## Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

# PIANO DELLA PERFORMANCE

# ANNI 2020-2022

Approvato con deliberazione del Direttore Generale
n. 29 del 30/1/2020

Gruppo di redazione:

Monica Di Stasio, Cristina Gheri,
Barbara Mengoni, Roberta Ponzi, Tommaso Tanini, Manola Turci,

## PREMESSA

Il Piano della Performance costituisce un documento programmatico introdotto nel nostro ordinamento dal Decreto Legislativo n. 150/2009, attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie strutture organizzative dell'Istituto.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 e ss.mm.ii. si propone di offrire un sistema nuovo ed alternativo per misurare la produttività del settore pubblico, con l'intento di avviare un percorso di miglioramento ed incentivare l'efficienza e la produttività complessiva del sistema.

Il Piano della performance dà avvio al Ciclo di gestione della performance, quale ciclo di programmazione e controllo, che si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, dei valori attesi e degli indicatori;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- Monitoraggio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale;
- Utilizzo sistemi premianti;
- Rendicontazione dei risultati.

Il Piano della performance, in quanto atto di programmazione pluriennale per il triennio 2019-2021, con indicazione delle attività prioritarie per l'anno in corso, è modificabile con cadenza annuale in relazione agli obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale, alle variazioni del contesto interno ed esterno di riferimento ed alle modifiche delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

Il Piano viene adottato in coerenza con il Piano Socio Sanitario Regionale e con gli obiettivi attualmente conferiti al Direttore Generale da parte della Regione Toscana ed è coerente/correlato con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Il Piano della performance dell' Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'Istituto alla luce delle sue specificità istituzionali. Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell'Istituto, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell' Istituto in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting.

Rappresenta uno degli strumenti per migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e per prevenire la corruzione. Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate trova espressione a cadenza annuale nel budget d'Istituto.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii. ed in conformità con le linee guida fornite dalla stessa ANAC alle Amministrazioni destinatarie del suddetto decreto.

Il presente Piano della Performance ha una valenza triennale per gli anni 2019-2021 con rivalutazione annuale e si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Istituto intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

## L'ISTITUTO PER LO STUDIO, LA PREVENZIONE E LA RETE ONCOLOGICA: UNIFICAZIONE DI ISPO ED ITT

L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), già istituito ai sensi della Legge Regionale n. 3 del 4 Febbraio 2008, a seguito dell'assorbimento delle funzioni dell'Istituto Toscano Tumori (ITT), operata con Legge Regionale n. 74 del 14 Dicembre 2017 , assume la denominazione di Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) a far data dal 1° gennaio 2018.

L'Istituto ha come attività istituzionali:

a) 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;
b) l'organizzazione, l'esecuzione ed il monitoraggio delle procedure diagnostiche correlate agli screening istituzionali, promuovendo la centralizzazione delle stesse;
c) la prevenzione terziaria, con specifico riferimento al controllo dopo terapia ed alla riabilitazione dei pazienti oncologici, anche attraverso modelli innovativi di sinergia con il volontariato;
d) le attività ambulatoriali, di laboratorio diagnostiche e specialistiche;
e) l'attività di informazione per il malato oncologico ed i suoi familiari sui servizi di diagnosi e cura e sulle strutture della rete oncologica regionale;
f) il supporto psicologico, anche attraverso modelli operativi di presa in carico e di consulenza psicologica a distanza, per il malato ed il nucleo familiare, in collaborazione con i servizi di psiconcologia delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale;
g) la gestione del registro toscano tumori, del registro di mortalità regionale, nonché delle mappe di rischio oncogeno e del centro operativo regionale (COR) per i tumori professionali;
h) 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;
i) la promozione, attuazione, diffusione e valorizzazione dell'attività di ricerca e di innovazione in ambito oncologico;
l) l'attività di aggiornamento professionale nell'ambito della prevenzione oncologica per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale e nazionale;
m) il coordinamento operativo e il supporto tecnico amministrativo della rete oncologica;
n) 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).

ISPRO costituisce il riferimento prioritario per gli organi di governo regionale per ciò che riguarda l'epidemiologia oncologica, gli screening, la riabilitazione oncologica ed i percorsi speciali di senologia clinica.

L'Istituto è sede del Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione oncologica - CRRPO (strumento tecnico della rete oncologica regionale per il monitoraggio dell'attività di screening organizzato con funzioni di supporto tecnico-professionale per i programmi aziendali).

L'Istituto è stato individuato, in qualità di centro esperto, come struttura di coordinamento centrale dell'Osservatorio Nazionale Screening – ONS (network dei coordinamenti screening di ogni Regione).

L'Istituto assicura, inoltre, il supporto amministrativo al funzionamento dell'AIRTUM (Associazione italiana registri tumori) assumendone il coordinamento organizzativo.

**MISSIONE ISTITUZIONALE**

La finalità dell' ISPRO consiste nel promuovere, misurare e studiare azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei tumori e di 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.

**ANALISI DI CONTESTO**

La programmazione aziendale è strettamente inserita nel quadro normativo e finanziario generale.

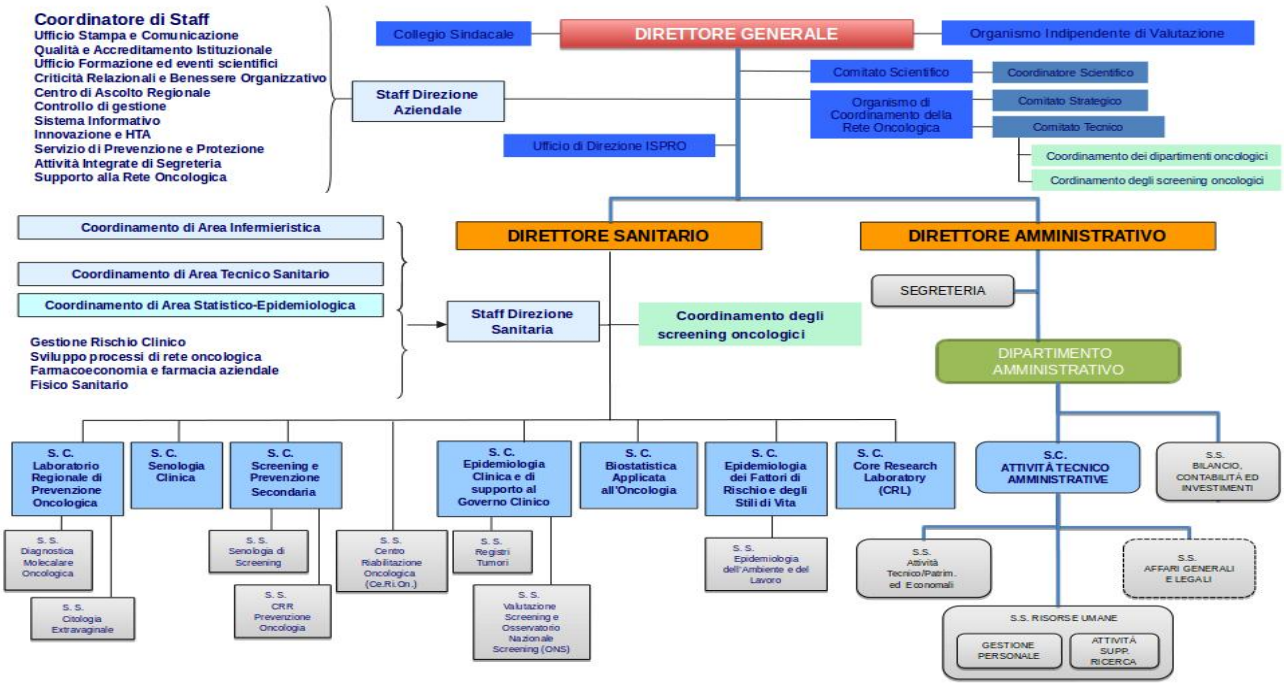
Dal punto di vista normativo, di seguito si elencano le principali disposizioni nazionali e regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento:

- D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e ss.mm.ii.;
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto programmatorio, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- Legge regionale del 24 febbraio 2005, n.40 che disciplina il servizio sanitario della Toscana e ss.mm.ii.;
- Delibera RT n. 1235/2012 "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale";
- Delibera RT n. 28 del 16/3/2015 "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale";
- Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione Legge 4/3/2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Delibera n. 1479 del 21.12.2018 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019".

