

pa

**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DEL LAZIO E DELLA TOSCANA
“M. ALEANDRI”**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. ...104..... del ...17 marzo 2015...

OGGETTO: Piano annuale della performance 2015 e Piano triennale della performance 2015 – 2017.

La presente deliberazione si compone di n. 31 pagine

<p>Proposta di deliberazione n. del</p> <p>Direzione/Ufficio di staff.....</p> <p>L' Estensore.....</p> <p>Il Responsabile del procedimento</p> <p>Il Dirigente</p>

Parere del Direttore Amministrativo
F.to Dott. Antonio Cirillo

Favorevole Non favorevole
Data.....

Parere del Direttore Sanitario
F.to Dott. Remo Rosati.....

Favorevole Non favorevole
Data.....

IL DIRETTORE GENERALE
F.to (Dott. Remo Rosati)

Il Direttore Generale

Premesso che la legge regionale 29 dicembre 2014, n. 14 della regione Lazio e la legge regionale 25 luglio 2014, n. 42 della Regione Toscana relative al riordino dell' Istituto, prevedono che il Direttore Generale predisponga il piano triennale e annuale di attività;

- preso atto che il Piano triennale della performance 2015-2017 è stato preordinato quale strumento con il quale si intendono indirizzare le attività istituzionali in un sistema di obiettivi e gestione delle risorse per budget;
- che il piano triennale porta a conoscenza di tutti l'indirizzo che la Direzione Generale perseguirà anche durante l'anno 2015 e con il quale si intende fissare le linee programmatiche verso le quali indirizzare le attività istituzionali in un sistema di programmazione per obiettivi e gestione delle risorse per budget;
- che gli obiettivi strategici tengono conto:
 1. di quanto stabilito a livello nazionale dal Ministero della Salute, anche in recepimento di norme comunitarie;
 2. del Piano Sanitario Nazionale;
 3. dei Piani Sanitari Regionali;
 4. delle linee programmatiche espresse dal Consiglio di Amministrazione con proprio verbale (Punto 5 all'OdG : *“Gli indirizzi per la programmazione 2015, e in particolare gli specifici progetti e le iniziative che le Regioni intendono portare avanti”* in sede di Riunione programmatica, tenutasi ai sensi dell'art.3, comma 2, dell'intesa tra le Regioni Lazio e Toscana per il riordino dell'IZSLT il 19 gennaio 2015;
 5. delle linee programmatiche espresse dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 10 marzo 2015;
 6. del complesso delle attività di carattere territoriale, ormai divenuto elemento di riferimento per la programmazione delle attività tecnico scientifiche ed amministrative;
- ritenuto di dover adottare il piano della performance per l'anno 2015;
- ritenuto altresì di dover adottare l'allegato piano della performance dell'Istituto relativa al triennio 2015/2017, considerando la coerenza con quanto già deliberato negli anni pregressi e tenendo conto della prossima nomina dei nuovi organi secondo quanto disposto dal D.Lgs.106/12 e dalle leggi regionali di recepimento, garantendo comunque la continuità degli indirizzi, seppure in una fase di transizione;
- che si è ritenuto altresì conto di quanto sopra espresso e in particolare dell'imminenza della nomina dei nuovi organi in una fase di avanzata attuazione, ritenendo opportuno riportare per gli anni 2016/2017 per i singoli obiettivi, l'adeguamento, la verifica e la valutazione rispetto al Piano della performance 2015;
- sentiti i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- Per i motivi sopra esposti che ivi si intendono integralmente trascritti:
 1. di predisporre l'allegato piano della performance dell'Istituto per l'anno 2015 (All. 1 e All.2) e l'allegato piano della performance relativo al triennio 2015-2017 (All.3);
 2. di trasmettere il presente atto al Consiglio di Amministrazione per la successiva adozione;
 3. di trasmettere il presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione per le valutazioni di competenza.

Il Direttore Generale f.f.
F.to Dr. Remo Rosati

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata ai sensi
della legge 69/2009 e successive modificazioni ed integrazioni
in data 18 marzo 2015

IL FUNZIONARIO INCARICATO
Sig.ra Eleonora Quagliarella

SINOTTICA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE DELLA DIREZIONE GENERALE - ANNO 2015

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
A. Area della Direzione Generale	A.1. Sviluppare un modello di gestione dell'Istituto che contribuisca a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle performance sanitarie, economiche e amministrative	ATTIVITA' ORDINARIA A1.1. Elaborazione ed attuazione nel triennio di un piano di riorganizzazione dell'Istituto che tenga conto della necessità di uniformare e armonizzare l'erogazione delle prestazioni.	5	A.1.1.1. Avvio del processo di adeguamento delle articolazioni IZSLT al Piano di razionalizzazione approvato. A.1.1.2. Verifica costante degli effetti del processo di riorganizzazione attraverso l'impostazione e l'avvio di un piano di monitoraggio permanente delle performance dell'IZSLT. A.1.1.3. Razionalizzazione utilizzo delle risorse attraverso la valorizzazione costi standard per "prestazioni -tipo rilevanti".	Rispetto delle fasi del cronogramma % Avvio del sistema. SI/NO prestazioni tipo rilevanti individuate e valorizzate. >=3
	A.2. Trasparenza e comunicazione istituzionale	ATTIVITA' ORDINARIA A2.1. Aggiornamento permanente per una adeguata comunicazione e visibilità delle attività dell'Istituto	5	A.2.1.1. Consolidamento del nuovo sito web: 1) Monitoraggio permanente del funzionamento del sito web; comprese indagini di customer satisfaction; 2) costituzione formalizzata del comitato di redazione; 3) stesura di una procedura per la gestione del sito. A.2.1.2. Predisposizione relazione integrata, e pubblicazione sul sito web. A.2.1.3. Attivazione di indagini specifiche di "customer satisfaction" nelle materie relative a: 1) rapporti col territorio; 2) indagini epidemiologiche; 3) supporto alle attività produttive, finalizzate a individuare aree/settori di potenziale miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Impiego dei dati raccolti ai fini dell' adeguamento della struttura e delle procedure nei primi 5 punti risultati carenti; indicazione sul web delle azioni correttive intraprese .	Istituzione formalizzata del Comitato di redazione; >=1 procedura di gestione del sito >=1 indagine di customer satisfaction Predisposizione 50% Pubblicazione sito 50% un piano di rilevazione di customer satisfaction entro il 31 dicembre 2015 (almeno un piano di rilevazione in ognuno dei tre ambiti) >=3
		ATTIVITA' ORDINARIA A.2.2. Comunicazione scientifica e divulgativa		A.2.2.1 Comunicare la scienza delle aree di competenza dell'istituto al cittadino (bambini, studenti, adulti) tramite progetti verso le scuole, opuscoli, strumenti ludici, ecc. (Progetto annuale con il Centro Studi per la Sicurezza Alimentare in riferimento 1) iniziativa teorico applicativa per l'Istituto Scientifico "Volterra" di Ciampino; 2)progetto "Teatro della Salute" con il Ministero della Salute: completamento dello sviluppo grafico dei quaderni (10) del progetto.	>= 2 Progetti.

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
A. Area della Direzione Generale		ATTIVITA' ORDINARIA A.2.3. Trasparenza		A.2.3.1. Adempimenti in materia di Trasparenza (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta , elaborazione e pubblicazione del Piano della Trasparenza).	Pubblicazione web del Piano in ottemperanza al D. Lgs. 33/13
		ATTIVITA' ORDINARIA A.2.4. Anticorruzione		A.2.3.2. Organizzazione e verifica di adeguatezza e rispondenza alle esigenze degli utenti con riferimento alla normativa D. Lgs. 33/13	Produzione newsletter semestrale. =2
	A.3. Crescita professionale del personale dell'Istituto	ATTIVITA' ORDINARIA A.3.1. Promuovere la crescita culturale e professionale del personale dell'Istituto	5	A.2.4.1. Adempimenti in materia di Anticorruzione (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta, elaborazione e pubblicazione del Piano Anticorruzione).Rispetto del cronogramma del piano pubblicato sul sito web.	Rispetto cronogramma %
				A.3.1.1 Effettuazione di indagine di fabbisogni formativi del personale con metodologie nuove di tipo diretto (es. focus group; incontri diretti presso le singole strutture; visite alle singole strutture durante il normale funzionamento).	Effettuazione di un'indagine di fabbisogni formativi con una metodica diretta. >=1
			A.3.1.2 Promozione di attività di formazione interna con aumentato utilizzo di metodologie interattive, non frontali, del tipo, ad es.: gruppi di miglioramento, apprendimento per problemi; outdoor training.	Realizzare almeno tre iniziative formative con metodiche non frontali >=3	
			A.3.1.3. Istituire il. "triangolo della conoscenza"(formazione, ricerca , innovazione) con Assessorati competenti delle due Regioni, Università, Istituti di Ricerca e portatori di interesse ed altri partner	Realizzazione di un evento congiunto tra IZSLT, Assessorati Regionali, Università ed altri soggetti interessati	
			A.3.1.4.. Promuovere azioni specifiche nell'ambito delle attività peculiari ai Centri di referenza.	Realizzazione di almeno un evento formativo per ciascun CdRN entro il 31/12/15. =1	

