

Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica

**Relazione sulla performance
anno 2024**



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica



INDICE

1. PREMESSA E INQUADRAMENTO DELL'ENTE	pag. 3
2. CICLO DELLA PERFORMANCE	pag. 8
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE	pag. 9
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE	pag. 11

1. Premessa ed inquadramento dell'Ente

L'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) è un ente del Servizio Sanitario Regionale della Toscana, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, deputato esclusivamente al presidio dell'ambito oncologico.

L'ISPRO, a far data dal 1° gennaio 2018, mediante la L.R. n.74/2017, assorbe in sé le funzioni e competenze dell'ex ISPO (istituito con L.R. n.3/2008) e dell'Istituto Toscano Tumori (ITT), assumendo anche il coordinamento operativo della rete oncologica toscana.

La missione dell'Istituto è quella di lavorare *“insieme per capire, evitare e curare il cancro”* e tale missione si declina nel promuovere, misurare e studiare azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei tumori e nell'organizzare e coordinare, in sinergia con le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché i programmi di ricerca in ambito oncologico.

L'ISPRO opera in coerenza con i principi di omogeneità, qualità e appropriatezza della cura, rendendo, inoltre, disponibili tutti gli elementi di carattere informativo e conoscitivo utili per orientare gli assistiti all'interno della rete oncologica.

Sono attività di ISPRO:

- la valutazione e la sorveglianza epidemiologica relativa agli aspetti di stile di vita, le esposizioni ambientali e occupazionali e gli aspetti socio-economici collegati, la promozione e realizzazione di progetti di intervento nel campo della prevenzione in ambito oncologico, sia nella popolazione generale, sia in sottogruppi a rischio specifico;
- l'organizzazione, l'esecuzione ed il monitoraggio delle procedure diagnostiche correlate agli screening oncologici (mammografico, cervicale e coloretale), inclusi gli esami di laboratorio, promuovendo la centralizzazione delle stesse;
- la prevenzione terziaria, con specifico riferimento al controllo dopo terapia ed alla riabilitazione dei pazienti oncologici. All'interno di ISPRO è presente il Centro di Riabilitazione Oncologica (CeRiOn) che, attraverso modelli innovativi di sinergia con associazioni di volontariato no profit presenti all'interno dell'Istituto, offre ai cittadini affetti da patologie oncologiche trattamenti-fisico-sanitari integrati con trattamenti psicologici e socio-sanitari, con l'obiettivo di prendersi cura della persona nella sua interezza (corpo e mente);
- le attività ambulatoriali, di laboratorio diagnostiche e specialistiche;
- le attività di informazione per il malato oncologico ed i suoi familiari sui servizi di diagnosi e cura e sulle strutture della rete oncologica regionale;
- il supporto psicologico per il malato ed il nucleo familiare, in collaborazione con i servizi di psiconcologia delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale;
- la gestione del Registro Tumori della Toscana, del Registro di Mortalità Regionale, nonché delle Mappe di rischio oncogeno e del Centro operativo regionale (COR) per i tumori professionali;
- il supporto scientifico, metodologico ed operativo per la programmazione, conduzione ed analisi delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali promossi nell'ambito della rete oncologica;
- la promozione, attuazione, diffusione e valorizzazione dell'attività di ricerca e di innovazione in ambito oncologico;
- l'attività di aggiornamento professionale, nell'ambito della prevenzione oncologica per le Aziende e gli Enti del servizio sanitario regionale e nazionale;
- il coordinamento operativo e il supporto tecnico amministrativo della rete oncologica;
- l'esercizio delle funzioni di governo clinico in ambito oncologico con particolare riferimento alla definizione ed al monitoraggio delle raccomandazioni cliniche, dei percorsi diagnostici e terapeutici oncologici in raccordo con la direzione regionale competente e con l'Organismo toscano per il

governo clinico di cui all'articolo 49 bis della legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

A seguito dell'assorbimento delle funzioni espletate dall'ex ITT, all'interno di ISPRO è stato istituito il CRL (Core Research Laboratory) che costituisce il nucleo centrale dell'attività di ricerca di base e traslazionale. La sua mission è la ricerca di base in ambito oncologico, particolarmente su meccanismi molecolari, che sono alle sue origini, e persegue due compiti primari:

- individuare temi, approcci e sviluppi a livello regionale, nazionale ed internazionale, in modo da poter contribuire allo sviluppo della politica della ricerca in tali ambiti;
- sviluppare in Toscana ricerca ad alto potenziale e avere una funzione di seeding sull'intero sistema.