Sul piano economico-finanziario la limitatezza delle risorse disponibili costituisce un vero e proprio vincolo esterno che non può che influenzare direttamente il processo di programmazione.

Nonostante le risorse siano sempre più limitate, la capacità di rispondere adeguatamente ad una domanda sanitaria in continua crescita e di assicurare il necessario adeguamento tecnologico, impone la ricerca continua dell'ottimizzazione dei risultati in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza.

Con delibera del Direttore Generale n. 150 del 31/05/2018 è stato adottato lo Statuto ed il Regolamento di organizzazione dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, funzionale a garantire la piena attuazione di quanto disposto dalla L.R.T. n. 74/2017 e contenente al suo interno l'organigramma di seguito riportato. Al momento della redazione del Piano della Performance era in corso una modifica/integrazione all'organigramma adottato nel 2018 al fine di rendere il modello organizzativo più aderente ai fabbisogni dell'Istituto e maggiormente rispondente ai percorsi innovativi riguardanti i sistemi informativi, i meccanismi di controllo interno, la privacy ed i PAC favorendo lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità ed agendo nel ridisegno del sistema delle responsabilità.

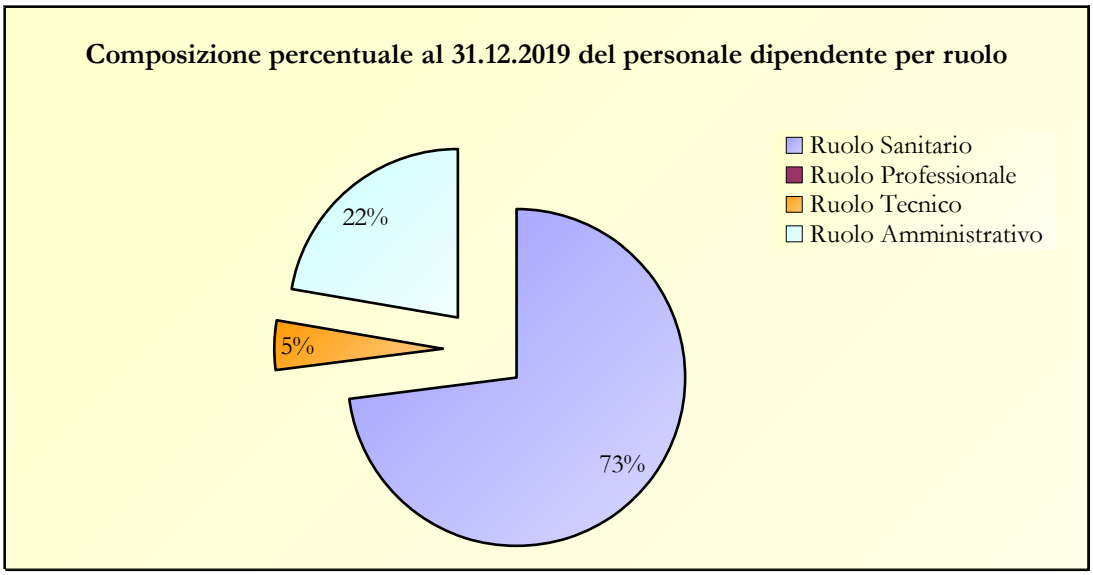



## L'ISTITUTO IN CIFRE

### Personale dipendente al 31.12.2019

| Ruolo/area contrattuale | 31/12/2019 |
|---|---|
| **Sanitario** | **108** |
| Dirigenza medica e veterinaria | 31 |
| Dirigenza non medica | 17 |
| Comparto | 60 |
| **Professionale** | **0** |
| Dirigenza | |
| Comparto | |
| **Tecnico** | **7** |
| Dirigenza | |
| Comparto | 7 |
| **Amministrativo** | **33** |
| Dirigenza | 4 |
| Comparto | 29 |
| **TOTALE** | **148** |

*Fonte: S.S. Risorse Umane*




**Volumi di attività Anno 2019**

| | |
|---|---|
| SCREENING MAMMOGRAFICO Firenze | 51.635 |
| SCREENING COLORETTALE Firenze | 60.753 |
| SCREENING CERVICE PAP TEST E HPV PRIMARIO ambito Firenze | 33.573 |
| HPV TEST PRIMARIO CENTRALIZZATO Altre ex Asl | 81.520 |
| PRESTAZIONI EXTRA SCREENING | 40.778 |

*Fonte: Sistema Informativo Estar*

**L'attività di ricerca**

| Titolo Progetto | Obiettivi di attività |
|---|---|
| "Determinants of mammographic breast density and breast cancer risk in a large cohort of women with repeated breast density measurements based on full-field digital mammograms and repeated information on anthropometry, diet and lifestyle characteristics". The FEDRA | Il progetto in oggetto, di durata triennale, si propone di studiare con un disegno di tipo prospettico all'interno della coorte EPIC (10.083 donne di età 35-64 anni arruolate nel periodo 1993-98):<br>a) l'associazione tra misure ripetute di storia riproduttiva, antropometria, fattori alimentari e di stile di vita, in particolare relativi all'attività fisica, e misure quantitative di densità mammografica, un indicatore di rischio di tumore mammario. Le informazioni su antropometria, stile di vita e alimentazione che sono state raccolte all'arruolamento e aggiornate dopo un periodo medio di 9 anni verranno nuovamente aggiornate tramite questionari durante il progetto Verranno inoltre ottenute, tramite l'uso di software automatico, misure quantitative volumetriche di densità mammografica ripetute ottenute da mammografie digitali realizzate nell'ambito del programma di screening mammografico locale. |