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
	A.4. Tutela dei lavoratori	ATTIVITA' ORDINARIA A.4.1. Promuovere azioni per il miglioramento in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro	5	<p>A.4.1.1. Revisione e monitoraggio nelle articolazioni dell'Istituto del Dlgs 81/08 (e successive integrazioni e modificazioni) sui documenti di valutazione dei rischi e supporto all'individuazione dei responsabili preposti al monitoraggio. Aggiornamento in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro e pubblicazione sulla intranet aziendale.</p> <p>A.4.1.2. Programmazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza. Adozione, adattamento, monitoraggio e valutazione</p> <p>A.4.1.3. Monitoraggio sedi IZS finalizzato alla verifica costante del superamento delle barriere architettoniche. Adattamento, monitoraggio e valutazione.</p> <p>A.4.1.4. Raccolta dati, elaborazione e valutazione in ordine al Benessere Organizzativo dei dipendenti ex art. 20, comma 3 del D. Lgs. 33/2013. Verifica del livello di benessere organizzativo dei dipendenti tramite somministrazione del questionario Funzione Pubblica.</p> <p>A.4.1.5. Programmazione annuale in materia di sicurezza per il patrimonio immobiliare e tecnologico dell'IZSLT</p>	<p>Documenti di valutazione dei rischi revisionati e proposta di individuazione dei preposti entro il 30/06/15. =1</p> <p>Programma del sistema di gestione a regime entro il 31/09/15 (SI/NO)</p> <p>Sedi IZSLT valutate dal punto di vista delle barriere architettoniche entro il 31/12/15 (SI/NO x1)</p> <p>Relazione pubblicata sul sito nella sezione trasparenza (=1) entro i termini di legge.</p> <p>Redazione Piano strategico delle priorità di intervento entro il 30/09/2015</p>

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
	A.5. Sistema Qualità	ATTIVITA' ORDINARIA A.5.1. Promuovere il miglioramento permanente e continuo del sistema qualità.	5	A.5.1.1. Applicazione dei requisiti gestionali e tecnici della UNI EN CEI 17025 per strutture non ancora in regime di qualità. A.5.1.2. – Armonizzazione delle tecniche usate in tutte le strutture IZSLT per prove in uso in conformità dei rilievi/osservazioni ACCREDIA. A.5.1.3. Completamento dell'armonizzazione e normalizzazione delle nomenclature della base dati SIL al fine di renderla omogenea per le attività dei laboratori e coerente con i flussi informativi verso i destinatari degli stessi. A.5.1.4. Formazione specifica in tema di “Sistema Qualità” rivolta a tutto il personale IZSLT come ad es.: referenti, personale amm.ne, validazione metodi microbiologia alimenti e incertezza di misura, requisiti gestionali/tecnici UNI CEI ISO IEC 17025. A.5.1.5. Riesame della direzione secondo quanto previsto dal Manuale della qualità e analisi della qualità del dato analitico in tutti i laboratori. A.5.1.6. Revisione della Carta dei Servizi attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro.	Almeno 2 strutture Tecniche armonizzate/Tecniche da armonizzare >= 0,5 N. prove aggiornato >=100 Esecuzione e partecipazione ai corsi. >= 4 corsi. Riesame effettuato per singoli laboratori >=15 SI/NO

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
B. Area Sanitaria	B.1. Rapporti col territorio ATTIVITA' ORDINARIA	ATTIVITA' ORDINARIA B.1.1. Garantire il supporto tecnico e scientifico alle attività del SSN	10	<p>B.1.1.1. :Assolvimento dei crediti informativi nei confronti dei Servizi veterinari delle due Regioni con particolare riguardo ai Piani in essere (es.: PNR, Piani di Profilassi, PNAA, controllo ufficiale alimenti) e supporto nelle emergenze epidemiche e non.</p> <p>B.1.1.2. :Aggiornamento permanente della piattaforma SIEV in relazione alle esigenze dei Servizi Veterinari e al territorio. Incremento delle attività gestite dal SIEV.</p> <p>B.1.1.3. :Interfaccia web-service per l'integrazione applicativa tra SIL e SISPC.</p> <p>B. 1.1.4.: Coprogettazione dei Piani formativi delle rispettive Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza Alimentare e Benessere Animale attraverso il progetto di formazione specifica per gli operatori dei Servizi Veterinari Regionali –Regione Lazio e il progetto CERERE – Regione Toscana.</p>	<p>Verifica tramite analisi di customer satisfaction entro i termini di legge o da accordi diversi con gli obiettivi delle due Regioni.</p> <p>>= 2Flussi in più gestiti dalla piattaforma SIEV</p> <p>N. Web S. creati/N. Web S. concordati con la Regione Toscana..>=1</p> <p>N. iniziative realizzate/N. iniziative previste.>=1</p>
	B.2. Rapporti col territorio ATTIVITA' DI RISULTATO	<p>ATTIVITA' DI RISULTATO B.2..1. Incrementare le attività di collaborazione con le strutture della veterinaria pubblica e privata, con i produttori e i consumatori</p> <p>ATTIVITA' DI RISULTATO B.2.2. Incrementare le risorse aggiuntive dell'IZSLT</p>	20	<p>B.2.1.1. : Promuovere iniziative di partnership e innovazione in settori con potenzialità di espansione (settore ittico, settore lattiero-caseario, "veterinario aziendale", ambulatori veterinari e apicoltura) e verifica esiti raggiunti in relazione alle iniziative di partnership intraprese.</p> <p>B.2.2..1 : Ogni Direzione Operativa, Sezione e Struttura di Staff deve porre in atto progetti e attività che permettano di incrementare le risorse aggiuntive dell'ente.</p> <p>B.2.2.2.: Ogni Struttura Amministrativa, sanitaria e di staff, a fronte di progetti che favoriscano incrementi di attività, deve porre in atto azioni – iniziative – servizi che agevolino attrazione di risorse aggiuntive per l'IZSLT. (azioni facilitanti l'iter amministrativo, verifica mediante analisi interna da parte dal personale tecnico)</p>	<p>N. relazioni tecniche approvate/relazioni tecniche da produrre >=1</p> <p>Aumento del 2% delle risorse aggiuntive rispetto all'anno precedente.</p> <p>Redazione di un documento sulla semplificazione dell'iter amministrativo. =1 Entro il 30 settembre 2015</p>

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
B. Area Sanitaria	B.3. Ricerca Scientifica	ATTIVITA' DI RISULTATO B.3.1. Promuovere una politica di miglioramento dell'attività scientifica dell'Istituto.	20	B.3.1.1. Pubblicazione scientifica dei risultati delle attività di ricerca su riviste peer-reviewed . B.3.1.2. Partecipazione ad attività di referaggio per riviste scientifiche peer-reviewed. incremento degli esiti prodotti sulla base dei criteri individuati. B.3.1.3. Partecipazione a programmi e reti di ricerca europea ed internazionale. Organizzazione di almeno una nuova rete internazionale. B.3.1.4. Puntuale adempimento al rispetto dei tempi di chiusura dei progetti e divulgazione dei risultati della ricerca.. B.3.1.5. Centri di Referenza: ulteriore sviluppo di attività scientifica e di formazione e pubblicazione dei risultati su riviste peer-reviewed. Contributo all'innalzamento dell'IF per il 2% annuo; Rispetto dei tempi di consegna delle relazioni annuali consuntive e programmatiche. B.3.1.6. Messa in atto di specifiche iniziative di collaborazione nel campo della ricerca e piani di attività finalizzate, tra IZSLT, Regioni cogerenti, Ministero Salute, Università tramite borse di studio, dottorati e scuole di specializzazione.	Pubblicazione di 1 lavoro per strutture che hanno concluso almeno una ricerca corrente nel triennio precedente. N. referaggi effettuati/N.richieste referaggio =1 SI/NO SI/NO Interventi realizzati/interventi richiesti=1 Almeno una pubblicazione per Centro di Referenza. >=1 Collaborazione realizzate/ collaborazioni richieste=1
	B.4. Cooperazione Internazionale	ATTIVITA' DI RISULTATO B.4.1. Promuovere la partecipazione del personale dell'Istituto con Enti ed Istituzioni in materia di cooperazione internazionale	5	B.4.1.1. Predisposizione di nuovi progetti/piani/collaborazioni con Enti internazionali (FAO, OIE, Istituti esteri, ecc..) ai fini della cooperazione internazionale.	Almeno 2 collaborazioni/progetto o piano. >=2

