio pari a circa l’85%. Nel quarto trimestre si osserva un progressivo rientro delle assenze e il recupero della piena operatività. Non emergono elementi di criticità strutturale; le differenze tra strutture e sedi territoriali risultano coerenti con la tipologia delle attività svolte e con la dimensione degli organici, garantendo nel complesso la continuità dei servizi istituzionali.



3.3 SOTTOSEZIONE - FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.3.1 PREMESSA

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

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

3.3.2 PARTE FUNZIONALE

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

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

OBIETTIVI/AZIONI	% ATTUAZIONE
ATTIVITA' FORMATIVE per il VP1, VP2 individuate all'interno della sottosezione formazione del PIAO 2025-2027	100%

Fonte dati banche dati Formazione

Tutte le attività formative programmate, abilitanti gli obiettivi di VP, sono state attuate come segue:

VP1: sono stati realizzati i seguenti corsi di formazione:

- ❖ ambito benessere animale: n. 18 corsi
- ❖ ambito sanità animale: n. 58 corsi
- ❖ ambito sicurezza alimentare: n.36 corsi

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

FORMAZIONE ESTERNA

Il VP3 è volto all’aumento della formazione erogata dall’istituto a favore degli operatori della salute. La creazione di un numero sempre maggiore di eventi formativi richiesti, dalle autorità competenti regionali e nazionali, dimostra il valore della qualità supportata anche da capacità organizzative e realizzative. Per la formazione esterna l’anno 2025 è stato caratterizzato da:

- ❖ formazione riguardante il sistema Classyfarm, si sono aggiunti in piattaforma corsi relativi ai conigli e tacchini;
- ❖ formazione in materia di biosicurezza allevamento suino;
- ❖ pieno funzionamento Piattaforma nazionale allevatori;
- ❖ formazione per l’Afta epizotica;
- ❖ formazione per i macellatori e trasportatori di animali;
- ❖ formazione per addetti alla sperimentazione animale.

n. di partecipanti esterni ai corsi	26.563
n. utenti delle professioni sanitarie formati a livello nazionale	16.796
n. partecipanti ai corsi erogati dall'izsler	29.597
n. totale dei crediti ECM prodotti	170.302
n. media corsi per dipendenti per formazione esterna	1,9
n. media corsi per dipendente formazione interna	4,1

3.3.3 PARTE GENERALE

La programmazione della formazione continua a promuovere gli interventi formativi rivolti ai dipendenti a partire da una riflessione sistematica sulle priorità strategiche e sui fabbisogni di competenze rilevati a livello organizzativo e individuale. Anche per l’anno 2025, l’attività formativa dell’IZSLER è stata caratterizzata dall’utilizzo strutturale di modalità formative integrate, con eventi in presenza e online. La formazione a distanza sincrona (webinar con partecipazione contemporanea di docenti e discenti) si conferma una modalità largamente adottata, in quanto consente un’adeguata interazione formativa e favorisce una migliore integrazione tra attività lavorativa e percorsi di aggiornamento. Si è consolidato inoltre il ricorso alla modalità formativa ibrida, che affianca alla formazione residenziale in aula la partecipazione da remoto o la successiva fruizione dei contenuti in modalità FAD, ampliando l’accessibilità dei percorsi e la diffusione delle conoscenze. Nel 2025 l’Istituto ha ulteriormente rafforzato il proprio ruolo nel supporto alle politiche pubbliche attraverso la formazione, anche mediante l’utilizzo di strumenti digitali dedicati e iniziative formative rivolte sia al personale interno sia a destinatari esterni, in coerenza con le disposizioni normative vigenti. La formazione obbligatoria è stata confermata con specifici percorsi in materia di trasparenza, sicurezza informatica e prevenzione della violenza di genere, contribuendo allo sviluppo delle competenze trasversali e al rafforzamento della cultura organizzativa dell’Ente.

N. CORSI PREVISTI	N. CORSI EROGATI	% LIVELLO DI ATTUAZIONE
n. 138	n. 194	100%

Le attività formative realizzate nel corso dell’anno 2025 hanno risentito in modo significativo del contributo dei Centri di Riferenza Nazionali, che, nell’ambito dei propri compiti istituzionali, svolgono anche funzioni di formazione rivolte alle figure sanitarie coinvolte nelle diverse tematiche di sanità pubblica. In particolare, le iniziative formative sono state orientate prevalentemente agli ambiti tecnico-pratici e tecnico-scientifici, al benessere animale e alla gestione delle emergenze sanitarie, quali l’afta epizootica e la peste suina africana. Con riferimento all’analisi delle competenze necessarie ai fini della programmazione del fabbisogno formativo del personale, le iniziative realizzate nell’anno risultano riconducibili alle principali aree di competenza individuate, come rappresentato nella tabella sottostante.