| | |
|---|---|
| | b) l'associazione tra misure quantitative ripetute di densità mammografica volumetrica e rischio di tumore mammario, aggiustando per fattori di rischio noti per questo tumore. Periodicamente verranno infatti identificati, tramite procedure standardizzate le nuove diagnosi di tumore nella coorte e ricostruita per essi la storia di mammografie digitali come al punto precedente.<br>Lo studio è di tipo osservazionale. |
| Confronto randomizzato tra cancro al seno standardizzato e rischio-stratificato Screening in donne europee di età compresa tra 40 e 70 anni - MyPEBS | MyPeBS affronta la questione del futuro dello screening del cancro al seno in Europa. L'attuale screening mammografico, con ingresso stratificato per età, è stato recentemente messo in discussione. Nonostante abbia dimostrato una riduzione media del 20% della mortalità specifica per cancro al seno, insieme alla riduzione della malattia, sono associati potenziali danni quali i falsi positivi e la sovra-diagnosi. Strategie di screening personalizzate, basate sui singoli livelli di rischio, potrebbero potenzialmente migliorare il rapporto beneficio / danni individuali dello screening e aumentare il costo-efficacia per le assicurazioni sanitarie.<br>MyPEBS condurrà uno studio internazionale randomizzato di fase III per convalidare questa ipotesi. Valuterà principalmente l'abilità di una strategia individuale di screening basata sul rischio per essere non inferiore, e possibilmente superiore, allo screening standard di cura, ridurre l'incidenza cumulativa di tumori al seno in stadio II +. Il progetto verrà condotto in 5 paesi (Francia, Italia, Regno Unito,Belgio e Israele) e arruolerà 85.000 donne europee tra i 40 ei 70 anni, che verranno seguite per 4 anni. MyPEBS valuterà anche se una strategia di screening individuale basata sul rischio, rispetto allo standard, riduce i danni correlati allo screening (inutili biopsie, sovradiagnosi) nelle donne a basso rischio. Dopo l'analisi di tutti i componenti, l'obiettivo finale di MyPEBS è quello di fornire raccomandazioni per la migliore strategia di screening per il cancro al seno in Europa. |
| "Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate prima dell'età di inizio dello screening" - CCM 2016 | Obiettivo generale: costruzione di un sistema di valutazione e monitoraggio in grado di permettere l'integrazione dei programmi di prevenzione primaria (vaccini) con quelli di prevenzione secondaria (programmi di screening del cervicocarcinoma)<br>Obiettivi specifici:<br>- Ob. 1: fattibilità del linkage fra archivi di screening e archivio delle vaccinate. Valutare l'attendibilità e la completezza dei sistemi informativi delle vaccinate. Valutare la proporzione di donne che hanno eseguito la vaccinazione all'infuori dell'offerta pubblica di vaccino.<br>- Ob. 2: Individuare fra le invitate e le partecipanti la proporzioni di donne vaccinate e misurarne la rispondenza all'invito, la positività ai vari ceppi di HPV e i tassi di identificazione di lesioni CIN2 o peggiori.<br>- Ob. 3: determinare l'intervallo di screening per le donne vaccinate HPV negative allo screening mediante valutazione del detection rate di CIN3+ ai passaggi di screening successivi (cioè dopo 5 anni)<br>- Ob. 4: stesura di mini-report di HTA del nuovo protocollo di screening (Budget impact analysis e analisi dell'impatto organizzativo)<br>- Ob. 5: Organizzazione di percorsi formativi e di comunicazione per il personale sanitario impegnato nei programmi di screening, ai MMG e ai Medici specialisti sul territorio sulla rimodulazione del programma di screening. |
| "APOBEC1 in cancer development: a dual path to cancer" | Il progetto di ricerca è incentrato sullo studio del potenziale oncogenico di APOBEC1, una proteina che presenta sia un'attività mutagenica sia un'attività di editing dell'RNA. In questo contesto stiamo lavorando per capire quale di queste attività fisiologiche sia coinvolta nella tumorigenesi e se esistano fattori che favoriscano il potenziale oncogenico di APOBEC1.<br>In particolare, stiamo:<br>1) caratterizzando dei mutanti di APOBEC1 in cui le attività sul DNA e sull'RNA di APOBEC1 sono dissociate. L'analisi di questi mutanti in vitro e nei topi ci permetterà di individuare l'attività mutagenica di APOBEC1.<br>2) analizzando i dati di "The Cancer Genome Atlas" per identificare cambiamenti indotti da APOBEC1 sul DNA e sull'RNA analizzando il metabolismo dell'RNA dopo l'editing mediato da APOBEC1. |
| E.PIC.A - Appropriatezza economica del percorso integrato di cura | Il progetto ha come obiettivo generale la valutazione della appropriatezza economica del percorso integrato di cura oncologica. Il progetto, effettuato in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, inizialmente centrato sul percorso di cura del tumore della mammella, è stato successivamente sviluppato anche per quanto riguarda il cancro del colon-retto in sintonia con le indicazioni date che prevedono una progressiva estensione |

| | |
|---|---|
| | del progetto ad altre patologie oncologiche. Il ruolo di ISPRO in questo progetto riguarda l'estrazione dei dati a partire dai flussi informativi correnti, la loro successiva elaborazione per la produzione di KPI la cui interpretazione sarà arricchita dal confronto tra le stime di incidenza ricavate dai flussi amministrativi correnti e quelle ricavate dal Registro Tumori Regionale. |
| Scegliere le priorità di Salute e selezionare gli interventi efficacy per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili" - CCM 2017 | Lo scopo principale dello studio è di armonizzare e rendere efficaci e sostenibili i futuri Piani regionali delle regioni Piemonte, Toscana, Lazio e Sicilia nel prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili. Obiettivi specifici del progetto sono:<br>1. mare i bisogni prioritari di salute, in termine di carichi di morte prematura e disabilità precoce per le patologie croniche, e per specifici fattori di rischio, nelle popolazioni delle Regione partner.<br>2. rilevare e valutare le risorse del territorio (pubbliche e private, del sistema sanitario e non) che operano nel campo della prevenzione e della promozione della salute.<br>3. selezionare gli interventi di prevenzione efficaci per i problemi di salute identificati come prioritari<br>4. Costruire scenari di implementazione di piani di intervento sulla base dei bisogni prioritari di salute, delle risorse disponibili, dell'efficacia attesa degli interventi, e valutare il loro impatto sulla salute, sui costi, oltre che sulle diseguaglianze di salute.<br>5. Selezionare una metodologia condivisa tra le varie regioni partner per la selezione delle priorità di intervento e degli interventi efficaci da inserire nei futuri Piani di Prevenzione sulla base della loro sostenibilità economica e fattibilità organizzativa, nonché del loro potenziale impatto nel ridurre le malattie croniche non trasmissibili e nel ridurre le diseguaglianze di salute. |
| "The oncogenic potential of the AID/APOBECS: involvement in tissue transformation and oncogenesis – new tools to better model cancer". | Il progetto di ricerca è incentrato sullo studio di come gli AID/APOBECs risultino coinvolti nell'insorgenza delle alterazioni genetiche e metaboliche della cellula neoplastica. In particolare, obiettivi specifici di questo progetto sono:<br>- chiarire quali sono i fattori correlati, nella fisiologia e nella patologia, all'attività mutagenica di questi enzimi permetterà di identificare fattori di rischio in patologie tumorali specifiche e quindi, possibilmente, migliorare le nostre possibilità diagnostiche e terapeutiche.<br>- ingegnerizzare questi mutatori del DNA in modo da poterli utilizzare come strumento nella messa a punto di modelli di tumore. Riuscire ad indirizzare gli AID/APOBEC su siti specifici del genoma permetterà di mettere in atto un percorso evolutivo per modellare l'evoluzione del tumore in maniera più fisiologica. |
| "Implementation of EU colorectal cancer screening guidelines within the screening programmes in Italy, Romania and Slovakia" | Il progetto in oggetto si propone di svolgere attività di formazione e di promozione della partecipazione nell'ambito dei programmi organizzati di screening per il carcinoma colorettale in Romania, Slovacchia e Italia. In particolare in Romania e Slovacchia, dove ancora non esistono programmi organizzati di screening per questo tumore, il progetto ha lo scopo di svolgere presso questi paesi corsi di formazione indirizzati a responsabili dei futuri programmi di screening e agli specialisti che saranno coinvolti nel percorso (endocopisti e patologi). Inoltre in questi stessi paesi, nel corso del progetto saranno organizzati workshop focalizzati alla definizione delle caratteristiche ottimali di un sistema informativo dedicato allo screening, così come saranno svolti eventi formativi che avranno come argomento l'organizzazione di campagne di comunicazione di massa nonché gli aspetti concernenti la tutela dei dati personali secondo la recente legislazione europea.<br>Nel progetto sono previsti anche degli stage formativi da svolgersi in Italia presso l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica - ISPRO e l'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - CPO Piemonte.<br>Per quanto riguarda le attività da svolgere in Italia, il progetto si focalizzerà su alcuni eventi formativi volti sia all'ottimizzazione dei percorsi di screening (Sicilia) che al miglioramento della qualità tecnica dei professionisti coinvolti (Sicilia e Lazio). Sono stati anche previsti progetti di promozione della partecipazione della popolazione invitata allo screening nella Regione Toscana e nella Regione Piemonte. |
| "Innovative partnership on action against cancer" IPAAC | L'obiettivo generale dell'azione comune iPAAC (JA) è sviluppare approcci innovativi ai progressi nel controllo del cancro. L'innovazione che verrà trattata all'interno della JA consiste in un ulteriore sviluppo della prevenzione del cancro, approcci globali all'uso della |