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	INDICATORE
C. Area Amministrativa	C.1. Gestione economico finanziaria, acquisizione beni e servizi, risorse umane e servizi tecnici.	ATTIVITA' DI RISULTATO C.1.1. Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economico finanziare, umane, strumentali e dei servizi tecnici ai fini del contenimento della spesa e per la puntuale realizzazione delle attività programmate.	20	C.1.1.1 Realizzare economie di bilancio attraverso processi di razionalizzazione e armonizzazione degli acquisti. (riduzione della quota coperta dai fondi istituzionali). Razionalizzazione scorte di magazzino; Riduzione del valore giacente di prodotti consumabili presso n. 5 laboratori; Esame richieste di beni consumabili su centro di costo istituzionale.	Abbattimento del valore giacente del 5% rispetto all'anno 2014 Verifiche – elaborato finale
				C.1.1.2. Applicazione normativa in tema di fatturazione elettronica (D.M. n.3 aprile 2013 n.55); Formazione/informazione/Adeguamento procedure e tecniche, Implementazione e avvio.	Formazione/informazione effettuata SI/NO Adeguamento procedure e tecniche effettuate SI/NO C.1.1.2.3. Messa a regime entro i termini di legge.SI/NO Modifica regolamento economato
				C.1.1.3.. Monitoraggio delle esposizioni creditorie nei confronti di privati . Situazione al 30 giugno	crediti recuperati/crediti sollecitati.> =0,5
		C.1.1.4. Evidenziazione in bilancio degli acquisti di macchinari nella gestione degli ammortamenti		Elenco presente in bilancio SI/NO	
		C.1.1.5. – Adeguamento strutture in funzione del processo di riorganizzazione, dell'omogeneizzazione delle tecniche di gestione del ciclo della diagnostica e del rinnovamento del patrimonio tecnico.		Rispetto delle fasi indicate nel cronogramma della Direzione Generale.	
		ATTIVITA' DI RISULTATO C.1.2. Ottimizzazione della gestione dei rifiuti		C.1.2.1.. Promuovere azioni per migliorare la raccolta differenziata dei rifiuti . Redazione di un piano formalizzato per la razionalizzazione della raccolta dei rifiuti presso la sede centrale di Roma.	Produzione del Piano. =1
		ATTIVITA' DI RISULTATO C.1.3. Interventi in materia di edilizia sanitaria		C.1.3.1. Adeguamento immobili IZSLT in ordine al nuovo assetto organizzativo	Rispetto delle fasi indicate nel cronogramma della Direzione
				C.1.3.2. Frosinone: realizzazione struttura di concerto con la Regione Lazio.	Avvio adempimenti autorizzativi SI/NO

Totale 100

Il Direttore Generale f.f.
Dr. Remo Rosati



Premessa:

Come è noto, la Conferenza dei Servizi IZSLT e Regioni Lazio e Toscana, prevista sia dalla legge attuale che dalla riforma introdotta dal D.Lgs 106/2012, ha tra le sue finalità quella di disegnare, in un processo di condivisione tra Regioni e CdA, gli obiettivi di programmazione per il ciclo annuale della performance.

Inoltre le conclusioni della Conferenza, formano la base per le decisioni di Pianificazione strategica dell'Ente (Bilancio e Piano delle attività Triennali e Annuali, obiettivi per la Direzione dell'Ente).

La Conferenza 2015 si realizza in una fase di profondo cambiamento che necessariamente rende auspicabile da parte degli Organi uscenti nei confronti dei nuovi, particolare attenzione e rispetto, nonché flessibilità nella gestione dei cruciali passaggi che si prevede dovranno realizzarsi nel corso dell'anno.

La Conferenza, ha fornito quindi indicazioni per il corretto avvio del ciclo di programmazione, per assicurare continuità alla vita dell'Ente anche in una fase di profondi cambiamenti.

In tale prospettiva di codecisione con le Regioni Lazio e Toscana, si ritiene utile dare priorità agli aspetti appresso esplicitati.

La Direzione, soprattutto alla nomina dei nuovi Organi, dovrà assicurare: il processo di innovazione con il recepimento delle norme emanate dalle Regioni, procedendo con la definizione del nuovo Statuto e Regolamento dell'Ente. Ciò in coerenza con le implicazioni che questo processo necessariamente avrà in termini di nuova organizzazione, adeguamento tecnologico e organizzativo, adozione di adeguati strumenti di monitoraggio e valutazione terza dei risultati delle singole strutture, in vista di un processo di costante verifica e adattamento della struttura organizzativa.

Accanto alle linee prioritarie sopra indicate, la Direzione dovrà:

1. dare continuità al lavoro avviato sul “triangolo della conoscenza” e alle intese di lavoro sul territorio con soggetti istituzionali pubblici e privati (partenariati di innovazione), volte a rafforzare la capacità operativa dell'Ente in armonia con le esigenze del territorio e le azioni



sulla formazione e la ricerca operativa, in particolare anche valorizzando la condivisione delle azioni formative bi-regionali attraverso CERERE;

2. facilitare la convergenza dei Sistemi informativi disponibili nell'IZSLT e nelle Regioni Lazio e Toscana;
3. procedere a un'ulteriore qualificazione degli obiettivi, in particolare, distinguendo tra quelli che:
 - o riguardano la gestione ordinaria dell'Ente
 - o rappresentano obiettivi di risultato della performance aziendale, valutando positivamente:
 - la capacità di attrarre risorse economiche locali, nazionali e comunitarie,
 - l'innalzamento dell'impact factor per le strutture che fanno uso di fondi di ricerca,
 - una verifica attenta dei tempi di risposta e della soddisfazione dei clienti;
 - il raggiungimento di percorsi di collaborazione formalizzata tra attori sul territorio e su scala internazionale,
 - la riduzione dei costi unitari per alcune operazioni-tipo di impatto rilevante per il funzionamento dell'Ente,
 - la capacità di recuperare i crediti da parte dell'Amministrazione.

Il presente ciclo della performance è coerente con le Linee strategiche triennali e con la scheda sinottica che rappresenta una sintesi degli obiettivi strategici e delle linee di indirizzo operativo.

Il documento intende fornire i risultati attesi dalla Direzione Generale in modo che i responsabili di struttura, in fase di negoziazione del budget, possano avere elementi sui quali formulare gli obiettivi di struttura.

A. MACRO-AREA: DIREZIONE GENERALE

A.1 AREA DI INTERVENTO: SVILUPPARE UN MODELLO DI GESTIONE DELL'ISTITUTO CHE CONTRIBUISCA A MIGLIORARE L'EFFICIENZA E L'EFFICACIA DELLE PERFORMANCE SANITARIE, ECONOMICHE E AMMINISTRATIVE

A.1.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: ELABORAZIONE ED ATTUAZIONE NEL TRIENNIO DI UN PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO CHE TENGA CONTO DELLA NECESSITÀ DI UNIFORMARE E ARMONIZZARE L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.



RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.1.1.1. Avvio del processo di adeguamento delle articolazioni IZSLT al Piano di razionalizzazione approvato.	A.1.1.1.1. Rispetto delle fasi del cronogramma della Direzione Generale %
A.1.1.2. Verifica costante degli effetti del processo di riorganizzazione attraverso l'impostazione e l'avvio di un piano di monitoraggio permanente delle performance dell'IZSLT.	A.1.1.2.1. Avvio del sistema
A.1.1.3. Razionalizzazione utilizzo delle risorse attraverso la valorizzazione costi standard per "prestazioni -tipo rilevanti".	A.1.1.3.1 prestazioni tipo rilevanti individuate e valorizzate. >=3.

L'obiettivo sarà subordinato all'evoluzione del processo di riorganizzazione che, come premesso, sarà ricollegato all'avvicendamento con i nuovi Organi.