Per quanto attiene la Rete oncologica, la Toscana è stata la prima regione ad adottare, unitamente al Piemonte, tale modello organizzativo per il coordinamento di tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e ricerca in campo oncologico, modello che successivamente, su indicazione del Ministero della Salute, è divenuto il sistema di organizzazione di riferimento dell'attività oncologica in Italia.

L'ultimo Indice Sintetico Complessivo di Valutazione per l'anno 2023 (pari a 90,79% classificabile come livello di performance "*molto alto*"), relativo all'Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali (R.O.R) - Rapporto 2024, condotta da Agenas, conferma la Regione Toscana al primo posto a livello nazionale.

L'Istituto, già riconosciuto dalla Regione Toscana come Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione Oncologica – CRRPO, mediante la L.R. n.74/2017 ha assunto istituzionalmente la funzione di coordinamento della Rete oncologica, e nello specifico degli screening oncologici, attraverso l'apposito organismo a ciò deputato.

Dal 2011, inoltre, con Decreto del Ministero della Salute, l'ISPRO è stato riconosciuto quale hub amministrativo dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS). L'ONS che è definito come "network di centri regionali di screening", a supporto del Ministero e delle Regioni, svolge un ruolo tecnico nei seguenti ambiti:

- monitoraggio e valutazione dei programmi di screening;
- supporto al miglioramento continuo della qualità;
- formazione specifica.

L'Istituto è stato fortemente coinvolto, a seguito del PNP 2014-2018 (prorogato al 2020) e del successivo PNP 2020-2025, nelle azioni mirate al supporto al Piano Nazionale della Prevenzione proprio in virtù del ruolo svolto all'interno dell'ONS e, in passato, anche per l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Tali network vengono, infatti, riconosciuti, secondo il modello adottato dall'Italia della "stewardship", come elementi essenziali per la governance sanitaria.

Proprio in virtù dell'importanza riconosciuta all'ONS, quale contributo alla governance del PNP in termini di costruzione di capacità, professionalità, metodologie e competenze ed al ruolo rivestito da Ispro all'interno dell'Osservatorio stesso, il Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Secondaria del Ministero della Salute ha richiesto all'Istituto, nell'ottobre del 2021, di stipulare specifici atti con le Regioni per dare piena attuazione agli obiettivi di ONS a supporto del PNP.

L'Istituto con DGRT n. 1246/2022 è stato individuato quale struttura del Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS), che concorre, a livello regionale al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria del SNPS. L'Istituto è stato individuato, nell'ambito del SRPS, oltre che come struttura partecipante anche come componente della Task Force tecnico scientifica – TFS.

Il ruolo di leader nazionale nel settore della prevenzione oncologica, riconosciuto ad ISPRO in ambito nazionale dal Ministero della Salute, è stato ulteriormente ribadito e rafforzato, nella primavera 2023 anche in ambito internazionale, mediante la decisione ministeriale di candidare ISPRO al prestigioso riconoscimento di "Competent Authority" per l'Italia, in seno alla Joint Action sugli screening, bandita dalla

CE nell'ambito del Work Programme EU4Health.

La sede legale di ISPRO è a Firenze, in Via Cosimo il Vecchio, 2 Presidio Villa delle Rose dove vengono erogate le attività sanitarie. Quest'ultime vengono effettuate anche presso il Distretto dell'Azienda USL Toscana Centro di Via Gabriele D'annunzio n. 29, sempre a Firenze. L'Istituto, inoltre, è dotato di mezzi mobili attrezzati con i quali garantisce l'effettuazione del test di screening mammografico per la popolazione bersaglio dell'area fiorentina spostandosi direttamente sul territorio di riferimento.

1.1. Criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio Anno 2024, è stata predisposta in coerenza delle disposizioni del D.Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii., per quanto applicabili all'Istituto, e facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC) e a quelli previsti dagli atti di indirizzo di livello regionale, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso Decreto Legislativo sopracitato nonché dai successivi Decreti Ministeriali di attuazione.