| | |
|---|---|
| | genomica nel controllo del cancro, informazioni sul cancro e registri, miglioramenti e sfide nella cura del cancro, mappatura di trattamenti anticancro innovativi e governance del cancro integrato controllo, compresa una nuova analisi dei piani nazionali di controllo del cancro. L'obiettivo principale dell'azione comune sarà l'attuazione, come indicato nei risultati chiave, ossia la tabella di marcia per l'attuazione e la sostenibilità delle azioni di controllo dei tumori, che supporterà gli Stati membri nell'attuazione delle raccomandazioni iPAAC e CANCON. |
| Verifica, archiviazione e analisi delle relazioni ex art. 9 Legge 257/922 | ISPRO procede all'esame delle relazioni che le aziende che utilizzano indirettamente amianto nei processi produttivi o che operano nel territorio regionale nel settore delle bonifiche, inviano annualmente alle ASL territorialmente competenti ed alla Regione Toscana come previsto dall'art.9 della legge 257/92 (Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto). Negli ultimi 5 anni le relazioni sono state inserite direttamente in un portale telematico, nel 2106 nel portale telematico peculiare della Regione Toscana SISPC. Nel passato tale attività di verifica delle relazioni è sempre stata condotta da ISPO ed è stata oggetto di rapporti biennali consegnati alla Regione ed ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL Toscane. Nei 20 anni di attività si è sempre registrato un rispetto pressoché totale della disposizione normativa dai parte dei bonificatori; non si può dire altrettanto per i trasportatori e gli utilizzatori indiretti di amianto nei processi produttivi. Ciò che consente di affermare, con buon margine di certezza, che persista l'elusione dell'art 9 è il dato ricavato dalla lettura delle relazioni. Il Ministero della Salute in collaborazione con il Coordinamento Interregionale in data 20 gennaio 2016 è giunto ad un accordo (accordo 5/CSR) sull'invio al Ministro dei dati di sintesi da parte delle singole regioni, un adempimento normativo previsto dalla legge 257/92.<br>La Regione Toscana ha predisposto, mediante progetto ad hoc, un sistema telematico che consente la gestione completa delle attività di bonifica, dalla presentazione del Piano di Lavoro all'invio della relazione annuale. ISPRO, che avrà accesso ai dati di chiusura dei cantieri di bonifica, produrrà dati di sintesi regionali dei piani di lavoro, con particolare attenzione rivolta alla registrazione degli attuali esposti ad amianto, e delle relazioni annuali mediante l'analisi dei dati conservati nell'archivio telematico della Regione Toscana. |
| Mammographic Density and Breast Cancer prevention: a metabolomic epigenetic and inflammatory markers integrated approach | Il progetto si propone di valutare il ruolo dell'epigenetica, della metabolomica e del livello di una serie di marcatori dell'infiammazione, nella etiologia e prevenzione del tumore della mammella tenendo conto del ruolo della densità mammografica, un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo di questo tumore. Il progetto prevede:<br>a) la valutazione di questi aspetti nei campioni biologici prediagnostici di 200 casi di tumore della mammella campionati tra quelli identificati nella coorte EPIC Firenze di cui 100 insorti su mammella densa e 100 su mammella adiposa. Il ruolo dei biomarcatori verrà valutato tenendo conto dei dati relativi alle caratteristiche del tumore (stadio, stato recettoriale, ecc) e ai dati di antropometria, abitudini alimentari e stile di vita raccolti al momento dell'arruolamento nella coorte EPIC.<br>b) la valutazione di questi aspetti in campioni ematici raccolti al baseline e dopo due anni di intervento in 232 partecipanti allo studio DAMA, un trial di intervento randomizzato per valutare il ruolo di modifiche delle abitudini alimentari e di attività fisica nel ridurre la densità mammografia in donne in postmenopausa a rischio aumentato di tumore mammario per elevata densità mammografia come definita alla mammografia di screening. Le variazioni del livelli dei biomarcatori saranno valutati in accordo al tipo di intervento e alla eventuale modifica della densità mammografia. |

*Fonte: Attività supporto alla ricerca*

Nel corso del 2020 saranno, inoltre, attivati i seguenti progetti relativi al Bando della Regione Toscana per la ricerca Anno 2018:

- GLI SELTHER
- ITALUNG 2
- CRC SCREENING
- ACAB

- EPI METAL
- PUNTO
- PART
- BEST cc
- DECODE EE
- LINGUIDE
- TOSCANNABIS
- FAIR AC
- CHEMOCIM

## IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Ciclo della Performance si svolge, con riferimento all'anno solare che coincide con l'esercizio contabile e di budget. Si conclude con la valutazione della performance aziendale effettuata dalla Regione Toscana con il supporto del Laboratorio MES e con la valutazione della performance organizzativa dei CdR nonché con la valutazione della performance individuale, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), su istruttoria della Segreteria dell'OIV.

Il ciclo della gestione di un sistema di programmazione e controllo si articola in tre fasi, ossia:

A) la definizione e assegnazione degli obiettivi;
B) il monitoraggio dei risultati in corso di esercizio;
C) la verifica di fine periodo.

Affinché tale ciclo abbia efficacia nella modifica dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni nel loro complesso, viene previsto un rafforzamento dello stesso mediante l'introduzione di un sistema premiante, che rende il meccanismo di programmazione e controllo non soltanto un supporto ai processi decisionali del management, ma anche una modalità di gestione delle risorse umane.

Il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi dei CdR viene effettuato trimestralmente a cura della S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti e comunicato ai Direttori dei CdR e alla Direzione Aziendale al fine di garantire le sinergie necessarie alla efficienza ed efficacia organizzativa.

Sono previsti meccanismi di retroazione nei casi di situazioni di comprovata criticità che possa recare pregiudizio al raggiungimento degli obiettivi, e che portano all'adozione, condivisa con la Direzione Aziendale, di eventuali iniziative da intraprendere per favorire il raggiungimento dell'obiettivo, oppure alla revisione dell'obiettivo stesso nel caso sia provata l'impossibilità del raggiungimento dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa a livello complessivo aziendale e di CdR e della performance individuale del personale dirigente e del comparto

In estrema sintesi si riportano le ***fasi del ciclo della performance***

| FASE | ATTIVITA' |
|---|---|
| **Definizione linee di indirizzo** | valutazione dell'andamento aziendale;<br>analisi del contesto interno ed esterno; |

| | |
|---|---|
| | predisposizione linee strategiche |
| **Elaborazione della proposta di schede di budget** | elaborazione della reportistica e delle schede di budget |
| **Stima effetti economici degli obiettivi di budget e redazione bilancio preventivo** | stima maggiori/minori costi/ricavi e redazione bilancio preventivo |
| **Negoziazione obiettivi budget** | effettuazione incontri di negoziazione con direttori e responsabili di CdR con sottoscrizione scheda di budget |
| **Assegnazione obiettivi individuali** | elaborazione e sottoscrizione schede di valutazione individuale |
| **Monitoraggio infrannuale** | effettuazione incontri di negoziazione sottoscrizione finale della scheda di budget |
| **Monitoraggio infrannuale performance individuale** | valutazione infrannuale performance individuale |
| **Verifica finale budget** | calcolo valore indicatori e analisi scostamenti |

## COORDINAMENTO FRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC)

La normativa ha evidenziato la necessità di garantire un coordinamento tra PTPC e Piano della performance e ha previsto diverse disposizioni che mirano a rafforzare questo collegamento.

La coerenza tra PTPC e Piano della performance si concretizza in due momenti. Da un lato le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, dall'altro le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati alle strutture e ai loro responsabili. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più effettive e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

In particolare, la connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza e ha trovato conferma nel D.Lgs. n. 33/2013 e nella Legge n. 190/2012 dove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10) e che gli obiettivi stabiliti nei PTPC devono essere coerenti con gli obiettivi contenuti nel Piano della performance.

Le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza devono essere valutati dai soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa che individuale delle strutture/singoli responsabili che hanno in carico la produzione e la trasmissione dei dati per l'Amministrazione Trasparente.

Tale valutazione/misurazione è rilevante ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

La finalità è quella di coordinare i due strumenti suddetti per favorire l'attuazione di strumenti e misure di prevenzione della corruzione che possano sfavorire il nascere e proliferare di eventi di corruzione o mala amministrazione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il PTPC in Istituto viene assicurata attraverso:

- l'inserimento nelle schede di budget contenute nel Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPC;
- il coinvolgimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza nella individuazione degli obiettivi annuali di budget dei CdR.