A. MACRO-AREA: DIREZIONE GENERALE

A.2 AREA DI INTERVENTO: TRASPARENZA E COMUNICAZIONE AZIENDALE

A.2.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: AGGIORNAMENTO PERMANENTE PER UNA ADEGUATA COMUNICAZIONE E VISIBILITA' DELLE ATTIVITA' DELL'ISTITUTO

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.2.1.1. Consolidamento del nuovo sito web: 1) Monitoraggio permanente del funzionamento del sito web; comprese indagini di customer satisfaction; 2) costituzione formalizzata del comitato di redazione; 3) stesura di una procedura per la gestione del sito.	A.2.1.1.1. Istituzione formalizzata del Comitato di redazione; A.2.1.1.2 >=1 procedura di gestione del sito A.2.1.1.3. >=1 indagine di customer satisfaction
A.2.1.2. Predisposizione relazione integrata, e pubblicazione sul sito web.	A.2.1.2.1. Predisposizione 50% Pubblicazione web 50%
A.2.1.3. Attivazione di indagini specifiche di "customer satisfaction" nelle materie relative a: 1) rapporti col territorio; 2) indagini epidemiologiche; 3) supporto alle attività produttive, finalizzate a individuare aree/settori di potenziale miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Impiego dei dati raccolti ai fini dell'adeguamento della struttura e delle procedure nei primi 5 punti risultati carenti; indicazione sul web delle azioni correttive intraprese	A.2.1.3.1. Predisposizione e realizzazione di un piano di rilevazione di customer satisfaction entro il 31 dicembre 2015 (almeno un piano di rilevazione in ognuno dei tre ambiti). >=3

Per ciò che si riferisce al punto A.2.1.1. (nuovo sito web dell'Istituto) si attende che le attività vengano soprattutto svolte dall'Ufficio di Staff Formazione, Comunicazione e Documentazione e dell'Ufficio di Supporto alla Direzione Generale.

Per quanto ci si riferisce agli altri punti (A.2.1.2. e A.2.1.3.) le strutture interessate dovranno essere almeno: l'Ufficio di Staff Formazione, Comunicazione e Documentazione e l'Ufficio di Staff Controllo di Gestione.



A.2.2. OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: COMUNICAZIONE SCIENTIFICA E DIVULGATIVA.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.2.2.1. Comunicare la scienza delle aree di competenza dell'istituto al cittadino (bambini, studenti, adulti) tramite progetti verso le scuole, opuscoli, strumenti ludici, ecc. (Progetto annuale con il Centro Studi per la Sicurezza Alimentare in riferimento 1) iniziativa teorico applicativa per l'Istituto Scientifico "Volterra" di Ciampino; 2) progetto "Teatro della Salute" con il Ministero della Salute: completamento dello sviluppo grafico dei quaderni (10) del progetto.	A.2.2.1.1: 1) iniziativa teorico applicativa per l'Istituto Scientifico "Volterra" di Ciampino; 2) progetto "Teatro della Salute" con il Ministero della Salute: completamento dello sviluppo grafico dei quaderni (10) del progetto.. >=2 progetti

Le Strutture interessate dovranno essere almeno: l'Ufficio di Staff Formazione, Comunicazione e Documentazione, il Centro studi per la Sicurezza Alimentare e l'Ufficio di Supporto alla Direzione Generale.

A.2.3. OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: TRASPARENZA

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.2.3.1. Adempimenti in materia di Trasparenza (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta, elaborazione e pubblicazione degli stessi).	A.2.3.1.1. Pubblicazione web del Piano in ottemperanza al D. Lgs. 33/13
A.2.3.2. Organizzazione e verifica di adeguatezza e rispondenza alle esigenze degli utenti con riferimento alla normativa D. Lgs. 33/13	A.2.3.2. 1. Produzione newsletter semestrale. =2

L'obiettivo di cui sopra dovrà interessare: l'Ufficio di Supporto alla Direzione Generale nonché tutte le Strutture dell'Istituto (sanitarie, amministrative e di staff) per gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

A.2.4. OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: ANTICORRUZIONE

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.2.4.1. Adempimenti in materia di Anticorruzione (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta, elaborazione e pubblicazione del Piano Anticorruzione). Rispetto del cronoprogramma del piano pubblicato sul sito web.	A.2.4.1.1. Rispetto cronogramma %

Questo obiettivo dovrà essere realizzato primariamente dalla Direzione Economico – Finanziaria e quindi da tutte le Strutture sanitarie, di staff e amministrative in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente.



A. MACRO-AREA: DIREZIONE GENERALE

A.3 AREA DI INTERVENTO: CRESCITA PROFESSIONALE DEL PERSONALE DELL'ISTITUTO

A.3.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: PROMUOVERE LA CRESCITA CULTURALE E PROFESSIONALE DEL PERSONALE DELL'ISTITUTO

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.3.1.1 Effettuazione di indagine di fabbisogni formativi del personale con metodologie nuove di tipo diretto (es. focus group; incontri diretti presso le singole strutture; visite alle singole strutture durante il normale funzionamento).	A.3.1.1.1. – Effettuazione di un'indagine di fabbisogni formativi con una metodica diretta. >=1
A.3.1.2. Promozione di attività di formazione interna con aumentato utilizzo di metodologie interattive, non frontali, del tipo, ad es.: gruppi di miglioramento, apprendimento per problemi; outdoor training.	A.3.1.2.1. Realizzare almeno tre iniziative formative con metodiche non frontali. >=3
A.3.1.3. Istituire il “triangolo della conoscenza”(formazione, ricerca, innovazione) con Assessorati competenti delle due Regioni, Università, Istituti di Ricerca e portatori di interesse ed altri partner	A.3.1.3.1. Realizzazione di un evento congiunto tra IZSLT, Assessorati Regionali, Università ed altri soggetti interessati
A.3.1.4.: Promuovere azioni specifiche di formazione nell'ambito delle attività peculiari ai Centri di referenza.	A.3.1.4.1. Realizzazione di almeno un evento formativo per ciascun CdRN entro il 31 dicembre 2015. N. eventi realizzati/N. eventi richiesti =1

Questo gruppo di indirizzi operativi dovrebbero essere recepiti dall'Ufficio di Staff Formazione, Comunicazione e Documentazione e da tutte le Strutture sanitarie, di staff e amministrative in ragione della promozione e dell'organizzazione di eventi formativi specifici e soprattutto all'auspicata compartecipazione ad eventi finalizzati all'istituzione del “*triangolo della conoscenza*”.

A. MACRO-AREA: DIREZIONE GENERALE

A.4 AREA DI INTERVENTO: TUTELA DEI LAVORATORI

A.4.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: PROMUOVERE AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO IN MATERIA DI TUTELA E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.4.1.1. . Revisione e monitoraggio nelle articolazioni dell'Istituto del Dlgs 81/08 (e successive integrazioni e modificazioni) sui documenti di valutazione dei rischi e supporto all'individuazione dei responsabili preposti al monitoraggio. Aggiornamento in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro e pubblicazione sulla intranet aziendale	A.4.1.1.1 Documenti di valutazione dei rischi revisionati e proposta di individuazione dei preposti entro il 30/06/15. =1
A.4.1.2. Programmazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza. Adozione, adattamento, monitoraggio e valutazione	A.4.1.2.1. Programma del sistema di gestione a regime entro il 31/09/15 (SI/NO)
A.4.1.3. Monitoraggio sedi IZS finalizzato alla verifica costante del superamento delle barriere architettoniche. Adattamento, monitoraggio e valutazione.	A.4.1.3.1. Sedi IZSLT valutate dal punto di vista delle barriere architettoniche entro il 31/12/15 (SI/No x 1)



RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.4.1.4. Raccolta dati, elaborazione e valutazione in ordine al Benessere Organizzativo dei dipendenti ex art. 20, comma 3 del decreto legislativo 33/2013. Verifica del livello di benessere organizzativo dei dipendenti tramite somministrazione del questionario Funzione Pubblica.	A.4.1.4.1. Relazione pubblicata sul sito nella sezione trasparenza (=1) entro i termini di legge.
A.4.1.5. Programmazione annuale in materia di sicurezza per il patrimonio immobiliare e tecnologico dell'IZSLT	A.4.1.5. 1. Redazione Piano strategico delle priorità di intervento entro il 30/09/2015. SI/NO

Questo obiettivo dovrà riferirsi al Servizio di Prevenzione e Protezione. Dovrà comunque riguardare in quota parte tutte le articolazioni dell'Istituto per gli adempimenti previsti. In modo particolare è auspicata la collaborazione tra il Servizio di Prevenzione e Protezione e la Direzione Tecnica e Patrimoniale nella definizione di un elenco delle priorità in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro.