La relazione fornisce, inoltre, tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie per dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2024.

1.2 Il modello organizzativo dell'Istituto

Le attività e l'organizzazione di ISPRO, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, sono rivolte ad assicurare:

- a. la salute delle persone e della collettività, garantendo livelli essenziali ed appropriati di assistenza, nell'ambito di un sistema universalistico;
- b. la risposta, nel rispetto della dignità umana, ai reali bisogni della comunità e delle singole persone;
- c. la comprensione ed il rispetto delle persone assistite, anche in base alle diverse esigenze sociali, culturali e personali;
- d. l'umanizzazione dell'assistenza (accoglienza, tempestività, trasparenza, rispetto della privacy);
- e. il consolidamento e lo sviluppo, nell'ambito della sanità pubblica, degli interventi di prevenzione oncologica primaria, secondaria e terziaria, secondo criteri guida di equità, qualità, appropriatezza e integrazione strutturata con la ricerca nel settore;
- f. la massima accessibilità ai servizi per i cittadini;
- g. la cultura del servizio ed il senso di appartenenza all'Istituto;
- h. la valorizzazione, l'integrazione e l'interazione tra le diverse professionalità e la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale dipendente a tutti i livelli, ciascuno per la propria professionalità;
- i. la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori;
- j. l'integrazione dell'attività di ricerca, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, con l'erogazione di prestazioni appropriate;
- k. l'efficacia, l'equità e l'efficienza dalle prestazioni da erogare;
- l. la semplificazione dei procedimenti amministrativi e la soppressione dei procedimenti non rispondenti alle finalità e agli obiettivi fondamentali, come definiti dalla legislazione nazionale e regionale di settore;
- m. la flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;
- n. l'assunzione del sistema budgetario come metodologia per la gestione e l'attivazione di un sistema premiante la professionalità e la responsabilità;
- o. l'attuazione dei principi normativi relativi al sistema di controlli individuabile in dettaglio nei sottosistemi: dei controlli interni di regolarità amministrativa contabile, dei controlli sulla legittimità e

- correttezza dell'azione amministrativa, del controllo di gestione, della valutazione del personale della dirigenza e del comparto, della valutazione e del controllo strategico;
- p. la condivisione e l'utilizzazione ottimale e appropriata delle risorse;
 - q. il raggiungimento di obiettivi di qualità e di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;
 - r. la sicurezza nei processi di lavoro.

Sono organi dell'ISPRO:

- a) il Direttore Generale, cui è attribuita la gestione complessiva e la rappresentanza legale dell'Istituto, coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, da un Direttore Sanitario e da un Direttore Amministrativo;
- b) il Comitato Scientifico, che svolge funzioni consultive e di supporto tecnico scientifico all'attività clinica e di ricerca, promuovendo il trasferimento degli esiti della ricerca e dei processi di innovazione nella pratica clinico assistenziale;
- c) il Collegio Sindacale, cui sono demandate le funzioni previste dalle disposizioni normative vigenti.

All'interno di ISPRO è, inoltre, istituito, l'Organismo di Coordinamento della Rete oncologica, che ha la seguente articolazione funzionale:

- a) Comitato strategico;
- b) Comitato tecnico, strutturato nella sezione inerente il Coordinamento dei dipartimenti oncologici e nella sezione inerente il Coordinamento degli screening oncologici.

L'Istituto, in attuazione dell'art. 4, c. 4 del D.Lgs. 165/2011, adegua la propria organizzazione al principio della distinzione fra attività di indirizzo e controllo e attività di attuazione e gestione.