Gli obiettivi strategici per il triennio 2020-2022 in materia di prevenzione della corruzione sono:

**Obiettivo 1 - Incentivare attività di informazione e formazione**
Promuovere iniziative sui temi inerenti la materia, finalizzate ad una sempre maggiore sensibilizzazione alla cultura della trasparenza, della legalità e dell'integrità, anche nel rispetto del Codice etico e di comportamento dell'Istituto.
**Obiettivo 2 - Incentivare ed approfondire l'analisi dei processi**
Promuovere la mappatura dei processi delle Strutture per individuare quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione o illegalità.
**Obiettivo 3 - Prevedere monitoraggi periodici delle attività più esposte a rischio di corruzione**
Effettuare monitoraggi e verificare l'attuazione delle misure previste nel PTPC.
**Obiettivo 4 - Implementazione dei livelli di trasparenza e di integrità**
Miglioramento della fase relativa alla pubblicazione dei dati e della qualità degli stessi nella Sezione Amministrazione Trasparente, per garantire semplicità di consultazione e comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate,
attraverso:
- la pubblicazione dei dati in formato open data;
- il costante aggiornamento e la completezza dei dati/informazioni.

Maggiori livelli di trasparenza possono essere perseguiti anche attraverso l'individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Ai fini di una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno dell'Istituto è necessario, inoltre, supportare l'attuazione del PTPC con gli strumenti, anche formativi, volti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema. A tal fine, si prevedono corsi FAD ed incontri formativi individuali o collettivi di divulgazione ed approfondimento sulla materia.

Nel Codice etico e di comportamento dell'Istituto sono inseriti principi e norme di carattere etico e regole comportamentali specifiche adeguate alle diverse situazioni. In particolare, ai fini della prevenzione della corruzione e dell'insorgere di situazioni di conflitto di interessi, sono stati individuati precisi ambiti di attività potenzialmente idonei a determinare situazioni di conflitto di interessi ed è stata inoltre esplicitata la procedura per la comunicazione e la gestione di situazioni di conflitto di interessi.

## COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

La definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'Istituto è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti.

In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta una base per la programmazione del Bilancio (Bilancio Preventivo), intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno delle stesse indispensabile al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

In Istituto il percorso di interrelazione tra Piano della Performance e programmazione di bilancio viene garantito attraverso la definizione dei budget di spesa per conto economico (attraverso l'individuazione delle c.d.

autorizzazioni di spesa per l'anno in corso) con gli uffici che gestiscono i fabbisogni, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per singola linea di fattore produttivo.

Questa ulteriore dimensione programmatica, trasversale per natura rispetto a quella che proietta con il processo di budget gli obiettivi aziendali sulle singole strutture interne, è proprio quella che consente di garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Fra gli allegati del bilancio preventivo viene, infatti, riportato il budget economico per voce di costo suddiviso per Centro di Responsabilità che rappresenta, quindi, il collegamento fra gli obiettivi assegnati alle singole strutture ed i fabbisogni economici necessari per raggiungerli, nel rispetto dell'obiettivo generale d'azienda rappresentato dal pareggio di bilancio.

## IL PROCESSO DI BUDGET

Il Sistema si compone di tre elementi fondamentali:

1) indicatori, collegati agli obiettivi;

2) target, che sono i risultati che si intende ottenere;

3) infrastruttura di supporto ed i soggetti responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

### 1) Indicatori

L'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

a) comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto, intellegibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore);
b) rilevanza (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate, come outcome, output, attività, efficienza, efficacia, comportamenti);
c) confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto a organizzazioni simili e attività standard);
d) fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile rispetto all'arco temporale di riferimento);
e) affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedono tali caratteristiche.

Gli obiettivi sono definiti in genere entro i primi mesi dell'anno e nel loro insieme costituiscono il Piano della Performance, dell'Istituto. Nel corso dell'anno gli obiettivi e/o gli indicatori e/o i target possono essere variati anche se indicazione dell'OIV, previa valutazione della Direzione Aziendale.

### 2) Target

Un target è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, cioè il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato da un indicatore.

Tipicamente questo valore è espresso in termini di livello di rendimento entro uno specifico intervallo temporale.

Il target rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento.

Affinché questo avvenga, però, è necessario che:

- il target sia ambizioso, sfidante, ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, le abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi;
- il target sia quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori;
- siano presenti meccanismi di retroazione per dimostrare i progressi ottenuti rispetto al target;
- siano previste forme di riconoscimento;
- sia supportato da parte dei superiori e/o vertici organizzativi;
- il target sia accettato dall'individuo o dal gruppo incaricato di raggiungerlo.

L'assegnazione di obiettivi e l'individuazione degli indicatori correlati per la misurazione dei risultati presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione. Gli obiettivi caratterizzati da indicatori numerici (n° prestazioni, tassi, ecc.) sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo, definendo un eventuale margine di tolleranza rispetto al target atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi pienamente raggiunto.

La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Aziendale. La misurazione della performance organizzativa viene, quindi, effettuata come sommatoria dei pesi misurati secondo i criteri di valutazione di ciascun obiettivo.

### 3) Infrastruttura di supporto

Il sistema di misurazione e valutazione della performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

Il supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è garantito dalle Attività integrate di segreteria. La Segreteria dell'OIV si deve interfacciare, quindi, con le altre strutture organizzative dell'Istituto che consentono la realizzazione del sistema: si tratta quindi di coordinarsi con tali soggetti ed anche individuare opportune regole per l'acquisizione delle informazioni necessarie alla misurazione ed alla valutazione degli obiettivi, anche ad impulso delle rilevazioni, delle elaborazioni e delle trasmissioni dei dati nelle scadenze più opportune per i compiti dell'OIV. Le strutture con quali si deve interfacciare la Segreteria dell'OIV sono quelle che in Istituto si occupano di Budget e Controllo di Gestione, di Sistemi Informativi, di Gestione del personale e dei sistemi di incentivazione, di prevenzione della corruzione, di trasparenza; possono essere di riferimento anche le strutture di staff che si occupano di qualità, di risk management, di customer satisfaction, di relazioni e rapporti con il pubblico, di epidemiologia e di statistica sanitaria.

## ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI BUDGET

La Direzione Aziendale, dopo aver valutato l'andamento delle attività e dei costi aziendali complessivi dell'esercizio in corso e tenendo in considerazione i vincoli economici definiti a livello nazionale e regionale, definisce le linee strategiche di programmazione per l'anno successivo. Sulla base degli obiettivi strategici aziendali sono definiti gli obiettivi operativi per ciascuna struttura nonché i relativi indicatori, valori attesi e pesi e vengono redatte le schede di budget che rappresentano la proposta da negoziare con ciascun direttore di struttura.

Una volta predisposta la proposta di budget per l'anno successivo viene effettuata una stima degli effetti economici, in termini di minori/maggiori costi e ricavi, legati agli obiettivi di budget definiti e viene redatto quindi il bilancio preventivo.

## LA NEGOZIAZIONE DEL BUDGET

La Direzione Aziendale negozia con i Direttori di struttura, attraverso appositi incontri, gli obiettivi da raggiungere nonché i relativi indicatori, valori attesi e pesi. Il processo di negoziazione termina con la sottoscrizione della scheda di budget da parte di ciascun direttore di struttura. Questi, una volta sottoscritta la scheda di budget, deve portare a conoscenza degli obiettivi assegnati tutto il personale della struttura declinandoli in specifiche azioni da porre in essere allo scopo di realizzare il raggiungimento degli obiettivi stessi nel rispetto delle risorse assegnate e degli standard di qualità attesi.

## IL MONITORAGGIO INFRANNUALE DEL BUDGET

Il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi dei CdR viene effettuato trimestralmente a cura della S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti e comunicato ai Direttori dei CdR e alla Direzione Aziendale al fine di garantire le sinergie necessarie alla efficienza ed efficacia organizzativa.