A. MACRO-AREA: DIREZIONE GENERALE

A.5 AREA DI INTERVENTO: SISTEMA QUALITA'

A.5.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DEL SISTEMA QUALITA'

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
A.5.1.1. Applicazione dei requisiti gestionali e tecnici della UNI EN CEI 17025	A.5.1.1.1. Almeno 2 strutture a regime
A.5.1.2. -Armonizzazione delle tecniche usate in tutte le strutture IZSLT per prove in uso in conformità dei rilievi/osservazioni ACCREDIA.	A.5.1.2.1. Tecniche armonizzate/Tecniche da armonizzare >= 0,5
A.5.1.3. Completamento dell'armonizzazione e normalizzazione delle nomenclature della base dati SIL al fine di renderla omogenea per le attività dei laboratori e coerente con i flussi informativi verso i destinatari degli stessi.	A.5.1.3.1. N. prove aggiornato >=100
A.5.1.4. Formazione specifica in tema di "Sistema Qualità" rivolta a tutto il personale IZSLT come ad es.: referenti, personale amm.ne, validazione metodi microbiologia alimenti e incertezza di misura, requisiti gestionali/tecnici UNI CEI ISO IEC 17025.	A.5.1.4.1. Esecuzione e partecipazione ai corsi. >= 4 corsi.
A.5.1.5. Riesame della direzione secondo quanto previsto dal Manuale della qualità e analisi della qualità del dato analitico in tutti i laboratori.	A.5.1.5. 1. Riesame effettuato per singoli laboratori >=15
A.5.1.6. Revisione della Carta dei Servizi attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro.	SI/NO



Nel corso dell'ultima visita di sorveglianza effettuata da ACCREDIA sono emerse alcune criticità conseguenti, troppo spesso, ad un generale calo di attenzione su tutto ciò che si riferisce al sistema qualità.

Come tutti sanno il nostro accreditamento, fondato sulla logica del "Laboratorio multisito", non consente cali di attenzione.

Ciò detto per il 2015 tale l'obiettivo sarà particolarmente strategico e dovrà riferirsi a 360° a tutte le Strutture dell'Istituto.

B. MACRO-AREA: SANITARIA

B.1 AREA DI INTERVENTO: RAPPORTI CON IL TERRITORIO (ATTIVITA' ORDINARIA)

La Conferenza dei servizi delle Regioni per il 2015 ha posto l'attenzione in modo particolare sui rapporti dell'Istituto con il territorio sia in riferimento all'attività istituzionale (attività ordinaria) che di risultato.

Nell'attività istituzionale è compreso l'assolvimento dei debiti informativi nei confronti delle due Regioni che si realizza con la puntuale esecuzione da quanto previsto dai Piani in essere e da un aggiornamento continuo dei sistemi epidemiologici (SIEV per il Lazio e SISPC per la Toscana).

Particolarmente impulso per il 2015 andrà dato a tutto ciò che si riferisce al reperimento di risorse aggiuntive che andrà perseguito utilizzando un diverso rapporto con la nostra utenza privata, ma anche attraverso la promozione e la realizzazione di partnership di innovazione fra strutture pubbliche e imprese private.

B.1.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: GARANTIRE IL SUPPORTO TECNICO E SCIENTIFICO ALLE ATTIVITÀ DEL SSN

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
B.1.1.1. –Assolvimento dei debiti informativi nei confronti dei Servizi veterinari delle due regioni con particolare riguardo ai Piani in essere. (es.: PNR, Piani di profilassi, PNAA, Controllo ufficiale degli alimenti) e supporto nelle emergenze epidemiche e non.	B.1.1.1.1. Verifica tramite analisi di customer satisfaction entro i termini di legge o da accordi diversi in essere con gli obiettivi delle 2 Regioni
B.1.1.2. – Aggiornamento permanente della piattaforma SIEV in relazione alle esigenze dei Servizi Veterinari del territorio. Incremento delle attività gestite dal SIEV.	B.1.1.2.1. >=2 Flussi in più gestiti dalla piattaforma SIEV.
B.1.1.3. Interfaccia web-service per l'integrazione applicativa tra il SIL e il SISPC.	B.1.1.3.1. N. Web S. creati/N. Web S. concordati con la Regione Toscana.>=1



RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
B.1.1.4. Coprogettazione dei Piani formativi delle rispettive Regioni in materia Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza alimentare e Benessere animale attraverso il progetto di formazione specifica per gli operatori dei Servizi Veterinari Regionali – Regione Lazio e il progetto CERERE – Regione Toscana. (numero iniziative minimo)	B.1.1.4.1. N. iniziative realizzate/N. iniziative previste>=1

In riferimento a quanto esposto in premessa, a questo gruppo di linee operative dovranno riferirsi tutte le Strutture sanitarie della sede centrale e delle Sezioni e fra le Strutture di staff, saranno particolarmente impegnati l'Ufficio di Staff Osservatorio Epidemiologico di Roma e di Siena e l'Ufficio di Staff Formazione, Comunicazione e Documentazione.

B. MACRO-AREA: SANITARIA

B.2 AREA DI INTERVENTO: RAPPORTI CON IL TERRITORIO (ATTIVITÀ DI RISULTATO)

B.2.1. OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: INCREMENTARE LE ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE SIA CON STRUTTURE DELLA VETERINARIA PUBBLICA E PRIVATA, CON I PRODUTTORI E I CONSUMATORI.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
B.1.2.1. : Promuovere iniziative di partnership e innovazione in settori con potenzialità di espansione (settore ittico, settore lattiero-caseario, "veterinario aziendale", ambulatori veterinari e apicoltura) e verifica esiti raggiunti in relazione alle iniziative di partnership intraprese.	B.1.2.1.1. N. relazioni tecniche approvate/relazioni tecniche da produrre>=1

Questo obiettivo è particolarmente rilevante perché rappresenta un momento di promozione e di incontro tra il territorio, individuato come il comparto delle imprese, il nostro Istituto e le amministrazioni regionali. Per la sua articolazione sul territorio, esso è particolarmente indirizzato alle Sezioni e a tutte quelle Strutture che hanno un approccio di filiera (ad es.: Direzione operativa Controllo dell'Igiene, Produzione e Trasformazione del latte; Unità specialistica Apicoltura e settore ittico).

B.2.2 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: INCREMENTARE LE RISORSE AGGIUNTIVE DELL'IZSLT.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
B.2..2..1 : Ogni Direzione Operativa, Sezione e Struttura di Staff e Amm.va deve porre in atto progetti e attività che permettano di incrementare le risorse aggiuntive dell'ente.	B.2.2.1.1: Aumento del 2% delle risorse aggiuntive rispetto all'anno precedente.
B.1.3.2.: Ogni Struttura Amministrativa, sanitaria e di staff, a fronte di progetti che favoriscano incrementi di attività, deve porre in atto azioni – iniziative – servizi che agevolino attrazione di risorse aggiuntive per l'IZSLT. (azioni facilitanti l'iter amministrativo, verifica mediante analisi interna da parte dal personale tecnico)	B.1.3.2.1.: Redazione di un documento sulla semplificazione dell'iter amministrativo. =1 Entro il 30 settembre 2015



E' questo un obiettivo al quale le Regioni stesse hanno attribuito importanza primaria e strategica. Riguarda sia il settore tecnico sanitario che è chiamato a realizzare attività sempre più rivolte ad utenza privata (ambulatori veterinari, mondo della produzione primaria nonché il comparto delle produzioni alimentari, dalla grossa realtà agro-industriale fino al piccolo esercizio, attraverso una attività di supporto nell'ambito dell'autocontrollo), ma anche il settore amministrativo è chiamato a partecipare alla realizzazione attraverso l'adozione, di processi di snellimento e di semplificazione dei diversi procedimenti amministrativi, attraverso i quali sarà fornito alla nostra utenza un servizio migliore, più celere e quindi più apprezzato.