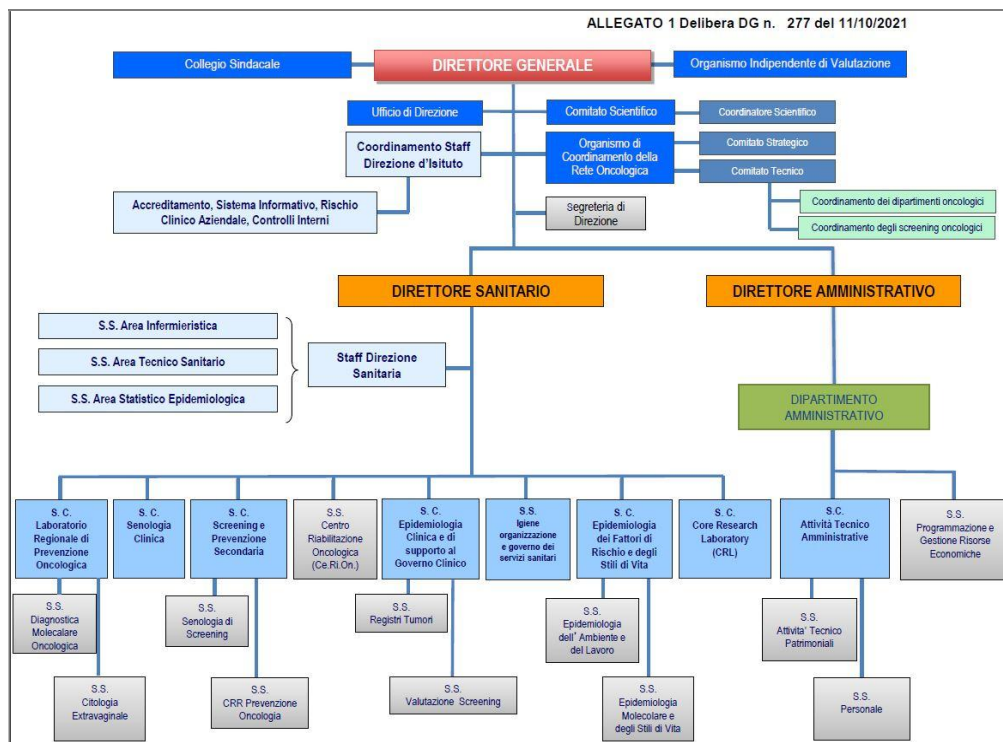
L'organizzazione dell'Istituto è ispirata ai seguenti principi:

- a) autonomia e responsabilità professionale;
- b) coerenza tra livelli decisionali e livelli di responsabilità;
- c) sinergie interne per la costruzione di specifici percorsi clinico-diagnostico-assistenziali e riabilitativi;
- d) collegamento operativo e collaborazione con tutti gli attori del servizio sanitario regionale;
- e) partecipazione a progetti integrati interaziendali e a reti organizzativa di area vasta o di altri ambiti territoriali;
- f) innovazione, semplificazione ed informatizzazione sistematica delle attività sanitarie ed amministrative;
- g) definizione di riferimenti certi ai "clienti interni" ed "esterni" dei servizi, anche attraverso l'unificazione di funzioni;
- h) trasparenza dei compiti, ruoli e livelli di responsabilità.

L'Istituto è articolato in strutture organizzative funzionali e professionali, dotate rispettivamente di autonomia gestionale o tecnico-professionale. Le strutture sono individuate nell'atto di organizzazione e possono essere di tipo professionale o funzionale. Alle stesse è preposto un Responsabile e sono articolate in semplici e complesse sulla base della rilevanza organizzativa, del volume delle attività programmate e loro omogeneità, delle particolari esigenze di raccordo multiprofessionale e multidisciplinare richiedenti una specifica strutturazione.

Alle varie strutture organizzative attivate in Istituto vengono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, ai fini della attuazione della programmazione aziendale secondo una gestione del Budget per Centro di Responsabilità (CdR).

Il modello organizzativo, per l'anno 2024, prevedeva l'articolazione organizzativa sotto rappresentata mediante organigramma.



Si riporta di seguito il grafico relativo alla composizione delle strutture organizzative.