Sono previsti meccanismi di retroazione nei casi di situazioni di comprovata criticità che possano recare pregiudizio al raggiungimento degli obiettivi, e che portano all'adozione, condivisa con la Direzione Aziendale, di eventuali iniziative da intraprendere per favorire il raggiungimento dell'obiettivo, oppure alla revisione dell'obiettivo stesso nel caso sia provata l'impossibilità del raggiungimento dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

## LA VERIFICA FINALE DEL BUDGET: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La valutazione finale dei risultati di budget o di performance organizzativa delle articolazioni organizzative aziendali è attestata dal Direttore Generale sulla base delle schede predisposte dalla S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti e validata in seconda istanza dall'OIV. La Segreteria dell'OIV costruisce l'istruttoria con la documentazione, trasmessa dalla S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti, su tutti gli obiettivi assegnati a ciascun CdR. La valutazione conclusiva annuale ha effetto ai fini del riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante sia della dirigenza sia del comparto sulla base dell'afferenza a ciascun CdR.

In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle struttura e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento finale di ciascuna struttura può variare da 0% a 100% .

La valutazione della performance aziendale nel suo complesso, invece, compete all'Assessorato Regionale con il supporto del Laboratorio Mes.

L'OIV, ai sensi dell'art.14, comma 6 del D.Lgs. 150/2009, è chiamato a validare la Relazione sulla Performance.

Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti a livello di singolo CdR rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse a disposizione, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

## IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema di valutazione della performance individuale è finalizzato alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate e tende a:

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;

- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

Il Sistema prevede:

a) l'attribuzione di obiettivi individuali e/o d'équipe;
b) la valutazione individuale del superiore gerarchico;
c) le procedure di conciliazione.

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

- la prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o d'équipe (limitata al personale dirigente);
- i comportamenti e le competenze organizzative, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa dentro l'organizzazione.

**Attribuzione di obiettivi individuali e/o di équipe**

La definizione degli obiettivi individuali e/o di équipe avviene ad esito della negoziazione di budget, essendo strettamente legati a quelli della struttura. Essi sono attribuiti in tempi adeguati, secondo la tempistica prevista, qualora necessario, perfezionati a seguito di verifica intermedia.

Compito dei responsabili di struttura e dei ruoli gestionali di responsabilità e coordinamento è l'assegnazione di obiettivi individuali e/o di équipe ai propri collaboratori, secondo i principi di seguito specificati.

L'assegnazione tiene conto delle attività, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti, delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità, in modo che il peso degli aspetti gestionali - organizzativi, a fronte di quelli più strettamente tecnico-professionali, sia proporzionalmente collegato al ruolo effettivamente svolto.

Per quanto riguarda, in particolare, i dirigenti con incarico di direzione di struttura, obiettivi di struttura e obiettivi individuali, di fatto, possono coincidere.

**La scheda di valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative**

Sono definite apposite schede di valutazione individuale per le seguenti figure:

a) Dirigenti
b) Comparto/Posizioni organizzative

Ogni dimensione della valutazione è pesata in relazione alla sua importanza; ai parametri che la declinano ed è associato un valore che ne indica il grado di raggiungimento. La sommatoria dei pesi teorici attribuiti alle singole dimensioni è pari a 100. In base ai criteri di seguito indicati

Rispetto ad ogni parametro di valutazione, il valutatore formula un giudizio – espresso in un coefficiente numerico indicante il grado di possesso dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato - utilizzando schede appositamente predisposte (una valida per la dirigenza e per il personale del comparto con posizione organizzativa ed una per il restante personale del comparto, utilizzata ai fini della progressione orizzontale).

**SCHEDA VALUTAZIONE DEL DIRIGENTE/PO**

| CRITERI | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Produttività | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Capacità di relazione interna e esterna | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Problem-solving e capacità propositiva | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Attenzione alle procedure | 1 | 2 | 3 | 4 |

*Legenda:*
1 = insufficiente (10)
2= sufficiente (15)
3= buono (20)
4= ottimo (25)
Pesatura_____/100

Rispetto ad ogni parametro di valutazione, il valutatore formula un giudizio – espresso in un coefficiente numerico indicante il grado di possesso dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato - utilizzando schede appositamente predisposte.

**SCHEDA di VALUTAZIONE AI FINI DELLA PROGRESSIONE ORIZZONTALE**

**ANNO _____**

**(PERSONALE del COMPARTO)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** | | | |
| **VALUTATORE** | | **QUALIFICA** | |
| **VALUTATO** | | **QUALIFICA** | |

**CRITERI PER LA VALUTAZIONE** (4=INSUFFICIENTE (40); 6=SUFFICIENTE (60); 8=BUONO (80); 10=OTTIMO (100))

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a) Rispetto dei tempi e delle scadenze dei compiti assegnati (realizzabili) | 4 | 6 | 8 | 10 |
| b) Disponibilità al cambiamento tecnologico | 4 | 6 | 8 | 10 |
| c) Disponibilità alla formazione e all'aggiornamento professionale | 4 | 6 | 8 | 10 |
| d) Capacità di rapporto con l'utenza (esterna/interna) | 4 | 6 | 8 | 10 |
| e) Conoscenza e visione dell'Azienda ampia e panoramica | 4 | 6 | 8 | 10 |
| f) Apertura a nuove soluzioni e nuovi modi di lavorare | 4 | 6 | 8 | 10 |
| g) Capacità di iniziative valide e efficienti | 4 | 6 | 8 | 10 |
| h) Capacità di accettare e condividere l'innovazione e il cambiamento aziendale/organizzativo | 4 | 6 | 8 | 10 |
| i) Attenzione alla soddisfazione degli utenti (pazienti/cittadini/dipendenti) | 4 | 6 | 8 | 10 |
| l) Supporto dell'immagine e delle decisioni aziendali verso l'esterno | 4 | 6 | 8 | 10 |

**GIUDIZIO COMPLESSIVO DETTAGLIATO E MOTIVATO**

**OTTIMO 100/100** (punteggio 100) o **TENDENTE ALL'OTTIMO ____/100** (punteggio compreso tra 81 e 99):

_____

_____

**BUONO 80/100** (punteggio 80) o **TENDENTE AL BUONO ____/100** (punteggio compreso tra 61 e 79):

_____

_____

**SUFFICIENTE 60/100** (punteggio 60) o **TENDENTE AL SUFFICIENTE __/100** (punteggio compreso tra 41 e 59):

_____

_____

**NON SUFFICIENTE 40/100** (punteggio 40):

_____

_____

**Data _____ Firma Valutatore _____ Firma Valutato_____**

| VALUTATO | VALUTATORE |
|---|---|
| DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA<br><br>DIRIGENTI<br><br>POSIZIONI ORGANIZZATIVE | DIRETTORE SANITARIO/AMMINISTRATIVO/DIRETTORE GENERALE<br><br>DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA<br><br>DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA/DIRETTORE AMMINISTRATIVO |
| PERSONALE COMPARTO | DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA |

| | |
|---|---|
| SUPPORTO METODOLOGICO | ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE |

## LE FASI

Il processo di valutazione della performance individuale si realizza secondo le seguenti fasi, anche se qualche singola fase può subire degli sfasamenti temporali.

| PERIODO | AZIONI | ATTORI COINVOLTI |
|---|---|---|
| GENNAIO-MARZO (anno corrente) | Assegnazione obiettivi | Valutati - valutatori |
| GENNAIO-DICEMBRE (anno corrente) | Verifica intermedia | Valutati - valutatori |
| MARZO-GIUGNO (anno successivo) | Valutazione finale | Valutati – valutatori |
| GIUGNO-AGOSTO (anno successivo) | Verifica di seconda istanza | Direzione Aziendale - OIV |

## IL VALUTATORE DI PRIMA ISTANZA

La valutazione di prima istanza viene effettuata dal soggetto avente diretta conoscenza e controllo dell'attività del valutato, quindi dal superiore gerarchico.