TIPO COMPETENZE	INIZIATIVE FORMATIVE	N. ATTIVITA’ FORMATIVE
COMPETENZE SPECIALISTICHE SANITARIE	nell’ambito della sanità/benessere animale, sicurezza alimentare e ricerca	156

TIPO COMPETENZE	INIZIATIVE FORMATIVE	N. ATTIVITA’ FORMATIVE
COMPETENZE STRATEGICHE MANAGERIALI	nell’ambito della pianificazione , internal auditing, risk management, performance, soft skills	utilizzato piattaforma Syllabus
COMPETENZE SPECIALISTICHE AMMINISTRATIVE	nell’ambito della contabilità, bilancio, fisco e tributi, giuridico e legale, acquisti e contrattualistica, gestione risorse umane, informatico digitale.	13
COMPETENZE OBBLIGATORIE	iniziative formative rivolte alla trasparenza e anticorruzione, salute e sicurezza sul lavoro	20
COMPETENZE TRASVERSALI	iniziative formative nell’ ambito inclusione sociale, pari opportunità e benessere organizzativo, qualità	3
COMPETENZE DI NEO FORMAZIONE	corsi obbligatori per i neo assunti	pacchetto corsi

Comunicazione e diffusione delle informazioni

L’Istituto utilizza un sistema integrato di strumenti di comunicazione per garantire trasparenza, diffusione delle informazioni e valorizzazione delle proprie attività istituzionali e scientifiche. Il sito web aziendale, consultabile all’indirizzo www.izsler.it, rappresenta il principale canale informativo verso l’esterno e costituisce un punto di riferimento per istituzioni, operatori del settore, operatori dell’informazione e cittadini interessati a conoscere le attività dell’Ente e ad approfondire tematiche di sanità pubblica, anche in relazione a situazioni di emergenza sanitaria. Il sito è oggetto di aggiornamento continuo, al fine di rispondere in modo sempre più efficace ai bisogni informativi dell’utenza. A supporto del sito web, l’Istituto utilizza la newsletter istituzionale e i canali social media per una comunicazione tempestiva e continuativa, finalizzata a diffondere notizie, iniziative, eventi e aggiornamenti di interesse sanitario e scientifico, favorendo il dialogo con un pubblico ampio e diversificato. L’immagine e il ruolo dell’Istituto sono inoltre rafforzati attraverso l’organizzazione e la partecipazione a eventi di carattere istituzionale e scientifico, a livello locale e nazionale. Tali iniziative rappresentano un’importante opportunità di divulgazione, confronto e condivisione delle conoscenze, contribuendo al rafforzamento della visibilità dell’Ente e del Valore Pubblico generato dalla sua azione.



4. SEZIONE MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 Sottosezione di misurazione e valutazione della performance

Illustra i seguenti argomenti in ordine di presentazione:

- ❖ premessa;
- ❖ risultati della performance istituzionale;
- ❖ risultati della performance organizzativa;
- ❖ risultati della performance individuale.

Allegati del documento attinenti alla presente sezione sono:

- ❖ [Allegato E - Esito monitoraggio finale](#)

4.1 MISURAZIONE E VALUTAZIONE PERFORMANCE ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

4.1.1 Premessa

L'attività di misurazione e valutazione della performance si colloca al centro del processo di riforma del lavoro pubblico avviato a partire dagli anni Novanta e progressivamente consolidato nelle disposizioni normative confluite nel decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i., nella legge n. 15/2009 e, in particolare, nel decreto legislativo n. 150/2009 e s.m.i. Tale quadro normativo ha introdotto un modello di amministrazione orientato ai risultati, nel quale la misurazione della performance costituisce uno strumento essenziale per il miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dei servizi resi alla collettività, nonché per un utilizzo più razionale delle risorse pubbliche. Il decreto legislativo n. 150/2009 rappresenta il riferimento principale del sistema di misurazione e valutazione della performance e stabilisce, all'articolo 3, comma 2, che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all'ente nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. In tale prospettiva, la valutazione della performance assume una funzione strategica, finalizzata non solo alla rendicontazione dei risultati conseguiti, ma anche al miglioramento continuo dell'azione amministrativa, allo sviluppo delle competenze professionali e alla valorizzazione del merito, anche attraverso sistemi premianti collegati agli esiti della valutazione. Il quadro di riferimento è inoltre integrato dalle disposizioni dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del Comparto Sanità e della Dirigenza, che disciplinano i criteri di valutazione del personale, il raccordo tra performance, competenze e responsabilità, e la correlazione tra risultati conseguiti e sistemi incentivanti.

Il Ciclo di gestione della performance

In coerenza con il quadro normativo di riferimento, l'Istituto adotta un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) strutturato come processo ciclico, articolato nelle fasi di programmazione, monitoraggio, misurazione e valutazione. La fase di programmazione strategica è finalizzata alla definizione delle linee programmatiche e degli obiettivi strategici che l'Istituto intende perseguire nel breve e nel medio periodo, con la finalità ultima di creare Valore Pubblico. Essa è sviluppata all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che costituisce il documento di riferimento per l'indirizzo complessivo dell'azione amministrativa. La programmazione operativa è attuata attraverso il Piano di Budget, nel quale gli obiettivi strategici sono declinati in obiettivi di performance assegnati alle strutture, unitamente ai relativi indicatori e target. La fase di monitoraggio è volta a verificare, in corso d'anno, lo stato di avanzamento degli obiettivi e il grado di allineamento rispetto ai risultati attesi, al fine di individuare tempestivamente eventuali scostamenti e consentire l'adozione di azioni correttive. In coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 150/2009, l'Amministrazione assicura un monitoraggio periodico con cadenza semestrale, articolato in due momenti di verifica nel corso dell'anno, finalizzati a presidiare in modo continuativo l'andamento degli obiettivi programmati. Gli esiti dei monitoraggi, corredati dalle eventuali proposte di rimodulazione degli obiettivi e dei relativi target, sono sottoposti alla verifica del Nucleo di Valutazione delle prestazioni, che ne valuta la coerenza rispetto al quadro programmatico. La misurazione finale è finalizzata a quantificare i risultati conseguiti a fronte degli obiettivi programmati e costituisce la base informativa per la successiva fase di valutazione, in questa fase l'Istituto si avvale di elaborazioni analitiche e reportistica prodotta dal Controllo di gestione. La fase di valutazione consiste nell'analisi complessiva dei risultati raggiunti, anche alla luce dei fattori di contesto interni ed esterni che possono aver inciso sul livello di conseguimento degli obiettivi. Tale analisi è funzionale non solo alla rendicontazione degli esiti del ciclo della performance, ma anche all'individuazione di elementi di miglioramento da integrare nei cicli successivi. Per quanto riguarda la performance individuale, la valutazione si completa con l'analisi del contributo apportato dal singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

Aggiornamento del SMVP e integrazione del Codice di comportamento

Nel corso del 2025 l'Istituto ha aggiornato il proprio Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance con specifico riferimento all'incidenza delle violazioni del Codice di comportamento sulla valutazione della performance individuale, in coerenza con le Linee guida ANAC in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche. L'aggiornamento del SMVP rafforza il collegamento tra responsabilità disciplinare, principi di buon andamento e imparzialità di cui all'articolo 97 della Costituzione e valutazione della performance, stabilendo che l'accertata violazione del Codice di comportamento incida negativamente sulla valutazione del dipendente, indipendentemente dal livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati. In tale ambito, ANAC chiarisce che il Codice di comportamento costituisce parte integrante del sistema di misurazione e valutazione della performance e che le violazioni delle sue disposizioni devono riflettersi sulla valutazione della performance individuale, in quanto i comportamenti rilevanti sotto il profilo disciplinare rappresentano elementi valutativi essenziali che i valutatori sono tenuti a considerare. Alla luce di tali principi, è attualmente in corso un'ulteriore revisione del sistema di valutazione della per-

formance individuale, finalizzata all'introduzione di nuovi item valutativi che permettano di apprezzare in modo più strutturato e completo la prestazione del dipendente. L'intervento mira a rendere il processo valutativo maggiormente oggettivo e misurabile e a rafforzare il raccordo tra performance individuale, comportamenti organizzativi e quadro normativo di riferimento. Si segnala inoltre che è in fase di sviluppo un applicativo dedicato alla gestione del processo di assegnazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi, finalizzato a migliorarne l'efficacia operativa e l'aderenza alle specifiche esigenze dell'Istituto. Il nuovo strumento è orientato alla dematerializzazione della documentazione, alla progressiva digitalizzazione dei processi e al rafforzamento della trasparenza, al fine di rendere il sistema di gestione della performance più efficiente, tracciabile e funzionale.

Ambiti della Performance

In coerenza con quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo n. 150/2009 e il SMVP adottato dall'Istituto, la misurazione e valutazione della performance è articolata su tre livelli tra loro integrati e complementari:

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

Tale articolazione consente di rappresentare in modo più completo e trasparente la capacità dell'Ente di conseguire gli obiettivi programmati, di valorizzare il contributo delle persone e di generare Valore Pubblico.

4.1.2 RISULTATI DELLA PERFORMANCE ISTITUZIONALE

La performance istituzionale valuta l'impatto complessivo dell'azione dell'Istituto rispetto al contesto di riferimento e alla collettività, con particolare riguardo alla capacità di generare Valore Pubblico. Essa esprime il contributo dell'Ente al perseguimento delle finalità istituzionali, tenendo conto degli effetti prodotti sulla salute pubblica, sulla sicurezza alimentare, sul benessere animale e sulla qualità dei servizi erogati, in coerenza con la missione assegnata e con gli indirizzi strategici definiti nel PIAO. La performance istituzionale riveste una rilevanza prioritaria ai fini della rendicontazione esterna ed è funzionale alla costruzione della piramide del valore, in quanto consente di rappresentare il livello più elevato della performance dell'Ente, misurando l'impatto delle politiche e delle azioni intraprese nei confronti della collettività. Nel sistema adottato dall'Istituto, la performance istituzionale è determinata attraverso la media di quattro indici sintetici, riferiti alle dimensioni di: impatto, efficacia, efficienza, salute. L'indicatore di sintesi della performance istituzionale è rappresentato dal Livello Sintetico di Valore Pubblico (LS VP), che misura in modo integrato l'impatto dell'azione dell'IZSLER nei confronti del contesto di riferimento e della comunità nel suo complesso, attraverso la creazione di Valore Pubblico. Per l'anno di riferimento, il Livello Sintetico di Valore Pubblico evidenzia un incremento pari a +16,25%. Tale risultato conferma la capacità dell'Istituto di generare valore pubblico in misura superiore rispetto ai livelli di riferimento iniziali, evidenziando un impatto positivo complessivo dell'azione istituzionale.

INDICE	BASELINE	TARGET	RISULTATO	VP_RIS_BSLPERC
LS VP	1,76	1,9	1,99	+16,25%

Valenza della performance istituzionale

Nel loro complesso, i risultati della performance istituzionale confermano il ruolo dell'Istituto quale soggetto pubblico in grado di coniugare il perseguimento delle finalità istituzionali con la creazione di valore per la collettività. Il superamento del target di Valore Pubblico e il miglioramento rispetto alla baseline rappresentano un elemento qualificante dell'azione amministrativa e costituiscono la base per il rafforzamento delle politiche e delle strategie nei cicli successivi della performance.

4.1.3 RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DI ENTE

La performance organizzativa di Ente valuta la capacità dell’Istituto di tradurre gli indirizzi strategici in risultati concreti, attraverso l’azione coordinata delle strutture organizzative e l’utilizzo efficiente delle risorse disponibili. La performance organizzativa è definita a partire dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel quale sono individuati gli obiettivi strategici di mandato, dai quali discendono gli obiettivi funzionali alla loro attuazione, declinati nel Piano di Budget. Tali obiettivi rappresentano i traguardi che l’Ente è chiamato a conseguire nel suo complesso, in coerenza con gli indirizzi strategici e con il quadro programmatico di riferimento. La valutazione della performance organizzativa complessiva dell’Ente è espressa attraverso il Livello Sintetico di Ente (LSE), che costituisce l’indicatore riepilogativo della capacità organizzativa dell’Istituto di conseguire gli obiettivi programmati. Il LSE è determinato come media delle diverse dimensioni di performance, in coerenza con il sistema adottato anche per la performance istituzionale, consentendo una lettura integrata e comparabile dei risultati raggiunti dall’Ente nel suo complesso rispetto ai target attesi. Il valore del LSE rappresenta pertanto una sintesi della performance organizzativa e un indicatore della solidità complessiva dei processi gestionali e operativi dell’Istituto. Per l’anno 2025, la performance organizzativa complessiva dell’Ente evidenzia un livello di raggiungimento ampiamente superiore al target atteso, confermando la capacità dell’Istituto di conseguire in modo efficace gli obiettivi programmati. Il Livello Sintetico di Ente (LSE) al 31 dicembre 2025 risulta pari al 96,07%, a fronte di un target atteso pari all’89%.

DIMENSIONE	FORMULA	%
PERFORMANCE OBIETTIVI	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	98%
EFFICACIA	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	96%
EFFICIENZA	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	91,6%
SALUTE	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	98,6%
LIVELLO SINTETICO DI ENTE AL 31.12.2025		96,07%

Aree strategiche della performance organizzativa

Il sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall’Istituto è articolato in quattro Aree Strategiche, che rappresentano gli ambiti prioritari di intervento attraverso i quali vengono declinati gli obiettivi strategici di mandato e i correlati obiettivi operativi assegnati alle strutture. Le Aree Strategiche costituiscono il riferimento per la programmazione, la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e consentono di ricondurre in modo organico i risultati conseguiti alle principali direttrici di sviluppo dell’Ente. Il sistema delle Performance adottato prevede 4 Aree Strategiche.

Area strategica n. 1 “Attività istituzionale” (AS1) - Garantire l’attività istituzionale in modo efficace ed appropriato - l’attuazione dell’obiettivo strategico prevede l’erogazione efficace ed efficiente dei servizi istituzionali, assicurando elevati standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni. Comprende il continuo sviluppo e aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche, il rafforzamento del dialogo e della collaborazione con gli stakeholder istituzionali, la pianificazione di strategie sostenibili nel breve, medio e lungo periodo e l’ampliamento degli ambiti di intervento, con particolare attenzione alla salute animale, alla sicurezza alimentare, al benessere animale e alla prevenzione dei rischi per la salute umana e ambiente.

Area strategica n. 2 “Potenziamento della ricerca” (AS2)- Potenziare le attività relative alla ricerca nazionale ed internazionale; L’attuazione dell’obiettivo strategico prevede il potenziamento delle attività di ricerca a livello nazionale e internazionale attraverso il rafforzamento delle collaborazioni e delle reti di partenariato, al fine di favorire l’accesso a finanziamenti dedicati. Comprende il miglioramento della produzione scientifica, l’implementazione e la razionalizzazione delle attività di ricerca con attenzione alle tematiche emergenti, il rafforzamento dell’organizzazione interna anche tramite il reclutamento di ricercatori e l’attivazione di progetti innovativi in collaborazione con Regioni e Ministero della Salute, in coerenza con la programmazione definita nel Piano Triennale della Ricerca. Rientra in questo obiettivo strategico la performance derivate anche dall’attività del personale della ricerca sanitaria. La valutazione del personale della ricerca sanitaria (“piramide della ricerca”) negli IRCCS e negli IZS si configura come un sistema parallelo e distinto rispetto a quello del restante personale del SSN. Essa riguarda esclu-

sivamente ricercatori sanitari e personale di supporto alla ricerca, ed è disciplinata dal D.M. 20 novembre 2019, n. 164 e dalle disposizioni del relativo CCNL della ricerca sanitaria. Il processo valutativo si basa su criteri specifici, fortemente orientati alla qualità e alla produttività scientifica, come indicatori bibliometrici, pubblicazioni e idoneità tecnico-scientifica. Per gli esiti della valutazione del personale della ricerca sanitaria si rinvia al paragrafo dedicato.

Area strategica n. 3 “Sistema Gestionale” (AS3)- Garantire l’efficienza dei sistemi gestionali attraverso la sostenibilità dei processi in un’ottica multidimensionale; L’attuazione dell’obiettivo strategico mira ad aumentare l’efficienza dei sistemi gestionali dell’Istituto attraverso processi sostenibili e multidimensionali. La sua attuazione prevede il potenziamento dell’infrastruttura informatica, la digitalizzazione e semplificazione dei processi di supporto, l’ottimizzazione delle risorse finanziarie e materiali, l’innovazione negli investimenti e nella riqualificazione del patrimonio, il rafforzamento del controllo strategico e interno, la promozione della legalità e della prevenzione della corruzione, e l’adozione di pratiche sostenibili in ottica di efficienza energetica e green public procurement.

Area strategica n. 4 “Formazione e comunicazione” (AS4)- Promuovere la formazione continua, il dialogo con gli stakeholder e la valorizzazione delle risorse umane. L’attuazione dell’obiettivo prevede lo sviluppo culturale e professionale del personale tramite programmi ECM su temi attuali ed emergenti, l’informazione e aggiornamento dell’utenza, il rafforzamento del ruolo dell’Istituto come punto di riferimento scientifico nazionale e internazionale, e la promozione del benessere organizzativo, pari opportunità, equilibrio di genere e servizi più efficienti attraverso il confronto con gli stakeholder. Qui di seguito è rappresentato il grado medio di raggiungimento degli obiettivi delle diverse aree strategiche e dei correlati obiettivi.

AREA STRATEGICA	FORMULA	%
AS1- ATTIVITÀ ISTITUZIONALE	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	100%
AS2 -POTENZIAMENTO RICERCA	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	96,5%
AS3 - SISTEMA GESTIONALE	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	98,6%
AS4 - FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	dato dalla media delle % di raggiungimento degli indicatori della presenta dimensione	97,8%
PERFORMANCE OBIETTIVI		98%

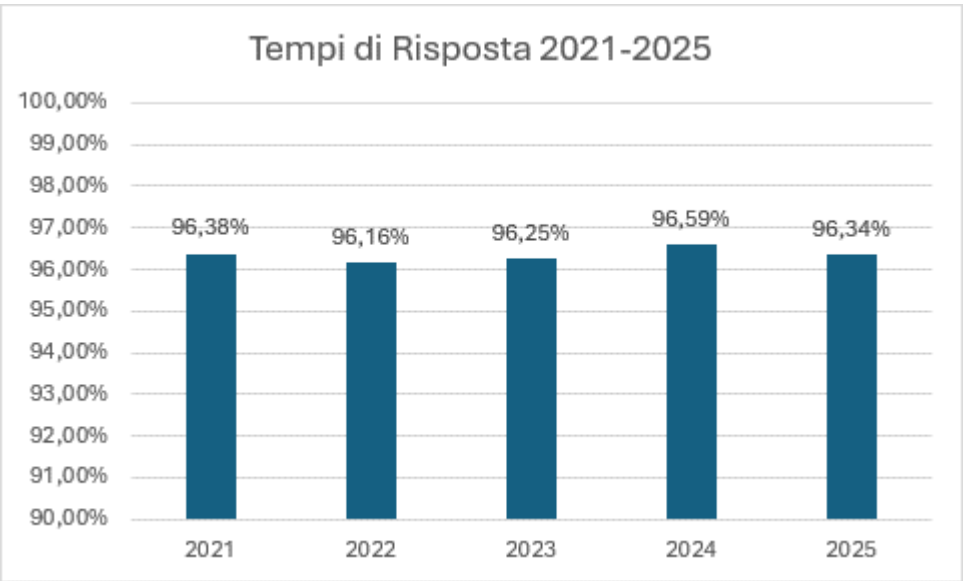
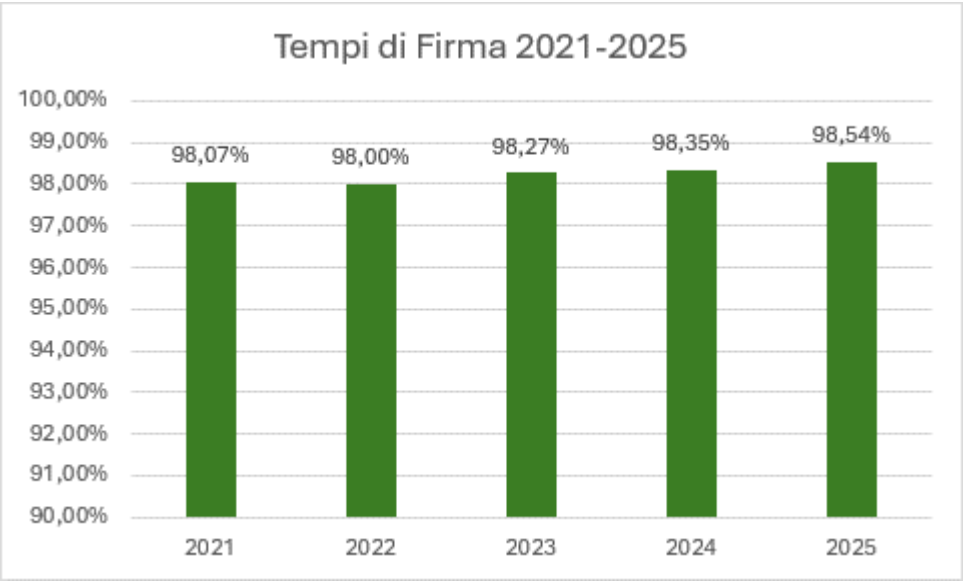
I risultati della performance organizzativa di Ente, articolati per Aree Strategiche e per obiettivi operativi, derivano dall’applicazione del processo di rendicontazione, monitoraggio, validazione e controllo previsto dal SMVP. Si precisa che tutti gli obiettivi contenuti nel Piano di Budget sono stati oggetto di attività di rendicontazione, misurazione e valutazione, in coerenza con quanto previsto dal SMVP vigente. Il processo valutativo ha pertanto interessato l’intero perimetro degli obiettivi programmati, assicurando una copertura completa e sistematica dei risultati attesi e conseguiti. In particolare, gli obiettivi assegnati alle strutture sono stati rendicontati dalle strutture responsabili, validati dai soggetti competenti (validatori), sottoposti a controlli a campione e verificati da parte del NVP. Nell’ambito della misurazione e valutazione della performance complessiva, l’Istituto ha inoltre tenuto conto degli obiettivi trasversali, con particolare riferimento a quelli connessi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione, nonché agli obiettivi legati alla promozione delle pari opportunità e al miglioramento del benessere organizzativo. Tali ambiti, quali presidi essenziali di legalità, equità e responsabilità sociale, concorrono alla valutazione della performance istituzionale, organizzativa e individuale, in coerenza con il quadro normativo vigente e con gli indirizzi strategici dell’Ente. Gli esiti delle attività di validazione, comprensivi delle percentuali definitive di raggiungimento degli obiettivi per ciascuna struttura, sono riportati in dettaglio nell’Allegato E, che documenta in modo analitico le verifiche effettuate dai validatori sulle rendicontazioni trasmesse dalle strutture. I risultati di tale processo costituiscono la base per la determinazione delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi e per il calcolo della performance organizzativa complessiva dell’Ente e delle singole Aree Strategiche. Nell’ambito del processo di monitoraggio e valutazione sono pervenute n. 3 richieste di rinegoziazione degli obiettivi, presentate nel rispetto delle tempistiche previste dal SMVP vigente, di cui n. 2 formulate da strutture sanitarie e n. 1 da una struttura amministrativa. Le richieste sono state istruite e valutate secondo le procedure previste e, ove accolte, hanno consentito di adeguare i criteri di misurazione in relazione a fattori oggettivi e documentati, garantendo la coerenza e l’equità del processo valutativo complessivo.

Focus su alcuni indicatori

Al fine di fornire una lettura maggiormente approfondita dei risultati della performance organizzativa e di evidenziare alcuni ambiti di particolare rilevanza strategica, di seguito si riportano specifici focus su indicatori selezionati, rappresentativi dell’efficacia, dell’efficienza e della qualità dell’azione amministrativa, nonché del contributo dell’Istituto al perseguimento degli obiettivi istituzionali.

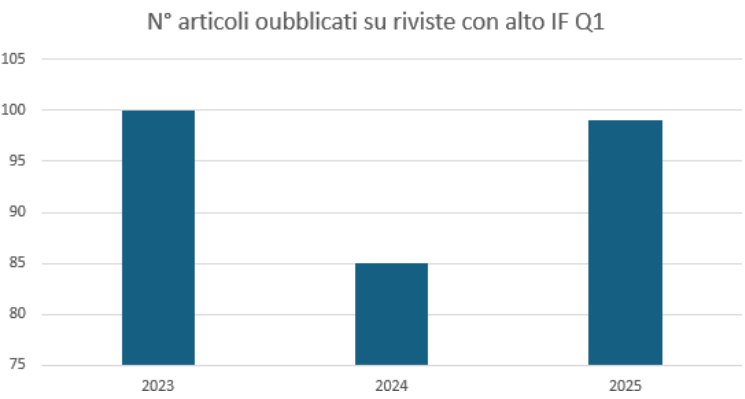
INDICATORE: rispetto dei Tempi di firma e risposta delle prove degli esami

Nell’ottica del miglioramento complessivo del servizio reso, IZSLER assegna a tutte le strutture uno specifico obiettivo volto alla riduzione dei tempi di analisi e dei tempi di firma, al fine di incrementare l’efficienza dei processi e garantire una maggiore tempestività nelle risposte alle Autorità competenti. In relazione a tali indicatori, si segnala che negli ultimi anni è stato realizzato un significativo lavoro di recupero dell’efficienza nei reparti afferenti al Dipartimento Sicurezza Alimentare, storicamente caratterizzati da maggiori criticità.



INDICATORE: n. articoli pubblicati su riviste con alto IF Q1.

L’indicatore QS (Quartile Score) serve per monitorare la qualità delle pubblicazioni scientifiche, in particolare valutando se esse vengono pubblicate su riviste di alto livello, come quelle classificate in Q1 (primo quartile), che rappresentano le riviste più prestigiose e con maggiore impatto nel proprio ambito disciplinare. Negli ultimi anni, l’IZSLER ha intrapreso un percorso di miglioramento significativo, non solo aumentando il numero complessivo delle pubblicazioni scientifiche, ma anche orientandosi sempre più verso la produzione di articoli su riviste di alta qualità, come quelle appartenenti al quartile Q1.



risultato 2023: 100 - risultato 2024: 85 - risultato 2025: 99

INDICATORE: rispetto degli obblighi previsti in tema di anticorruzione e/o trasparenza.

Le misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza costituiscono un ambito trasversale di performance, rilevante sia sotto il profilo organizzativo sia individuale. Tali misure sono tradotte in obiettivi specifici assegnati alle strutture e ai dirigenti, al fine di rendere le azioni di prevenzione effettive, verificabili e coerenti con gli obiettivi strategici dell’Ente.

Il rispetto delle misure previste nel PTPCT e il raggiungimento dei relativi obiettivi concorrono alla valutazione della performance, in quanto la creazione di Valore Pubblico deve essere tutelata dall’eventuale erosione derivante dal verificarsi di eventi corruttivi.

Strutture sanitarie:

media % adempimenti – anno 2024: 100%

media % adempimenti – anno 2025: 96%

Strutture amministrative:

media % adempimenti – anno 2024: 98%

media % adempimenti – anno 2025: 98%

Il processo di verifica del raggiungimento degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è stato effettuato sulla base delle relazioni fornite dalle strutture competenti ed è stato successivamente validato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), mediante verifiche in corso d’anno sullo stato di attuazione e sull’idoneità delle misure adottate, al fine di consentire eventuali interventi correttivi in presenza di criticità.

4.1.4 RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance individuale esprime il contributo che ogni persona dà al conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione di cui fa parte ed è costituita dall'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo stesso, sulla base di quanto stabilito nel SMVP. Le schede di valutazione individuali riassumono gli elementi del sistema di valutazione, il punteggio espresso rappresenta la valutazione finale che costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato/produttività. Il punteggio complessivo è espresso in centesimi di punto (100). In base alla normativa vigente e agli accordi integrativi aziendali, i responsabili di struttura hanno regolarmente provveduto alla valutazione del personale dirigente e di comparto della relativa struttura di appartenenza. Si segnala che nell'anno 2025:

- ❖ sono pervenute n. 3 richieste di riesame di II istanza attivate nel rispetto dei tempi;
- ❖ Il NVP ha effettuato le verifiche, sulla base delle informazioni trasmesse dall’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), al fine di accertare la correttezza delle valutazioni della performance individuale espresse dai valutatori nei confronti dei dipendenti interessati da procedimenti disciplinari, assicurando la coerenza degli esiti valutativi con le previsioni del SMVP vigente;
- ❖ Soglie minima (< 50 punti): nessuna valutazione negativa.

Il valore della mediana della valutazione individuale per l’anno 2025 risulta pari a 98,5 punti (anno 2024 - 97,9), evidenziando un livello complessivamente elevato delle prestazioni individuali. I risultati dettagliati e l’analisi statistica degli esiti della valutazione, differenziati per categorie di personale, sono riportati nei paragrafi successivi.

Valutazione personale della ricerca sanitaria

Il processo di valutazione del personale della ricerca sanitaria dell’IZSLER è stato attuato nel rispetto del quadro normativo di riferimento delineato dalla Legge n. 205/2017, dal D.M. n. 164/2019 e dal CCNL Comparto Sanità 2019-2021, che disciplinano il ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto. Con Decreto del Direttore Generale n. 245 del 20 dicembre 2024 è stato adottato il sistema integrato di valutazione del personale della ricerca sanitaria dell’Istituto. Il processo valutativo è stato condotto in coerenza con il PIAO e con il Piano Triennale della Ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi dell’Area Strategica n. 2 “Potenziamento della ricerca” e garantendo l’allineamento delle attività di ricerca alle priorità istituzionali. Per l’anno di riferimento sono stati complessivamente valutati n. 70 dipendenti, di cui n. 36 Ricercatori sanitari e n. 34 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria. La valutazione si è basata sulle relazioni annuali sull’attività scientifica e istituzionale presentate dal personale entro i termini previsti, validate dai dirigenti di struttura e sottoposte all’esame del Nucleo di Valutazione della Ricerca Sanitaria (NV PRS), nominato con Decreto DG n. 201 del 31 ottobre 2024. Il NV PRS si è riunito nel primo trimestre 2026 per l’esame delle relazioni, la verifica della coerenza tra dati dichiarati e informazioni presenti nei sistemi informativi e l’analisi degli indicatori quantitativi, anche mediante l’utilizzo di banche dati bibliometriche internazionali. A seguito delle verifiche effettuate e del confronto con le strutture interessate, il NV PRS ha definito e validato i punteggi finali, Non sono emerse valutazioni negative né richieste di revisione, confermando un elevato livello complessivo di performance del personale valutato. Gli esiti della valutazione, comprensivi delle percentuali definitive di raggiungimento degli obiettivi, sono stati validati dal NV PRS e trasmessi al NVP per le finalità connesse all'erogazione del premio di produttività.

Esiti valutazione personale 2025

A seguire si presentano gli esiti complessivi del processo di valutazione della performance individuale per l’anno 2025, attraverso l’analisi sintetica dei risultati e dei principali indicatori statistici.

Esiti complessivi del processo di valutazione del personale

MEDIA	MEDIANA	PUNTEGGIO MINIMO ASSEGNATO	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNATO	P25	P75	DS
98,13	98,5	56,5	100	97,5	99,5	2,5

NOTE:

- ❖ Percentile (P).Il percentile indica la posizione di un valore all’interno della distribuzione complessiva dei dati e consente di comprendere non solo quanto un punteggio sia alto o basso, ma come si colloca rispetto all’insieme dei risultati. L’analisi dei percentili permette di valutare se un valore rientra nella parte bassa, centrale o alta della distribuzione, di osservare il grado di concentrazione dei punteggi e di verificare l’eventuale presenza di asimmetrie verso valori più elevati o più bassi. Nel caso in esame:il 25% dei punteggi totali risulta minore o uguale a 97,5 (P25);il 75% dei punteggi totali risulta minore o uguale a 99,5 (P75).Tali valori evidenziano una forte concentrazione dei punteggi nelle fasce alte della distribuzione.
- ❖ Deviazione standard (DS).La DS misura il grado di dispersione dei punteggi rispetto alla media e indica quanto, in media, i valori tendano a discostarsi da essa. Nel caso analizzato, una DS pari a 2,5 indica che i punteggi si discostano mediamente dalla media (98,13) di circa 2,5 punti. Il valore della deviazione standard suggerisce una distribuzione generalmente concentrata nelle fasce elevate; tuttavia, la presenza di un punteggio significativamente distante dalla media (ad esempio 56,5) incrementa la variabilità complessiva. In effetti, la quasi totalità dei valori è compresa tra 97 e 100, mentre il valore isolato contribuisce ad ampliare la dispersione e ad incidere sull’indicatore di variabilità.

Esiti complessivi del processo valutazione personale comparto sanità

MEDIA	MEDIANA	PUNTEGGIO MINIMO ASSEGNATO	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNATO	DEV STD
98,43	99	86	100	1,6

Esiti complessivi del processo valutazione personale comparto sanità ruolo ricerca

MEDIA	MEDIANA	PUNTEGGIO MINIMO ASSEGNATO	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNATO	DEV STD
98,20	98,75	78,5	100	3,4

Esiti complessivi del processo di valutazione dirigenti PTA

MEDIA	MEDIANA	PUNTEGGIO MINIMO ASSEGNATO	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNATO	DEV STD
95,7	95,50	94	98	1,4

Esiti complessivi del processo valutazione personale dirigente sanità

MEDIA	MEDIANA	PUNTEGGIO MINIMO ASSEGNATO	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNATO	DEV STD
98,26	98	56,5	100	4,3

Distribuzione assegnazione del punteggio massimo nel tempo

n. dipendenti che hanno ricevuto 100 punti	2022	2023	2024	2025
98,26	69 - 9,4%	88 - 12,41%	108 - 14,9%	129 - 17,3%

Dall’analisi delle distribuzioni emerge che l’area dei Professionisti della salute concentra il maggior numero di dipendenti con punteggi di valutazione collocati nelle fasce alte, in prossimità del valore di 100.

Nel complesso, l’analisi degli esiti della valutazione individuale evidenzia un livello medio di performance molto elevato, con una forte concentrazione dei punteggi nelle fasce alte e una coerenza complessiva degli esiti con i risultati della performance organizzativa dell’Ente.

4.1.5 CONCLUSIONI E IMPEGNO VERSO GLI STAKEHOLDER

Alla luce dei risultati conseguiti e del valore pubblico generato, il presente Report rappresenta non solo un momento di rendicontazione, ma anche un rinnovato impegno dell’Istituto verso tutti gli stakeholder, interni ed esterni. In continuità con quanto emerso, l’Istituto conferma la propria volontà di proseguire lungo un percorso di crescita responsabile, orientato all’innovazione, alla trasparenza e al miglioramento continuo, rafforzando il proprio ruolo quale riferimento tecnico-scientifico al servizio della salute pubblica e a beneficio della collettività.

Dott. Giorgio Varisco

Direttore Generale