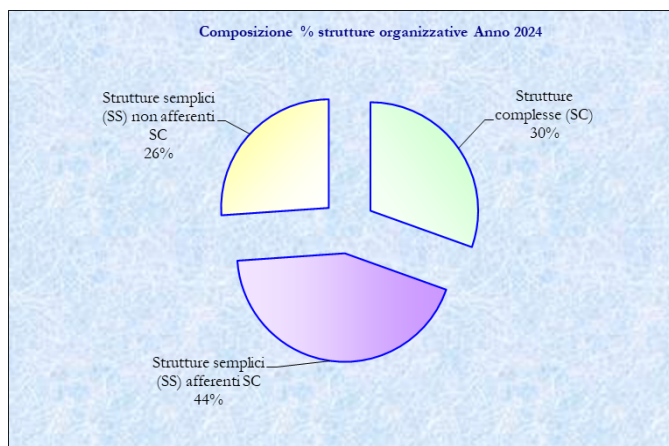


Grafico 1

2. Ciclo della Performance

La misurazione e valutazione della Performance nelle Pubbliche Amministrazioni è volta a garantire un continuo miglioramento dei risultati delle diverse strutture e persone: “*Misurare*” permette alle persone che lavorano nelle organizzazioni di comprendere i propri punti di forza e di debolezza, attivando quindi un processo di continuo cambiamento. “*Misurare*” consente, altresì, di governare al meglio l’Ente e le strutture che lo compongono, dal momento che la misurazione di per sé porta ad individuare le criticità, ad adottare azioni correttive e quindi a migliorare la performance delle strutture stesse.

Ogni sistema di valutazione dei risultati conseguiti deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e di innovazione.

La misurazione e valutazione della Performance è pertanto un processo fondamentale per:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l’Ente intende realizzare nonché i risultati conseguiti;
- migliorare il sistema di comunicazione degli obiettivi istituzionali;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- motivare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l’accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici.

Da diversi anni, ormai, nella Sanità Pubblica si cerca di orientare la valutazione, coniugando il focus sull’economicità e sull’efficienza con i principi di efficacia, equità e trasparenza.

Il Ciclo di Gestione della Performance si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e valutazione della Performance organizzativa delle Strutture e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati.

La Relazione sulla Performance, ai sensi dell’art. 10, comma 1 lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009, è un documento di rendicontazione annuale che, concludendo il suddetto ciclo, persegue le seguenti finalità:

- è uno “*strumento di miglioramento gestionale*” grazie al quale l’amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- è uno “*strumento di accountability*” attraverso il quale l’amministrazione può rendicontare 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.

La Relazione sulla Performance costituisce, pertanto, lo strumento con cui l'ISPRO illustra i risultati ottenuti nel corso dell'anno; essa conclude il ciclo di gestione della performance, iniziato con l'approvazione del “*Piano Integrato di Attività e Organizzazione*” (PIAO) per il triennio 2025-2027, quale documento unico di programmazione e governance delle Pubbliche Amministrazioni, approvato dall'Ente con la Deliberazione del Direttore Generale n. 19/2025.

All'interno del citato documento, è presente una intera sezione, dedicata al “*Piano della Performance*” che, quale documento programmatico a valenza pluriennale e di collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa, consente la coerenza ed integrazione tra indirizzi strategici, particolarmente regionali, ed obiettivi di Istituto. Con l'adozione del Piano, l'ISPRO ha avviato un percorso di effettivo orientamento ai risultati, per il miglioramento sia organizzativo che dei servizi erogati, rendendo più trasparente il proprio operato agli stakeholder.

Per una più completa comprensione delle linee di indirizzo strategiche e degli obiettivi da essi derivanti, per l'anno 2024 può essere consultato il già menzionato “*Piano della Performance*” pubblicato nel sito aziendale all'interno del PIAO 2025-2027.

La presente Relazione descrive i risultati raggiunti per ciascuno dei due seguenti livelli:

- la performance organizzativa delle Strutture rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il percorso di budget;
- la performance individuale del personale dipendente dell'Istituto.

3. Performance Organizzativa delle Strutture

3.1 Processo di verifica budget e rappresentazione degli esiti

Il processo di budget, avviato con la negoziazione degli obiettivi interni alle Strutture, che, come accennato, coniugano principi strategici superiori, particolarmente di ambito regionale, con una programmazione più specifica e di ambito locale, si conclude con la verifica del grado di raggiungimento dei medesimi, riportati nelle “*Schede di Budget*”. La fase di verifica ha avvio l'anno successivo a quello di riferimento e, in particolare, al momento della disponibilità dei dati consolidati, mediante i quali si provvede ad effettuare la verifica finale dei risultati raggiunti; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, riportati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, lo scostamento dal valore atteso ed i conseguenti, corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore, nonché il grado di raggiungimento complessivo per ciascuna Struttura. La sommatoria di tutti pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle Strutture e rappresenta la performance della struttura stessa.