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato presti la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui il valutato ha prestato l'attività prevalente in termini temporali, coadiuvato dagli altri Responsabili.

Nel caso in cui, in corso d'anno, la responsabilità di una struttura sia stata assegnata a diversi soggetti, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31.12 dell'anno a cui si riferisce la valutazione in accordo con il precedente responsabile.

Il processo valutativo deve essere ispirato alla massima trasparenza sugli obiettivi e sui criteri di valutazione.

La valutazione dei comportamenti organizzativi deve favorire un feedback adeguato rispetto ai comportamenti più rilevanti del valutato ed un dialogo ampio e aperto fra questi ed il valutatore, poiché la valutazione non serve a "dare un voto", ma in primo luogo a favorire processi di miglioramento e sviluppo.

## IL VALUTATORE DI SECONDA ISTANZA

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verifica la correttezza dell'intero processo di misurazione e valutazione e valida la Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, certificando i risultati organizzativi conseguiti e gli esiti del processo valutativo.

Con le procedure per esso previste, l'OIV effettua la valutazione di seconda istanza nei casi di valutazione negativa.

## EFFETTI DELLA VALUTAZIONE

La valutazione della performance è la condizione inderogabile per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva per il miglioramento dei servizi (in quest'ultimo caso nei limiti della quota individuata a tale scopo in sede di contrattazione integrative aziendale).

Le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale di ciascun dipendente.

Per i dirigenti, in particolare, concorrono a costituire la documentazione di base per la valutazione delle attività professionali svolte dai Collegi Tecnici, ai sensi del CCNL vigente.

## LE STRATEGIE DI SVILUPPO NEL TRIENNIO

Le iniziative strategiche previste dall'Istituto sono le seguenti:

### a) Governo e gestione delle attività di screening oncologico

La nuova legge regionale che ha coinvolto l'Istituto in un grosso processo di riorganizzazione e di riallocazione di funzioni anche di carattere regionale, prevede l'attivazione di forme di afferenza a ISPRO delle risorse umane che operano, all'interno dell'Aziende USL Toscana Centro, Toscana Nord e Toscana Sud, con compiti di responsabilità a livello organizzativo, valutativo e clinico degli screening oncologici.

Obiettivi e azioni correlate alla realizzazione del governo della gestione delle attività di screening oncologico sono:

- Attivazione del sistema Ris;
- Anagrafe aziendale;
- Estensione screening ex ASL 10 al 100%, al netto degli inviti inesitati;
- Posizionamento dei tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico, tra i primi 3 risultati migliori del Report CRRPO;
- Effettuazione delle attività di screening oncologico per l'intera AUSL Toscana Centro;
- Estensione dello screening mammografico alle cittadine residenti dai 45 ai 74 anni di età;
- Progettualità per attuare la centralizzazione delle mammografie di screening presso ISPRO. In ambito di screening mammografico questo obiettivo si sostanzia nella proposta di realizzazione di una rete regionale informatizzata delle immagini digitali di screening mammografico e nella promozione di un sistema organizzativo e di gestione dell'intero processo di screening che utilizzi le potenzialità offerte dall'innovazione tecnologica.

### b) Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica e centralizzazione HPV

**- Centralizzazione HPV:** ai sensi delle DGRT n. 1235/2012, n. 1049/2012, n. 741/2014 e della DRGT n. 1242/2014 che recepisce il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 nonché delle indicazioni dall'Assessorato, le Aziende USL toscane sono chiamate all'implementazione del test HPV primario rivolto alle donne residenti nel territorio regionale di età compresa tra i 34 ed i 64 anni, aderendo ai cronoprogrammi definiti nei succitati documenti. L'Istituto ha proceduto ad organizzare l'implementazione nei singoli territori condividendo con gli operatori locali criteri, modalità e tempi per l'integrazione con il Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica. Nel 2018 l'obiettivo dell'applicazione di quanto previsto dalle suddette delibere regionali è stato raggiunto per 10 ex Aziende USL regionali. Nel 2019 sono entrate nel programma regionale, come fase pilota, anche le restanti 2 ex Aziende USL regionali e, una volta ultimate nei primi mesi del 2020 le implementazioni dei sistemi informatici da parte di ESTAR, il programma con HPV sarà attivato su tutta la regione. Nel 2020-2021-

2022 dovranno essere definite le modalità di gestione degli inviti per il secondo round di screening e modalità di aumento dell'adesione.

**- Implementazione del nuovo gestionale di anatomia patologica:** l'utilizzo del nuovo applicativo si pone in relazione con il ruolo regionale del laboratorio di prevenzione oncologica, permettendo una integrazione secondo gli standard regionali dei flussi informatici di dati e la tracciabilità di tutte le fasi del processo e adeguamento alla firma digitale dei referti.

**- Sistema qualità del laboratorio: a**nalisi e sviluppo di un sistema di gestione della qualità del laboratorio secondo i criteri dell'accreditamento volontario previsti dalla norma ISO 15189.

**- Centro di riferimento regionale per analisi citologica sieroma:** come da DGRT 515 del 16.04.2019 e relativo decreto, presso il Laboratorio regionale di prevenzione oncologica ISPRO vengono centralizzati tutti i prelievi effettuati dalle Breast Unit toscane in merito alla sorveglianza delle protesi mammarie testurizzate. Tale percorso, avviato nel 2019, prevede oltre all'analisi citologica dei campioni e la gestione di un apposito database, l'interfaccia con l'Anatomia Patologica della AOU Senese ed il settore regionale competente.

**- Riassetto logistico del Laboratorio di Ricerca addotti al DNA, HPV e biomarcatori**: il progetto prevede il trasferimento del Laboratorio di Ricerca da Villa delle Rose presso alcuni locali degli spazi del padiglione 27 b (cubo 3) concessi in comodato da AOU Careggi a ISPRO e vedrà impegnati, oltre la S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica, molti Uffici e Strutture dell'Istituto, sia per quanto riguarda aspetti igienico-sanitari ed organizzativi che tecnico-amministrativi, ognuno per quanto di propria competenza, nonché il coordinamento di ditte esterne, di ESTAR e dell'Area Tecnica della AOU Careggi.

**c)Progettualità per l'organizzazione dello screening dell'alto rischio genetico di Area Vasta**

Accanto ai programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del seno, ISPRO ha messo a punto e sta ulteriormente perfezionando, un percorso per uno dei fattori di rischio più rilevanti, anche se raro, di sviluppare questo tipo di patologia: la familiarità, vale a dire la presenza all'interno della stessa famiglia (materna e/o paterna) di casi di individui con tumore della mammella o dell'ovaio, o con entrambi.
Il percorso per la gestione dell'alto rischio prevede:

1. un ambulatorio di I° livello (Triage);
2. un ambulatorio di II° livello (Consulenza Genetica ed eventuale test) di Area Vasta;
3. l'effettuazione del test genetico;
4. la consulenza genetica post-test;
5. i percorsi di sorveglianza

**d) Riabilitazione Oncologica**

Il PISSR 2012-2015 (approvato con Delibera Consiglio Regionale del 5 novembre 2014, n. 91) stabilisce che la funzione di riabilitazione oncologica, collocata presso l'Istituto, debba coordinare e promuovere la diffusione di questo tipo di offerta nei percorsi oncologici.
In tal senso ISPRO si propone di elaborare uno specifico progetto di Area Vasta ed un altro di valenza regionale che, tra l'altro, facciano chiarezza sulle attività di riabilitazione acuta, propria delle Breast Unit e quella post acuta e di mantenimento, proprie di strutture territoriali come il Centro di riabilitazione oncologica dell'Istituto.

**e) Progetto di attivazione presso l'Istituto, coordinato con AUSL Toscana Centro e AOU Careggi, di un centro di diagnosi precoce e controllo delle lesioni precancerose**

La diagnosi precoce delle lesioni precancerose e del carcinoma ha un'importanza fondamentale per la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti.
Si prevede l'attivazione presso ISPRO, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, di un ambulatorio per la prevenzione e la diagnosi precoce del carcinoma e delle lesioni precancerose della mucosa orale.
Tale attività costituirà un primo avvio di un progetto più ampio, che prevede la realizzazione presso ISPRO di un centro di area vasta per la diagnosi precoce e il controllo delle lesioni precancerose, coordinato con AUSL Toscana Centro e AOU Careggi.