B. MACRO-AREA: SANITARIA

B.3 AREA DI INTERVENTO: RICERCA SCIENTIFICA

B.3.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: PROMUOVERE UNA POLITICA DI MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITA' SCIENTIFICA DELL'ISTITUTO

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
B.3.1.1. Pubblicazione scientifica dei risultati delle attività di ricerca su riviste peer-reviewed e che contribuisca ad aumentare l'impact factor complessivo dell'Istituto.	B.3.1.1.1. Pubblicazione di 1 lavoro per strutture che hanno concluso almeno una ricerca corrente nel triennio precedente.
B.3.1.2. Partecipazione ad attività di referaggio per riviste scientifiche peer-reviewed. Incremento degli esiti prodotti sulla base dei criteri individuati	B.3.1.2.1. Rapporto tra proposte di referaggio a personale dell'IZSLT e proposte accettate pari a 1 (se proposte di referaggio è pari a 0 allora 0) nel 2015.
B.3.1.3. Partecipazione a programmi e reti di ricerca europea ed internazionale. Organizzazione di almeno una nuova rete internazionale.	B.2.1.3.1: SI/NO
B.3.1.4. Puntuale adempimento al rispetto dei tempi di chiusura dei progetti e divulgazione dei risultati della ricerca..	B.3.1.4.1. Interventi realizzati/interventi richiesti=1. B.2.1.4.2. Realizzazione di una giornata di divulgazione dei risultati delle attività di ricerca entro il 31 dicembre 2015.
B.2.1.5. . Centri di Referenza: ulteriore sviluppo di attività scientifica e di formazione e pubblicazione dei risultati su riviste peer-reviewed. Contributo all'innalzamento dell'IF per il 2% annuo; Rispetto dei tempi di consegna delle relazioni annuali consuntive e programmatiche.	B.2.1.5.1. Produzione di almeno 1 lavoro per ciascun CdRN >=1
B.2.1.6. Messa in atto di specifiche iniziative di collaborazione nel campo della ricerca e piani di attività finalizzate, tra IZSLT, Regioni cogenerenti, Ministero Salute, Università tramite borse di studio, dottorati e scuole di specializzazione.	B.2.1.6.1. Collaborazione realizzate/ collaborazioni richieste=1



Le due Regioni in sede di Conferenza dei Servizi hanno posto l'accento sulla necessità di insistere sulla qualità scientifica dell'Istituto; in particolare l'incremento dell'indice di impact factor (I.F.) complessivo è stato individuato come parametro fondamentale. A questo gruppo di obiettivi sono strettamente vincolati ogni Struttura, così come ogni Responsabile scientifico di ricerca; in particolare questi ultimi sono tenuti all'osservanza delle seguenti regole:

- obbligo di pubblicazione dei risultati scientifici ottenuti dalle ricerche, su riviste peer reviewed;
- puntuale adempimento delle tempistiche previste dai cronogrammi, nelle varie fasi di ricerca;
- partecipazione alla realizzazione della giornata annuale di divulgazione dei risultati della ricerca corrente, richiesta dal Ministero della Salute.

Il mancato assolvimento di queste regole comporta un peggioramento complessivo di quei coefficienti che il Ministero utilizza per l'attribuzione dei fondi annuali di ricerca ad ogni Istituto e per quanto riguarda il mancato rispetto dei tempi previsti, la mancata erogazione dei fondi da parte del Ministero della Salute.

I responsabili di ogni Centro di Referenza Nazionale sono chiamati ad un maggiore sforzo nella pubblicazione di lavori scientifici, infatti per i Centri di Referenza si applica un "I.F. tracciante" che è quindi rapportato al numero dei Centri stessi.

B. MACRO-AREA: SANITARIA

B.4 AREA DI INTERVENTO: COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

B.3.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: PROMUOVERE LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DELL'ISTITUTO CON ENTI ED ISTITUZIONI IN MATERIA DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
B.4.1.1. Predisposizione di progetti/piani/collaborazioni con Enti internazionali (FAO, OIE, Istituti esteri, ecc..) ai fini della cooperazione internazionale.	B.4.1.1.1. Individuazione (entro il 31 dicembre 2015) di almeno due attività di collaborazione a diverso livello con istituzioni internazionali sia nell'ambito della ricerca che della cooperazione internazionale.



Anche questo obiettivo dovrà essere fatto proprio da tutte le Strutture tecnico-sanitarie che realizzeranno ogni sforzo finalizzato alla formalizzazione ed alla realizzazione di progetti internazionali, anche utilizzando e incrementando la collaborazione con strutture di altri Istituti Zooprofilattici, il tutto con il coordinamento del Ministero della Salute.

C. MACRO-AREA: AMMINISTRATIVA

C.1 AREA DI INTERVENTO: GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA, ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI, RISORSE UMANE E SERVIZI TECNICI.

C.1.1 OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE ECONOMICO FINANZIARE, UMANE, STRUMENTALI E DEI SERVIZI TECNICI AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA SPESA E PER LA PUNTUALE REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMATE.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
C.1.1.1 Realizzare economie di bilancio attraverso processi di razionalizzazione ed armonizzazione degli acquisti. (riduzione della quota coperta dai fondi istituzionali). Razionalizzazione scorte di magazzino; Riduzione del valore giacente di prodotti consumabili presso n. 5 laboratori; Esame richieste di beni consumabili su centro di costo istituzionale.	C.1.1.1.1 Abbattimento del valore giacente del 5% rispetto all'anno 2014 C.1.1.1.2. Verifiche – elaborato finale C.1.1.1.3. Report mensile da maggio
C.1.1.2. Applicazione normativa in tema di fatturazione elettronica (D.M. n.3 aprile 2013 n.55); Formazione/informazione/Adeguamento procedure e tecniche, Implementazione e avvio.	C.1.1.2.1. Formazione/informazione effettuata SI/NO C.1.1.2.2. Adeguamento procedure e tecniche effettuate SI/NO C.1.1.2.3. Messa a regime entro i termini di legge.SI/NO C.1.1.2.4.modifica regolamento economato.
C.1.1.3. Monitoraggio delle esposizioni creditorie nei confronti di privati Situazione al 30 giugno..	C.1.1.3.1 crediti recuperati/crediti sollecitati= 0,5.
C.1.1.4. – Evidenziazione in bilancio degli acquisti di macchinari nella gestione degli ammortamenti	C.1.1.4.1. Elenco presente in bilancio SI/NO
C.1.1.5. - Adeguamento strutture in funzione del processo di riorganizzazione, dell'omogeneizzazione delle tecniche di gestione del ciclo della diagnostica e del rinnovamento del patrimonio tecnico.	C.1.1.5.1. Rispetto delle fasi indicate nel cronogramma della Direzione Generale

A questo obiettivo sono chiamate tutte le Strutture amministrative evitando la logica degli interventi a compartimenti stagni e favorendo le interazioni tra tutti gli Uffici e le diverse Strutture.

Quanto sopra nell'ottica di una dialettica sempre aperta e non conflittuale con le Strutture tecnico-sanitarie.



C.1.2. OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: OTTIMIZZAZIONE DELLA GESTIONE DEI RIFIUTI.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
C.1.2.1. Promuovere azioni per migliorare la raccolta differenziata dei rifiuti . Redazione di un piano formalizzato per la razionalizzazione della raccolta dei rifiuti presso la sede centrale di Roma.	C.1.2.1.1. Produzione del Piano. =1

Questo obiettivo si riferirà essenzialmente al Servizio di Prevenzione e Protezione, che dovrà esperire ogni sforzo tendente all'impostazione concreta di un piano per la raccolta differenziata per tutto l'Istituto a partire dalla sede di Roma.

C.1.3. OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO: INTERVENTI IN MATERIA DI EDILIZIA SANITARIA.

RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	Misuratore di performance
C.1.3.1. Adeguamento immobili IZSLT in ordine al nuovo assetto organizzativo	C.1.3.1.1 Rispetto delle fasi indicate nel cronogramma della Direzione
C.1.3.2. Frosinone: realizzazione struttura di concerto con la Regione Lazio.	C.1.3.2. 1.Avvio adempimenti autorizzativi SI/NO

Questo obiettivo sarà totalmente a carico della Direzione Tecnica e Patrimoniale, la quale dovrà operare in riferimento al cronogramma contenuto nella proposta di riorganizzazione in esame presso le Regioni, apportando in una prima fase, soprattutto presso la sede di Roma, ogni sforzo finalizzato al recupero di spazi, alla realizzazione di nuove strutture, che dovranno facilitare il percorso di aggregazione funzionale delle articolazioni in riferimento al nuovo assetto organizzativo.

Il Direttore Generale f.f.
(Dott. Remo Rosati)



SINOTTICA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE DELLA DIREZIONE GENERALE - ANNO 2015 - 2017

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO/SVILUPPO	OBIETTIVO GENERALE/STRATEGICO	PESO	RISULTATO ATTESO/Indirizzi operativi	2015	2016	2017
A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE	A.1. Sviluppare un modello di gestione dell'Istituto che contribuisca a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle performance sanitarie, economiche e amministrative	A1.1. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività erogate nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Istituto		A.1.1.1 Avvio del processo di adeguamento delle articolazione IZSLT al Piano di razionalizzazione approvato.	Rispetto delle fasi del cronogramma	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica..
				A.1.1.2. Verifica costante degli effetti del processo di riorganizzazione attraverso l'impostazione e l'avvio di un piano di monitoraggio permanente delle performance dell'IZSLT.	Avvio del sistema	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				A.1.1.3. Valorizzazione costi standard e costi effettivi per prestazioni -tipo rilevanti.	>=3 prestazioni tipo rilevanti individuate e valorizzate.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE	A.2. Trasparenza e comunicazione istituzionale	A2.1. Assicurare una adeguata comunicazione e visibilità delle attività dell'Istituto		A.2.1.1. Consolidamento del nuovo sito web: 1) Monitoraggio permanente del funzionamento del sito web; comprese indagini di customer satisfaction; 2) costituzione formalizzata del comitato di redazione; 3) stesura di una procedura per la gestione del sito.	Istituzione formalizzata del Comitato di redazione;>=1 procedura di gestione del sito >=1 indagine di customer satisfaction	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				A.2.1.2. Predisposizione relazione integrata e pubblicazione sul sito web.	Predisposizione relazione integrata 2014, e pubblicazione sul sito web	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



			A.2.1.3. Attivazione di indagini specifiche di “customer satisfaction” nelle materie relative a: 1) rapporti col territorio; 2) indagini epidemiologiche; 3) supporto alle attività produttive, finalizzate a individuare aree/settori di potenziale miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Impiego dei dati raccolti ai fini dell’ adeguamento della struttura e delle procedure nei primi 5 punti risultati carenti; indicazione sul web delle azioni correttive intraprese .	Impiego dati raccolti a fini di adeguamento della struttura e delle procedure nei primi 5 punti risultati carenti indicazione sul web delle azioni correttive intraprese	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE		A.2.2. Comunicazione scientifica e divulgativa	A.2.2.1 Comunicare la scienza delle aree di competenza dell’istituto al cittadino (bambini, studenti, adulti) tramite progetti verso le scuole, opuscoli, strumenti ludici, ecc.	Comunicare la scienza delle aree di competenza dell’istituto al cittadino (bambini, studenti, adulti) tramite progetti verso le scuole, opuscoli, strumenti ludici, ecc. Progetti con scuole e Teatro della Salute con il Ministero della Salute	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE		A.2.3. Trasparenza	A.2.3.1. Adempimenti in materia di Trasparenza (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta , elaborazione e pubblicazione del Piano della Trasparenza).	Adempimenti in materia di Trasparenza (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta , elaborazione e pubblicazione del Piano della Trasparenza).	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica..
A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE		A.2.4. Anticorruzione	A.2.4.1. Adempimenti in materia di Anticorruzione (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta, elaborazione e pubblicazione del Piano Anticorruzione).Rispetto del cronogramma del piano pubblicato sul sito web.	Adempimenti in materia di Anticorruzione (trasmissione dati dalle strutture al Responsabile, raccolta, elaborazione e pubblicazione del Piano Anticorruzione).Rispetto del cronogramma del piano pubblicato sul sito web.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE	A.3. Crescita professionale del personale dell'Istituto	A3.1. Promuovere la crescita culturale e professionale del personale dell'Istituto	A.3.1.1 Effettuazione di indagini di fabbisogni formativi del personale con metodologie nuove di tipo diretto (es. focus group; incontri diretti presso le singole strutture; visite alle singole strutture durante il normale funzionamento).	Innalzamento delle ore di formazione rispetto alla media triennale precedente delle diverse categorie di personale	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.3.1.2 Promozione di attività di formazione interna con aumentato utilizzo di metodologie interattive, non frontali, del tipo, ad es.: gruppi di miglioramento, apprendimento per problemi; outdoor training.	Realizzare almeno 3 iniziative formative con metodiche non frontali	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.3.1.3. Istituire il "triangolo della conoscenza"(formazione, ricerca, innovazione) con Assessorati competenti delle due Regioni, Università, Istituti di Ricerca e portatori di interesse ed altri partner	Realizzazione di un evento congiunto tra IZSLT, Assessorati Regionali, Università ed altri soggetti interessati	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.3.1.4.. Promuovere azioni specifiche nell'ambito delle attività peculiari ai Centri di referenza.	Realizzazione di almeno un evento formativo per ciascun CdRN entro il 31/12/15	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.3.1.5.:Istituire il "triangolo della conoscenza"(formazione, ricerca, innovazione) con Assessorati competenti delle due Regioni, Università, Istituti di Ricerca e portatori di interesse ed altri partner.	Realizzazione di un evento congiunto tra IZSLT Assessorati Regionali, Università ed altri soggetti interessati.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.3.1.6.:Promuovere azioni specifiche nell'ambito delle attività di responsabilità dei Centri di referenza Nazionali	Realizzazione di almeno un evento formativo per ciascun CdRN entro il 31 dicembre 2015	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE	A.4. Tutela dei lavoratori	A.4.1. Promuovere azioni per il miglioramento in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro	A.4.1.1. Revisione e monitoraggio nelle articolazioni dell'Istituto del Dlgs 81/08 (e successive integrazioni e modificazioni) sui documenti di valutazione dei rischi e individuazione dei responsabili preposti al monitoraggio. Aggiornamento in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro e pubblicazione sulla intranet aziendale.	Revisione e monitoraggio e raccolta informazioni, analisi dei dati e predisposizioni azioni di miglioramento, pubblicazione esiti generali e del piano sul sito web	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.4.1.2. Programmazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza. Adozione, adattamento, monitoraggio e valutazione	Adattamento, monitoraggio e valutazione	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.4.1.3. Monitoraggio sedi IZS finalizzato alla verifica costante del superamento delle barriere architettoniche. Adattamento, monitoraggio e valutazione	Adattamento, monitoraggio e valutazione	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.4.1.4. Raccolta dati, elaborazione e valutazione in ordine al Benessere Organizzativo dei dipendenti ex art. 20, comma 3 del D. Lgs. 33/2013.	Verifica del livello di benessere organizzativo dei dipendenti tramite somministrazione del questionario Funzione Pubblica. Pubblicazione nella sezione "Trasparenza"	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.4.1.5. Programmazione annuale in materia di sicurezza per il patrimonio immobiliare e tecnologico dell'IZSLT	Redazione Piano strategico delle priorità di intervento entro il 30/09/2015	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
A. AREA DELLA DIREZIONE GENERALE	A.5. Sistema Qualità	A.5.1. Promuovere il miglioramento permanente e continuo del sistema qualità.	A.5.1.1. Applicazione dei requisiti gestionali e tecnici della UNI EN CEI 17025.	A.5.1.1. Applicazione dei requisiti gestionali e tecnici della UNI EN CEI 17025 per strutture non ancora in regime di qualità	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



			A.5.1.2. Armonizzazione delle tecniche usate in tutte le strutture IZSLT per prove in uso in conformità dei rilievi/osservazioni ACCREDIA .	Armonizzazione delle tecniche usate in tutte le strutture IZSLT per prove in uso .	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.5.1.3. Completamento dell'armonizzazione e normalizzazione delle nomenclature della base dati SIL al fine di renderla omogenea per le attività dei laboratori e coerente con i flussi informativi verso i destinatari degli stessi.	Monitoraggio, valutazione ed adattamento dell'armonizzazione e normalizzazione delle nomenclature della base dati SIL al fine di renderla omogenea per le attività dei laboratori e coerente con i flussi informativi verso i destinatari degli stessi.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.5.1.4. Formazione specifica in tema di "Sistema Qualità" rivolta a tutto il personale IZSLT come ad es.: referenti, personale amm.ne, validazione metodi microbiologia alimenti e incertezza di misura, requisiti gestionali/tecnici UNI CEI ISO IEC 17025	Almeno 4 corsi effettuati per:1. Referenti Qualità; 2. Personale Amm.ne; 3. validazione metodi microbiologia alimenti e incertezza di misura; 4. Requisiti gestionali e tecnici UNI CEI ISO IEC 17025	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			A.5.1.5. Revisione della Carta dei Servizi attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro.	Nomina formalizzata	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
B. AREA SANITARIA	B.1. Collaborazione operativa con le strutture della veterinaria pubblica e privata e con il mondo imprenditoriale (ATTIVITA' ISTITUZIONALE)	B.1.1. Garantire il supporto tecnico scientifico alle attività del SSN	B.1.1.1. - Assolvimento dei crediti informativi nei confronti dei Servizi veterinari delle due Regioni con particolare riguardo ai Piani in essere (es.: PNR, Piani di Profilassi, PNAA, controllo ufficiale alimenti) e supporto nelle emergenze epidemiche e non.	Assolvimento dei crediti informativi nei confronti dei Servizi veterinari delle due Regioni con particolare riguardo ai Piani in essere (es.: PNR, Piani di Profilassi, PNAA, controllo ufficiale alimenti) e supporto nelle emergenze epidemiche e non.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



			B.1.1.2. – Aggiornamento permanente della piattaforma SIEV in relazione alle esigenze dei Servizi Veterinari e al territorio. Incremento delle attività gestite dal SIEV.	Aggiornamento permanente della piattaforma SIEV in relazione alle esigenze dei Servizi Veterinari e al territorio. Incremento delle attività gestite dal SIEV. >=2 Flussi informativi rispetto a quelli già gestiti	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			B.1.1.3. Interfaccia web service per l'integrazione applicativa tra SIL e SISPC	N. Web S. creati/N. Web S. concordati con la Regione Toscana. >=1	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			B.1.1.4 Coprogettazione dei Piani formativi delle rispettive Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza Alimentare e Benessere Animale attraverso il progetto di formazione specifica per gli operatori dei Servizi Veterinari Regionali –Regione Lazio e il progetto CERERE – Regione Toscana.	Coprogettazione dei Piani formativi delle rispettive Regioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza Alimentare e Benessere Animale attraverso il progetto di formazione specifica per gli operatori dei Servizi Veterinari Regionali –Regione Lazio e il progetto CERERE – Regione Toscana.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
B. AREA SANITARIA	B.2. Collaborazione operativa con le strutture della veterinaria pubblica e privata e con il mondo imprenditoriale (Rapporti col Territorio) ATTIVITA' DI RISULTATO	B.2.1. Incrementare attività di collaborazione sia con strutture della veterinaria pubblica e privata, con i produttori e i consumatori.	B.2.1.1. – Promuovere iniziative di partnership e innovazione in settori con potenzialità di espansione (settore ittico, settore lattiero-caseario, "veterinario aziendale" ambulatori veterinari e apicoltura).	Promuovere iniziative di partnership e innovazione in settori con potenzialità di espansione (settore ittico, settore lattiero-caseario, "veterinario aziendale", ambulatori veterinari e apicoltura) e verifica esiti raggiunti in relazione alle iniziative di partnership intraprese. N. relazioni tecniche approvate/relazioni tecniche da produrre >=1	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



B. AREA SANITARIA		B.2.2. Incrementare le risorse aggiuntive dell'IZSLT		B.2.2.1 : Ogni Direzione Operativa, Sezione e Struttura di Staff deve porre in atto progetti e attività che permettano di incrementare le risorse aggiuntive dell'Ente.	Aumento del 2% delle risorse aggiuntive rispetto all'anno precedente.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				B.2.2.2 Ogni Struttura Amministrativa, sanitaria e di staff, a fronte di progetti che favoriscano incrementi di attività, deve porre in atto azioni – iniziative – servizi che agevolino attrazione di risorse aggiuntive per l'IZSLT. (azioni facilitanti l'iter amministrativo, verifica mediante analisi interna da parte dal personale tecnico)	Redazione di un documento sulla semplificazione dell'iter amministrativo. =1	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
B. AREA SANITARIA	B.3. Ricerca Scientifica	B.3.1. Promuovere una politica di miglioramento dell'attività scientifica dell'Istituto.		B.3.1.1. Pubblicazione scientifica dei risultati delle attività correnti e di ricerca su riviste peer-reviewed e che contribuisca ad aumentare l'impact factor complessivo dell'Istituto.	Pubblicazione di 1 lavoro per strutture che hanno concluso almeno una ricerca corrente nel triennio precedente.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				B.3.1.2. Partecipazione ad attività di referaggio per riviste scientifiche peer-reviewed. incremento degli esiti prodotti sulla base dei criteri individuati	Rapporto tra proposte di referaggio a personale dell'IZSLT e proposte accettate pari a 1 (se proposte di referaggio è pari a 0 allora 0) nel 2014.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				B.3.1.3. Partecipare a programmi e reti di ricerca europea ed internazionale.	Organizzazione di almeno una nuova rete internazionale. Rafforzamento reti e rapporti esistenti (incremento intensità dei rapporti e degli esiti attesi)	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



				B.3.1.4. Promozione di un maggiore adempimento al rispetto dei tempi di chiusura dei progetti.	Miglioramento dei tempi di chiusura del 10% annuo	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				B.3.1.5. Centri di Referenza: ulteriore sviluppo di attività scientifica e di formazione e pubblicazione dei risultati su riviste peer-reviewed.	Contributo all'innalzamento dell'IF per il 2% annuo	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
				B.3.1.6. Messa in atto di specifiche iniziative di collaborazione nel campo della ricerca, tra IZSLT, Regioni cogereenti, Ministero Salute, Università: borse di studio, dottorati e scuole di specializzazione.	Almeno due iniziative avviate entro il 31 dicembre 2015	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
B. AREA SANITARIA	B.4. Cooperazione Internazionale	B.4.1. Promuovere la partecipazione del personale dell'Istituto con Enti ed Istituzioni in materia di cooperazione internazionale		B.4.1.1. Predisposizione di progetti/piani/collaborazioni con Enti internazionali ai fini della cooperazione internazionale.	Predisposizione di progetti/piani/collaborazioni con Enti internazionali ai fini della cooperazione internazionale.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
C. AREA AMMINISTRATIVA	C.1. Gestione economico finanziaria, acquisizione beni e servizi, risorse umane e servizi tecnici	C.1.1. Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economico finanziare, umane e strumentali e dei servizi tecnici ai fini del contenimento della spesa e per la puntuale realizzazione delle attività programmate.		C.1.1.1. Realizzare economie di bilancio attraverso processi di razionalizzazione ed armonizzazione degli acquisti. (riduzione della quota coperta dai fondi istituzionali).Razionalizzazione scorte di magazzino; Studio della percentuale di prodotti consumabili, prossimi alla scadenza, presso n. 5 strutture sanitarie dell'ente;Esame richieste di beni consumabili su centro di costo istituzionale.	Realizzare economie di bilancio attraverso processi di razionalizzazione ed armonizzazione degli acquisti. (riduzione della quota coperta dai fondi istituzionali).Razionalizzazione scorte di magazzino	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.



			C.1.1.2. Applicazione normativa in tema di fatturazione elettronica (D.M. n.3 aprile 2013 n.55); Formazione/informazione/Adeguamento procedure e tecniche, Implementazione e avvio.	A regime entro i termini di legge	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
C. AREA AMMINISTRATIVA			C.1.1.3. .. Monitoraggio delle esposizioni creditorie nei confronti di privati . Situazione al 30 giugno	.Monitoraggio e attuazione di procedure di recupero nei confronti del 100% dei titolari di posizioni debitorie entro il 31.12.2015	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			C.1.1.4. Evidenziazione in bilancio degli acquisti di macchinari nella gestione degli ammortamenti	Produzione Elenco Macchinari in bilancio	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			C.1.1.5. – Adeguamento strutture in funzione del processo di riorganizzazione, dell'omogeneizzazione delle tecniche di gestione del ciclo della diagnostica e del rinnovamento del patrimonio tecnico.	Rispetto delle fasi indicate nel cronogramma della Direzione Generale.	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
		C.1.2.Ottimizzazione nella gestione dei rifiuti	C.1.2.1. Promuovere azioni per migliorare la raccolta differenziata dei rifiuti presso la sede centrale di Roma.	Produzione Piano	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
		C.1.3. Interventi in materia di edilizia sanitaria	C.1.3.1. Adeguamento immobili IZSLT in ordine al nuovo assetto organizzativo	Rispetto delle fasi indicate nel cronogramma della Direzione	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.
			C.1.3.2. Frosinone: realizzazione struttura di concerto con la Regione Lazio	Avvio adempimenti autorizzativi SI/NO	Adeguamento, valutazione, verifica.	Adeguamento, valutazione, verifica.