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

Gli obiettivi budget sono stati tutti raggiunti, come rappresentato nella tabella sottostante, finalizzata ad illustrare il risultato complessivo riferito a ciascuno dei segmenti organizzativi dell'Ente:

TABELLA RIEPILOGATIVA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI BUDGET PER CDR ANNO 2024 (PERFORMANCE COLLETTIVA)

CDR	OBIETTIVO		
	% RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIBILE (al netto dei non valutabili)	% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE
S.S. AREA INFERMIERISTICA	98%	100%	98%
S.S. AREA TECNICO SANITARIA	78%	90%	86%
S.C. SCREENING E PREVENZIONE SECONDARIA	93%	100%	93%
S.S. CENTRO RIABILITAZIONE ONCOLOGICA	80%	100%	80%
S.C. SENOLOGIA CLINICA	89%	95%	94%
S.C. LABORATORIO REGIONALE DI PREVENZIONE ONCOLOGICA	98%	100%	98%
S.C. CORE RESEARCH LABORATORY	100%	100%	100%
S.S. IGIENE, ORGANIZZAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI	100%	100%	100%
S.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E DI SUPPORTO AL GOVERNO CLINICO	100%	100%	100%
S.C. EPIDEMIOLOGIA DEI FATTORI DI RISCHIO E DEGLI STILI DI VITA	94%	100%	94%
S.C. ATTIVITÀ TECNICO AMMINISTRATIVE	100%	100%	100%
S.S. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE RISORSE ECONOMICHE	100%	100%	100%

3.2 Analisi degli scostamenti

Nel 2024, rinviando alle Schede di dettaglio relative ai risultati conseguiti da ciascuna Struttura organizzativa dell'Istituto, agli atti e messe a disposizione dell'OIV, non si evidenziano significativi elementi da rilevare, che non rientrino nella normale dinamica della valutazione di obiettivi, necessariamente “sfidanti” al momento della loro condivisione con i Responsabili di Struttura, e che, in sede di verifica possono (e “debbono”, in quanto “sfidanti”) risultare di non pieno raggiungimento.

4. Performance individuale

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2024 ha sottoposto a valutazione il personale dipendente dell'Istituto.

La valutazione individuale del personale è stata effettuata dai dirigenti responsabili e dagli altri ruoli di responsabilità. Essa è relativa alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi, come indicato nella apposita scheda utilizzata.

A conclusione del processo, anche le schede di valutazione della performance individuale, al pari di quelle relative alla performance collettiva, distinte per livello di responsabilità e per tipologia di incarico, sono state messe a disposizione dell'OIV.

Il responsabile ed il personale valutato, una volta concluso il percorso di valutazione, sottoscrivono le schede in tutte le sue parti e annotano eventuali osservazioni.

Nel processo di valutazione il valutatore, rispetto ad ogni parametro di valutazione presente nella scheda, formula un giudizio “sintetico”, espressione dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato, secondo una scala di valutazione articolata in 4 gradi: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo.

In occasione del colloquio di valutazione, il responsabile illustra al valutato il grado di raggiungimento del/degli obiettivo/i e dei comportamenti organizzativi ed il sistema di relativa misurazione.

Ai fini della prevista validazione complessiva, le schede di verifica individuale, così come le schede di valutazione della performance organizzativa delle singole strutture, sono tenute agli atti e messe a disposizione dell'OIV.

In linea con le più recenti indicazioni normative (*articolo 7, comma 3, decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal D.P.R. n. 105/2016 e dal D.lgs. n. 74 del 25/05/2017*), sono state definite in Istituto le procedure di conciliazione attivabili dai singoli nei casi di valutazione inferiore a 60/100, fattispecie non rilevate nel 2024.

Fermo restando il rispetto dei CCNL e degli Accordi integrativi vigenti, ai fini del sistema premiante il raggiungimento di un indice di performance individuale minimo pari al 60% è condizione per l'erogazione della relativa retribuzione di risultato.

Nel 2024 non sono emerse criticità nella valutazione individuale, che abbiano richiesto la necessità dell'intervento di seconda istanza dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

La Direttrice Generale
Dott.ssa Simona Dei