**f) Dematerializzazione delle ricette**

In linea con le indicazioni regionali proseguirà anche per l'anno 2020 il percorso di dematerializzazione delle ricette per la farmaceutica e per la specialistica.

**g) Nuovo Sistema Informativo Aziendale e Centralizzazione dello stesso**

Le attività strategiche per la centralizzazione del Sistema Informativo di ISPRO sono le seguenti:

- Costituzione del Gruppo Operativo per l'analisi dei processi propedeutica alla definizione della strategia e dell'architettura di sistema;
- Implementazione del RIS-PACS;
- Implementazione dei nuovi sistemi verticali in ambito sanitario (SW Screening, SW Anatomia Patologica, SW CUP di II livello per l'accettazione, gestionali registro mortalità, registro tumori e cartella clinica);
- Implementazione dei nuovi sistemi verticali in ambito amministrativo (SW gestione delibere);
- Progressiva dismissione dei programmi in cobol assicurando il mantenimento ed il corretto e puntuale funzionamento dei flussi regionali e ministeriali e l'alimentazione di un data warehouse interno;
- Aggiornamento delle postazioni di lavoro in dotazione all'Istituto.

**h) Il percorso attuativo di certificabilità (PAC)**

Con le DGRT n. 478/2013, n. 719/2016 e n. 1199/2016 la Regione Toscana ha definito il percorso attuativo di certificabilità (PAC) del Servizio Sanitario Regionale in conformità del DM Salute del 01.03.2013, includendo nel percorso anche ISPRO.
L'Istituto dovrà realizzare quanto previsto del Piano Attuativo di Certificabilità adottato con delibera del Direttore Generale n. 312/2017, in particolare per quanto riguarda l'effettuazione del piano degli audit dei controlli interni previsti per l'anno 2020 nonché la manutenzione/integrazione delle procedure contabili-amministrative.

**i) Trasferimento e centralizzazione presso Villa delle Rose della S.C. Senologia Clinica**

All'interno di un più ampio progetto di centralizzazione delle attività collocate presso sedi esterne a Villa delle Rose, la S.C. di Senologia Clinica, attualmente ubicata presso il Polo Materno Infantile della AOU Careggi, sarà trasferita presso una nuova sede, identificata negli spazi delle "ex sale operatorie Life Cronos", all'interno di Villa delle Rose, al piano interrato del presidio. Il processo di centralizzazione della S.C. vedrà impegnati molti Uffici e Strutture dell'Istituto, sia per quanto riguarda aspetti igienico-sanitari ed organizzativi che tecnico-amministrativi,

ognuno per quanto di propria competenza, nonché il coordinamento di ditte esterne, di ESTAR e dell'Area Tecnica della AOU Careggi, coinvolte sia in fase di progettazione che di realizzazione del progetto.

**l) <u>Riassetto logistico della S.S. Registro Tumori</u>**

La S.S. Registri Tumori, che afferisce alla S.C. Epidemiologia Clinica e di Supporto al Governo Clinico, sarà trasferita da Villa delle Rose presso alcuni locali degli spazi del padiglione 27 b (cubo 3) concessi in comodato da AOU Careggi a ISPRO. Tale processo vedrà impegnati molti Uffici e Strutture dell'Istituto, sia per quanto riguarda aspetti sanitari-organizzativi che tecnico-amministrativi, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali e nazionali, anche in tema di privacy, per questa specifica tipologia di attività (DGRT n.1292 del 21.10.2019).

## GLI OBIETTIVI STRATEGICI ANNO 2020

In attesa della individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale da parte della Regione Toscana, si elencano, riproponendoli, gli obiettivi della Delibera n. 1479 del 21.12.2018 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019".

### Articolazione obiettivi ed indicatori

| CATEGORIE | FONTE | CODICE | INDICATORE | SOGLIA INDICATIVA |
|---|---|---|---|---|
| RICERCA | MES/RT | B.15.1.1. | Field weighted citation impact (FWCI) per dirigenti | Valutazione >3 |
| RICERCA | MES/RT | B.15.2.1. | % dirigenti medici produttivi | Valutazione >3 |
| RICERCA | MES/RT | B.15.5 | Sperimentazione clinica | Valutazione >3 |
| ONCOLOGIA | NSG | H02Z | Quota di interventi per tumore maligno della mammella seguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui | > 90 |
| ONCOLOGIA | NSG | PDTA06 | Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna) | >66,48% |
| ONCOLOGIA | NSG | PDTA07 | Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo | >84% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto) | |
| ONCOLOGIA | NSG | PDTA08 | Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute(PDTA Tumori operati del colon e del retto) | >64,66% |
| ONCOLOGIA | NSG | PDTA09 | Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto) | >72,88% |
| ONCOLOGIA | NSG | PDTA010 | Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto) | 75,51% |
| ONCOLOGIA | MES | C10c | Tempi di attesa chirurgia Oncologica | >30% |
| ONCOLOGIA | MES | C10.5 | Utilizzo dei biomarcatori tumorali in soggetti non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica | 352 |
| ONCOLOGIA | MES | C10.2.2 | Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella | 57 |
| ONCOLOGIA | NSG | C10.2.1 | Percentuale di interventi conservativi onippleeskinsparing sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella | 75 |
| INDICATORI DI SISTEMA | MES | C22.4 | % di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza | 30% |
| INDICATORI DI SISTEMA | MES/RT | | Programmazione formazione ECM | >3% |
| INDICATORI DI SISTEMA | LEA | | Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate (elenco errori da note questionario LEA) | <=1,2 |
| FINE VITA | NSG | D32Z | Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o | <25% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica. | |
| FINE VITA | GRIGLIA LEA | 11 | Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) | 1,08 |
| FINE VITA | MES | C28.2 | Percentuale di ricoveri hospice con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg | VALUTAZIONE >3 |
| FARMACEUTICA | NSG | D14C | Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici | 16,5 DDD PER 1000 ABITANTI DIE |
| ESITI | ARS | PROSE | Intervento per tumore al colon, rischio di morte a 30 giorni | Mantenimento /miglioramento |
| ESITI | ARS | PROSE | Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia | Mantenimento/ miglioramento |

Si specifica che, per la categoria di obiettivi legati all'oncologia, ISPRO riveste un ruolo di coordinamento della rete oncologica regionale e pertanto il raggiungimento dei singoli obiettivi è da intendersi legato alle azioni di governance in ambito oncologico del Comitato Tecnico (redazione di documenti e linee guida, predisposizione di atti regionali approvati dai settori competenti, opere di monitoraggio, ecc…).
Per quanto riguarda gli obiettivi legati al fine vita, fermo restando la volontà e la disponibilità del Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici ad eventuali azioni di sinergia e collaborazione con il Comitato Strategico di coordinamento della rete regionale delle cure palliative, che ha sede presso la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, si rimanda a quest'ultimo il raggiungimento o meno di obiettivi legati ad azioni di governance sul tema del fine vita.

## OBIETTIVI OPERATIVI

Sulla base degli obiettivi strategici vengono definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2020 nonché i relativi indicatori e valori attesi inseriti nel Budget aziendale dell'Istituto.

Di seguito il modello di scheda budget.

**ALLEGATO A – SCHEDA DI BUDGET**

BUDGET 20XX

**CdR: S.C./S.S./Coordinamento**

**Responsabile: Dott. /Dott.ssa**

| OBIETTIVI 20XX | Peso % | Resp/Coin | Obiettivo specifico | Azioni | Indicatore | Scostamento obiettivo/ monitoraggio al XX.XX.20XX |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Delibera G.R.T. N. xx/20xx** | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| STRATEGIE REGIONALI | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| OBIETTIVI AZIENDALI | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTALE | | | | | | |