

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2021-2023

Approvato con deliberazione del Direttore Generale
n. 29 del 29/01/2021

Gruppo di redazione: Monica Di Stasio, Federico Diddi, Vieri Gambassi, Cristina Gheri, Barbara Mengoni, Tecla Orlando, Tommaso Tanini, Manola Turci

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Cristina Gheri	Responsabile S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche	28/01/2021	
VERIFICA		Referente Qualità e Accreditamento Istituzionale		
APPROVAZIONE	Gianni Amunni	Direttore Generale		

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'allocatione 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 2021-2023, 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 2021-2023 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.

1. MISSION ISTITUZIONALE

La finalità dell'Istituto 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.

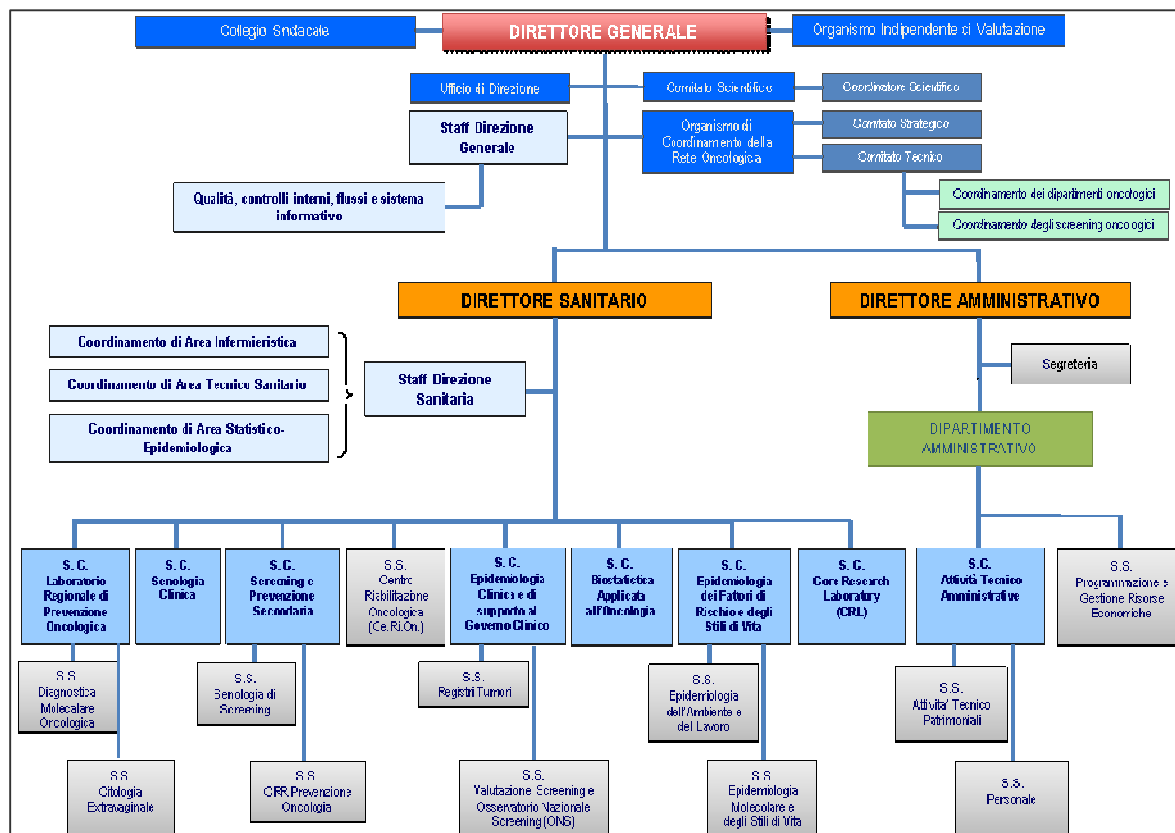
2. ANALISI DI CONTESTO

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 programmatico, 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";
- DGRT n. 141/2020 Sistema di valutazione delle Performance delle Aziende ed enti del SSR Anno 2020.

Con delibera del Direttore Generale n. 11 del 13/01/2020 è stato modificato/integrato l'organigramma dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica come di seguito riportato.



3. L'ISTITUTO IN CIFRE

3.1 Il personale dipendente

Tabella 1 - Personale dipendente al 31.12.2020 e confronto con 31.12.2019

Ruolo/area contrattuale	31/12/2020	31/12/2019
SANITARIO	117	108
Dirigenza medica e veterinaria	31	31
Dirigenza non medica	23	17
Comparto	63	60
PROFESSIONALE	0	0
Dirigenza	0	0
Comparto	0	0
TECNICO	6	7
Dirigenza	0	0

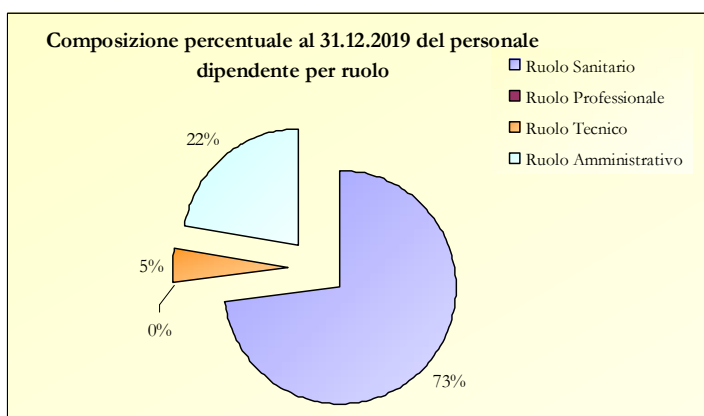
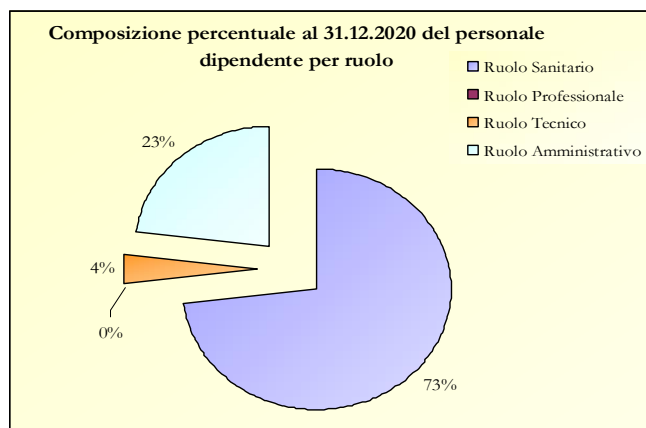
	Comparto	6	7
AMMINISTRATIVO		37	33
	Dirigenza	4	4
	Comparto	33	29
	TOTALE	160	148

Fonte: S.S. Risorse Umane

Grafico 1 – Composizione percentuale del personale dipendente suddiviso per ruolo

1a) composizione al 31.12.2020

1b) composizione al 31.12.2019



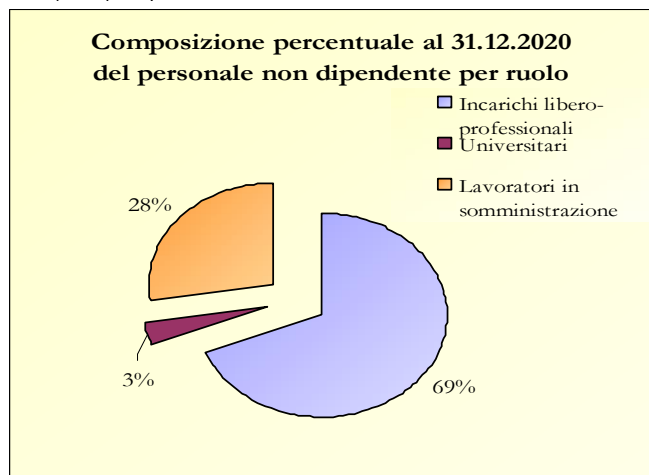
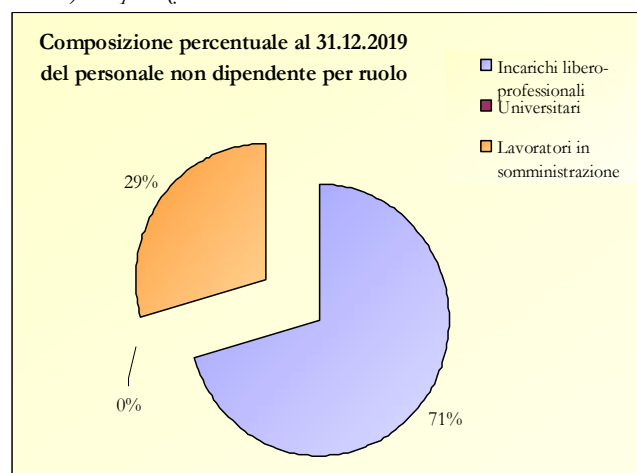
Dal raffronto degli anni 2020 e 2019 emerge un incremento del personale dipendente dovuto alla necessità di implementare e rafforzare le attività di alcune Strutture dell'Istituto con particolare riguardo il Laboratorio e l'Amministrazione.

3.2 Il personale non dipendente

Tabella 2 - Personale non dipendente al 31.12.2020 e confronto con 31.12.2019

Personale non dipendente	31/12/2020	31/12/2019
INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI	20	24
UNIVERSITARI	1	0
LAVORATORI IN SOMMINISTRAZIONE	8	10
TOTALE	29	34

Fonte: S.S. Personale

Grafico 2 – Composizione percentuale del personale non dipendente suddiviso per ruolo
1a) composizione al 31.12.2020

1b) composizione al 31.12.2019


Per quanto riguarda il personale non dipendente rapportando l'anno 2020 al 2019 si evidenzia una riduzione nell'utilizzo di questa tipologia a seguito delle assunzioni effettuate tramite procedure concorsuali.

Non si prevedono incrementi del personale interinale.

3.3 L'andamento del personale dipendente e non nel periodo 2020-2022

E' in fase di prossima adozione il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2020-2022 in cui sono previste le seguenti cessazioni ed assunzioni:

- nel 2020 n. 8, di cui 3 dirigenti sanitari (2 medico e 1 biologo), 1 operatore sociosanitario, 3 collaboratori professionali sanitari (1 infermiere e 2 assistente sanitario) e 1 ausiliario specializzato;
- nel 2021 n. 3, di cui 2 dirigenti sanitari (medico e biologo) e 1 operatore socio sanitario;
- nel 2022 n. 3 dirigenti sanitari (1 medico e 2 biologi).

Nel corso del 2021, data la sussistenza dei requisiti di legge, si prevede di portare a compimento i percorsi di stabilizzazione di n. 2 unità di personale Comparto non Sanitario – Collaboratore Amministrativo Professionale Statistico.

Si prevede una riduzione progressiva nell'utilizzo di unità di personale libero professionale e somministrato. Questa riduzione sarà attuata attraverso la gestione delle procedure concorsuali attivate presso ESTAR per il reperimento di profili professionali per i quali è previsto un reale fabbisogno.

L'andamento sopra esposto è coerente con gli obiettivi ed i vincoli della programmazione regionale e con la previsione del limite di spesa di personale di cui all'art. 11 D.L. 30/04/2019, n. 35, conv. in L. 25/06/2019, n. 60, così come interpretato dalla circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze MEF – RGS-Prot. 179877 del 01/09/2020 – U, e condivisa dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 22/10/2020.

3.4 I volumi di attività Anno 2020 e 2019

N° di rispondenti (I° livello)	Anno 2019	Anno 2020	Diff. Assoluta 2020-2019	Diff. % 2020-2019
Screening mammografico	51.664	49.388	-2.276	-4%
Screening citologico	33.575	34.404	829	2%
Screening coloretale	60.761	39.915	-20.846	-34%
TOTALE	146.000	123.707	-22.293	-15%

Fonte Dati: Sistema Informativo Aziendale

Volumi	Anno 2019	Anno 2020	Diff. Assoluta 2020-2019	Diff. % 2020-2019
N° approfondimenti (II° livello)	31.200	23.414	-7.786	-25%

Fonte Dati: Sistema Informativo Aziendale

Volumi	Anno 2019	Anno 2020	Diff. Assoluta 2020-2019	Diff. % 2020-2019
Screening citologico centralizzato con test HPV primario	106.206	96.145	-10.061	-9%

Fonte Dati: Sistema Informativo Aziendale

Volumi	Anno 2019	Anno 2020	Diff. Assoluta 2020-2019	Diff. % 2020-2019
Volumi prestazioni specialistiche extra-screening	45.182	39.510	-5.672	-13%

Fonte Dati: Sistema Informativo Aziendale

3.5 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 - 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): 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. 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. 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 e 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, sovradignosi) 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.
Appropriatezza economica del percorso integrato di cura - EPICA	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 efficaci 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: 1. mappare i bisogni prioritari di salute, in termini di carichi di morte prematura e disabilità precoce per le patologie croniche, e per specifici fattori di rischio, nelle popolazioni delle Regioni partner. 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. 3. selezionare gli interventi di prevenzione efficaci per i problemi di salute identificati come prioritari 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 disuguaglianze di salute. 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 disuguaglianze di salute.
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 (endoscopisti 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. 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. 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.
Role of Hedgeho signalin in melanoma immune response	Il progetto ha come obiettivi di: a) Capire come la via segnalazione Hedgehog promuove proprietà immunosoppressive nel melanoma e testare se la sua inibizione, utilizzando un nuovo antagonista di SMO, è in grado di riprogrammare il microambiente tumorale e ridurre la crescita tumorale e la formazione di metastasi. b) Esplorare il ruolo dell'asse ST3GAL1-AXL nell'immunosoppressione mediata da Hedgehog. c) Indagare il meccanismo attraverso cui la via di segnalazione Hedgehog regola la funzione di CD47 nel favorire l'evasione di cellule di melanoma dalla fagocitosi da parte dei macrofagi.
Pre-clinical Development and Characterization of GLI-selective therapeutics for Treatment of Basal Cell Carcinoma and Melanoma – GLI SELTHER	Il progetto prevede di effettuare una completa caratterizzazione preclinica di nuovi e potenti antagonisti di GLI1 e di identificare il miglior candidato per il trattamento del carcinoma basocellulare (BCC) avanzato e del melanoma per futuri studi clinici. Lo sviluppo di terapie selettive per il pathway di Hedgehog si è focalizzato sul recettore Smoothened (SMO). Tuttavia, gli inibitori di SMO inducono resistenza e non sono efficaci nei tumori GLI-dipendenti causati dall'attivazione non canonica del pathway di Hedgehog. Pertanto inibitori di Hedgehog che agiscono a valle di SMO e sopprimono direttamente la funzione di GLI potrebbero aggirare queste limitazioni e rappresentare un approccio terapeutico innovativo per il trattamento di tumori dipendenti da Hedgehog. Il progetto prevede di: a) Caratterizzare i potenziali inibitori di GLI1 selezionati durante lo screening preliminare e determinare le loro proprietà farmacocinetiche; b) Investigare il meccanismo di azione degli inibitori di GLI e confermare la loro specificità per GLI1 e GLI2; c) Confrontare l'efficacia del composto migliore ("hit compound") con altri antagonisti di GLI1/2 in un modello murino di carcinoma basocellulare (BCC) e melanoma.
Role of vaginal microbiota in human papillomavirus clearance and persistence– VAMP	Il progetto ha come obiettivo lo studio di marcatori molecolari (genotipizzazione HPV, metilazione di alcuni geni umani e virali, p16INK4A), microbiota vaginale e citochine in campioni cervico vaginali prelevati da donne afferenti al programma di screening Il progetto prevede di: 1.valutare l'efficacia dei marcatori molecolari (genotipizzazione HPV, metilazione di alcuni geni umani e virali, p16INK4A) e la loro accuratezza trasversale e longitudinale per stratificare le pazienti in base al rischio attuale e futuro di hgCIN 2.valutazione della possibile associazione tra infezione da HPV, composizione del microbiota vaginale e citochine in campioni cervico vaginali- 3.confrontati i risultati dei campioni autoprelevati vs prelevati da clinici eseguiti

	contestualmente e i risultati delle analisi molecolari eseguite sull'auto campionamento rispetto al prelievo effettuato dall'ostetrica.
Developmental and epileptic encephalopathies: epidemiology, comorbidities, molecular diagnosis, personalized management, and costs analysis. - DECODE-EE	Il progetto ha come obiettivo generale quello di migliorare le conoscenze relative allo spettro fenotipico delle encefalopatie evolutive ed epilettiche (DEEs), raccogliendo e caratterizzando a livello clinico, neurobiologico e neuro anatomico un'ampia corte di pazienti seguiti in tre ospedali pediatrici di riferimento in Toscana (Firenze, Pisa e Siena). Nell'ambito del progetto, sarà inoltre sviluppato il primo registro regionale per le DEEs, che sarà strumentale al fine di chiarire aspetti epidemiologici (incidenza e prevalenza), caratteristiche cliniche, comorbidità e impatto dei differenti sottogruppi di DEEs. In prospettiva, il registro regionale permetterà di condurre studi epidemiologici e di follow-up, valutazioni prospettiche in pazienti a rischio aumentato di sviluppare patologia tumorale, e stime dei costi correlati a queste condizioni. Nell'ambito del presente progetto sarà inoltre sviluppato un protocollo diagnostico molecolare focalizzato sui mosaicismi volto a migliorare la resa diagnostica in pazienti in cui l'analisi genetica convenzionale non è stata dirimente, e a identificare mutazioni con basso livello di mosaicismo nei genitori di pazienti con mutazioni presenti de novo. Infine, un obiettivo del presente progetto è quello di espandere le conoscenze sui meccanismi fisiopatologici alla base del sottogruppo delle DEEs associate a disregolazione della via mTOR in modelli cellulari e animali
Planning and implementation of a structured Regional Programme for the Identification and Management of Individuals at High Risk for Cancer: a Pilot Project for Heredo-Familial Breast/Ovarian Cancer – PART	L'obiettivo è quello di sviluppare materiali specifici e procedure standard efficaci per avviare un Programma regionale ben strutturato per l'individuazione e la gestione degli individui ad alto rischio per carcinoma della mammella e dell'ovaio. In particolare, verranno sviluppati sia materiale cartaceo che procedure organizzative per una corretta identificazione dei soggetti ad alto rischio e per i portatori di una mutazione genetica, per una stratificazione dei pazienti in base al rischio e per uno screening e una gestione "su misura" in base al profilo di rischio individuale. In questo contesto, ci proponiamo di identificare un singolo laboratorio di riferimento per ciascuna delle tre aree vaste in grado di garantire un test genetico rapido e di qualità.
Integrazione, formazione e valutazione di impatto dell'inquinamento ambientale sulla salute: Rete Italiana Ambiente e Salute - RIAS - CCM 2018	Gli obiettivi del progetto sono l'integrazione tre istituzioni pubbliche nel settore ambiente e salute con Sviluppo di una rete italiana Ambiente e Salute attraverso il coordinamento istituzionale del SSN e SNPA. L'altro obiettivo è la predisposizione di moduli formativi ed operativi per una omogenea valutazione di impatto ambientale e sanitario, in modo da superare la settorialità dei processi valutati e formativi, e la frammentarietà delle discipline che concorrono a delineare la complessa problematica del rapporto salute ambiente.
Sviluppo di strumenti per l'aggiornamento dei metodi di sorveglianza epidemiologica e ricerca analitica in tema di malattie amianto correlate. (BRIC ID 55 del 2019)	Gli obiettivi da perseguire sono: - valutare la percezione del rischio, le aspettative e la qualità di un programma di sorveglianza sanitaria rivolto ai lavoratori ex-esposti ad amianto - aggiornare il follow-up della coorte pooled al fine di contribuire agli altri primi 4 obiettivi del progetto nel suo complesso; - partecipare alla discussione sulla metodologia e sui risultati del progetto nel suo complesso.
Mammographic breast density and breast cancer risk: lifestyle and hormonal biomarkers in a longitudinal study	Il progetto si propone di studiare in modo prospettico la associazione tra ormoni sessuali, fattori di crescita, rischio di tumore mammario e densità mammografica volumetrica (ottenuta con software automatico), un indicatore di rischio aumentato di tumore mammario se elevata, e di come questi aspetti possano essere associati allo stile di vita e alle sue modifiche. Specifici obiettivi del progetto sono: a) valutare prospetticamente come i livelli di ormoni sessuali sono associati con misure volumetriche di densità in un'ampia serie di donne della coorte EPIC-Firenze; b) misurare una serie di ormoni sessuali e fattori di crescita in campioni plasmatici ripetuti ottenuti nell'ambito del trial di intervento DAMA che aveva l'obiettivo di modificare la dieta e/o il livello di attività fisica di donne in postmenopausa con elevata densità mammografica, per valutare l'effetto degli interventi e correlare i risultati con il grado di riduzione della densità mammografica volumetrica; c) studiare tramite un disegno caso-controllo nested l'associazione tra livelli circolanti di ormoni sessuali e fattori di crescita misurati in campioni biologici ottenuti all'arruolamento nella coorte EPIC e rischio di tumore mammario, tenendo conto della densità mammografica volumetrica su mammografia eseguite precedentemente o al momento della diagnosi nei casi e nello stesso periodo temporale in un gruppo comparabile di controlli

Obesity and Cancer in EPIC ITALY: the role of circulating microRNAs	Il progetto ha l'obiettivo di: a) studiare l'associazione fra obesità e due patologie tumorali (cancro del colon e della mammella) in uno studio caso controllo innestato nella coorte italiana dello studio prospettico europeo EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition); b) studiare l'associazione e il possibile ruolo di 12 miRNAs circolanti candidati quali mediatori della associazione tra obesità e tumore del colon e della mammella; c) costruire un modello predittivo basato su uno specifico pannello di microRNAs per l'identificazione di una popolazione a rischio per i due tumori in esame. In particolare, la Unità 2 del progetto (P.I. dr.ssa Giovanna Masala) condurrà l'aggiornamento del follow up per l'identificazione di casi di nuova diagnosi delle patologie tumorali oggetto del progetto, l'identificazione e estrazione dei controlli e il recupero dei campioni. Collaborerà, inoltre, alle analisi statistiche previste nel progetto ai punti a) e b) alle analisi previste per la costruzione del modello predittivo di cui al punto c) e alla interpretazione dati e stesura di rapporti e articoli per la diffusione dei risultati.
LUNg ultrasound to monitor and GUIDE fluid management in acute heart failure: a new model for personalized healthcare in emergency medicine - LUNGUIDE	Il progetto ha l'obiettivo generale di valutare con un disegno di tipo randomizzato, se l'aggiunta della visualizzazione delle linee B sonografiche (ecografia polmonare) alla gestione standard del paziente con scompenso cardiaco acuto possa ridurre la durata del ricovero o il numero di ri-ospedalizzazioni precoci. Questo modello gestionale sarà testato con un disegno di tipo randomizzato in un ospedale universitario "centrale", quindi ottimizzato, e poi applicato a un ospedale periferico, per valutarne l'applicabilità su larga scala. Un questionario validato sullo stile di vita e sulle abitudini alimentari sarà sottoposto ai pazienti durante l'ospedalizzazione. Queste informazioni saranno poi utilizzate nel follow-up per interventi personalizzati per educare i pazienti a un corretto stile di vita. I pazienti saranno seguiti tramite le esistenti piattaforme digitali per valutare il tasso di morte e reospedalizzazione a 30 e 90 giorni. Nell'ambito del presente progetto, ISPRO sarà coinvolto prioritariamente nella somministrazione e gestione dei questionari alimentari e di stile di vita e di valutazione gradimento dei pazienti e loro elaborazione, nelle attività e materiali per l'educazione/promozione della salute nei pazienti e nella gestione del follow up tramite questionari e linkage con record clinici.
Attributable Cancer Burden in Tuscany: Smoking, Environmental and Occupational Risk Factors and Evaluation of Prevention Strategies – ACAB	Il progetto si pone l'obiettivo di produrre una stima aggiornata per la Toscana dei decessi e degli anni di vita vissuti con disabilità (DALYs) per i tumori attribuibili al fumo e ai fattori di rischio ambientali e occupazionali. Il progetto prevede di: a) quantificare lo stato di salute della popolazione toscana nel suo insieme e per subaree in termini di anni di vita persi per morte precoce e di anni di vita vissuti con disabilità per le principali malattie. b) stimare i decessi ed i DALYs per i tumori attribuibili al fumo ed ai fattori di rischio ambientali ed occupazionali e produrre un software disponibile su un sito web che potrà essere usato dal personale del Servizio Sanitario Regionale come strumento per conoscere e comunicare il carico di malattia associato ai principali fattori di rischio per la popolazione. sviluppare un modello matematico per il tumore del polmone, per l'abitudine al fumo e per l'esposizione a fattori di rischio ambientali e occupazionali, con l'obiettivo di confrontare l'efficacia di differenti ipotetici interventi di prevenzione.
Lung cancer screening integrated with pathways for risk reduction for people at high risk a pilot study – ITALUNG 2	Il progetto prevede di identificare le maggiori criticità di un programma di screening del tumore del polmone tramite effettuazione di CT scan a basse dosi (LDCT) prima che un simile programma di popolazione abbia inizio in Regione Toscana. La definizione della popolazione target, del processo diagnostico e del miglior protocollo di screening, nonché l'integrazione con percorsi di disassuefazione al fumo e la possibilità che il LDCT possa identificare le calcificazioni coronariche saranno oggetto di approfondimento. Inoltre, il progetto prevede di valutare: a) il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'identificazione della popolazione da invitare; b) la risposta all'invito; c) il tasso di richiami per successivi approfondimenti e il tasso biotico; d) la fattibilità di un protocollo di gestione dei noduli basato sulla definizione volumetrica e il tempo di raddoppiamento; e) l'impatto di un invito attivo ad un intervento per la cessazione del fumo (in termini di risposta all'invito e tasso di cessazione dopo un anno);

	f) l' impatto di riportare al MMG il calcium score (in termini di esami diagnostici e terapeutici per la prevenzione di eventi cardiovascolari dopo la diagnosi di calcificazioni); g) la stima del costo per ciascun soggetto arruolato.
Professional caregivers and volunteers'unmet needs in Tuscan oncology departments- PUNTO	Il progetto si propone di rilevare i bisogni degli operatori professionali di Dipartimenti Oncologici della Toscana (AUSL Centro e AUSL Sud-Est), tramite uno strumento apposito denominato NEQ-OP costituito di 55 items e già testato in una fase pilota dello studio, insieme ad alcuni strumenti satelliti. Scopo dello studio quindi è fornire ai responsabili gestionali e organizzativi del Sistema Sanitario Regionale Toscano uno strumento efficace e rapido di monitoraggio dei bisogni e della qualità di vita lavorativa Il progetto prevede: 1. di somministrare a 560 operatori dei Dipartimenti oncologici partecipanti il NEQ-OP e gli strumenti satellite (prima annualità) e confermarne le qualità psicometriche 2. di trasferire successivamente su supporto elettronico lo strumento (seconda annualità); di somministrare nuovamente ai 560 operatori lo strumento preparato per la somministrazione elettronica, eNEQ-OP, via web (terza annualità)
Assessment and Treatment of Cognitive Effects of Anticancer Therapy in Patients with Breast Cancer Treated with Rehabilitation Exercises, Diet and Add-On Complementary Medicine – CHEMOCIM	Dopo il trattamento del cancro, alcune persone notano cambiamenti nella memoria, nella concentrazione e nel modo di pensare. Le donne con il cancro al seno sono state le prime a segnalare questi problemi, che hanno collegato al loro trattamento chemioterapico. Così hanno chiamato i cambiamenti <i>chemobrain</i> (o <i>chemofog</i>). Segni e sintomi del <i>chemobrain</i> possono includere: confusione mentale, difficoltà di concentrazione e di trovare la parola giusta, o apprendimento di nuove abilità, o multitasking, stanchezza mentale, sensazione di nebbia mentale, breve durata dell'attenzione, problemi di memoria a breve termine, tempi più lunghi del solito per completare le attività di routine, problemi di memoria verbale, come il ricordo di una conversazione, e di memoria visiva, come il richiamo di un'immagine o il ricordo di una lista di parole. Le modifiche dietetiche, in particolare gli acidi grassi omega-3 ad alto contenuto di omega-3 e a basso contenuto di zuccheri aggiunti, possono avere il potenziale di proteggere o migliorare alcuni degli effetti collaterali cognitivi negativi così comunemente associati al trattamento chemioterapico. L'obiettivo di questo studio è quello di confrontare l'impatto di un trattamento di medicina integrata con Agopuntura (Braccio A) rispetto ad un trattamento con Medicina Omeopatica (Braccio B) e ad un trattamento combinato con Agopuntura ed Omeopatia (Braccio C), tutti in associazione a Riabilitazione Cognitiva e Consigli Nutrizionali, rispetto ad un gruppo di controllo attivo con solo con Riabilitazione Cognitiva e Consigli Nutrizionali (Braccio D) valutati con un questionario autosomministrato (FACT-Cog) alla baseline, al 6° e all'11° mese in pazienti affette da carcinoma mammario in trattamento antitumorale precauzionale che presentano disturbi cognitivi, come difficoltà di memoria, deficit dell'attenzione, ecc.
Surveillance on childhood and adolescent cancer: from data of Tuscany cancer registry and regional pediatric oncological (CROP) center to primary prevention of suspected environmental risk factors- SUCHADOCAN	Il progetto prevede di attuare un sistema di sorveglianza in Regione Toscana per il monitoraggio dei tumori Dell'infanzia e dell'adolescenza che nel loro complesso sono una patologia rara ed i fattori di rischio sono in gran parte sconosciuti. È pertanto necessario disporre di una valutazione completa dei flussi informativi in grado di intercettare questi pazienti. Il progetto prevede di: a) descrivere l'occorrenza di questi tumori nella regione Toscana valutando le fonti disponibili e valutandone la concordanza, in primo luogo tra i dati del Registro Tumori della Toscana (RTT) e del Centro Regionale di Oncologia Pediatrica (CROP); inoltre saranno presi in considerazione anche dati dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per stimare e completare i dati di incidenza; b) eseguire analisi spaziali utilizzando modelli gerarchici bayesiani per identificare pattern geografici esistenti con aree a rischio insolitamente alto/basso; verranno condotte analisi di cluster su dati individuali considerando i dati da RTT; c) descrivere lo stato delle conoscenze sui fattori di rischio per questi tumori ed in particolare per quelli più frequenti; d) raccogliere informazioni sull'esposizione ai possibili fattori di rischio ambientale in Regione Toscana sospettati di essere associati a questi tumori; e) implementare modelli di "Comunicazione generativa" per la pianificazione dei processi comunicativi e per lo sviluppo di strategie di comunicazione
FAtigue In Radiotherapy and Acupuncture - FAIR-AC	La Fatigue (F), è definibile come “un senso soggettivo stressante, persistente di stanchezza od esaurimento in relazione al cancro o ai relativi trattamenti, sproporzionato alla attività recente, che interferisce con la vita quotidiana”, ed è riportata in Letteratura come

	frequente effetto collaterale della Radioterapia (RT), fino al 70-80% dei casi. L'Agopuntura (A) è ritenuta una terapia complementare efficace nell'alleviare la F nei pazienti (pz) oncologici. Nonostante la sua frequenza, la F correlata alla RT al momento attuale non è monitorata né trattata di routine in Italia e non sono neppure disponibili studi recenti sulla sua incidenza nei pz Italiani. Lo scopo è quello di investigare la reale incidenza della F nei pz Italiani trattati con RT e valutare la attività della A in questa situazione mediante uno studio clinico prospettico randomizzato (2 gruppi con rapporto 1:1) di Fase III: 400 pz consecutive affette da carcinoma della mammella (CM) proposte per RT postoperatoria e 200 pz consecutivi affetti da carcinoma della prostata (CP) proposti per RT radicale o postoperatoria, afferenti a tre Centri di RT della Area Vasta Sudest (Arezzo, Grosseto Siena) saranno valutati per la F all'inizio della RT e poi successivamente una volta a settimana per tutta la durata della RT mediante la somministrazione di un questionario validato per pz Italiani. Sarà somministrato contestualmente, all'inizio e alla fine della RT, anche un questionario per la determinazione della Qualità della Vita (SF-12 versione Italiana). Nell'ambito del presente progetto, ISPRO sarà coinvolto prioritariamente nella creazione e gestione del database in cui afferiranno tutti i dati raccolti nonché ad eseguire tutte le analisi statistiche del caso e partecipare alla scrittura di report e articoli scientifici.
Effects of monoacylglycerols in colorectal cancer - MAGIC	Il progetto prevede di studiare le proprietà antitumorale del butyrate mono/diacylglycerol/glycerol nella prevenzione e nel trattamento del cancro al colon-retto (CRC) mediante la creazione di un team Regionale Toscano multidisciplinare. Il progetto prevede di esempio: a) studiarne gli effetti sulla formazione di danno ossidativo; b) studiarne l'associazione con alterazioni epigenetiche
Colorectal Cancer Screening: Focus on Omics Biomarkers on Liquid Biopsy and Urine – CRC-SCREENING	Il progetto prevede di studiare la cancerogenesi del colon retto e di sviluppare un test sensibile e non-invasivo da utilizzare per la diagnosi precoce del cancro al colon-retto (CRC) mediante la creazione di un team Regionale Toscano multidisciplinare. Il progetto prevede di esempio: a) studiare l'associazione di profili di microRNA con CRC; b) studiare l'associazione dei livelli di acidi grassi con CRC; c) studiare l'associazione di alterazioni epigenetiche con CRC; d) studiare l'associazione di biomarcatori di stress ossidativo con CRC; e) studiare l'associazione di polimorfismi di geni coinvolti nella risposta immunitaria e infiammatoria con CRC.
targeted therapy for advanced colorectal cancer patients - REVERT	Il progetto REVERT ha lo scopo di sviluppare un modello migliore di terapia combinatoria - basato su un approccio medico personalizzato - che identifica l'intervento terapeutico convenzionale più efficiente ed economico per i pazienti con tumore metastatico al colon-retto non resecabile. Questo traguardo sarà raggiunto mediante tecniche di intelligenza artificiale utilizzando l'esperienza e i dati di diversi Ospedali Generali che operano nel sistema sanitario nella Unione Europea. Verranno standardizzate varie analisi di laboratorio e verranno effettuati approfondimenti molecolari attraverso varie metodologie laboratoristiche. Sarà sviluppato un sofisticato quadro computazionale basato sull'intelligenza artificiale per valutare l'impatto sulla sopravvivenza e la qualità della vita in un Trial Clinico Prospettico che valuterà l'efficacia di nuove combinazioni di trattamenti terapeutici con farmaci convenzionali. Alla fine, lo studio REVERT genererà una rete multicentrica italiana ed europea per lo sviluppo della medicina personalizzata. - obiettivi da raggiungere, attività da svolgere e crono programma: gli obiettivi consisteranno nella partecipazione ai WP1, WP4, WP5 dello studio Revert atti ad ottenere una comprensione maggiore della fisiopatologia del cancro metastatico del colon-retto in pazienti che rispondono diversamente a terapie farmacologiche antitumorali convenzionali per progettare una strategia ottimale di medicina personalizzata; a questo fine si provvederà all'implementazione della validazione sperimentale e clinica di biomarcatori nella pratica laboratoristica ed alla identificazione di biomarcatori di prognosi e della migliore strategia terapeutica sia nella pratica laboratoristica che clinica (es. si contribuirà al WP4: Tools for biomarker translation to the clinical practice: Standardization and quality management); accesso e implementazione di biobanche di pazienti con cancro metastatico del colon-retto (es. WP5: Preclinical AI predictors validation studies); si contribuirà al WP1: Project management and coordination e inoltre si contribuirà al WP6: Prospective study to evaluate the association between individual profiles and clinical

	outcomes in 1st line metastatic colorectal cancer (mCRC) patients ed in generale a fornire supporto epidemiologico e laboratoristico all'implementazione a tutti gli obiettivi della ONCONEST JRU.
Progetto Pilota di un programma di screening per il tumore polmonare integrato con la cessazione del fumo: percorsi, selezione dei soggetti e protocolli diagnostici in vista di una valutazione HTA	Il progetto in oggetto sarà finanziato ad ISPRO nell'ambito del programma CCM 2019 per € 400.000,000 e ha come obiettivo generale costruire le base per una valutazione HTA dello screening polmonare. Per la realizzazione di questo obiettivo sarà necessario: 1. arruolare una coorte di persone ad alto rischio per tumore polmonare a cui proporre sia lo screening polmonare mediante tac spirale a basse dosi, sia counseling anti fumo; 2. definire modalità di arruolamento e protocolli condivisi; 3. condurre revisioni di letteratura; 4. condurre analisi di <i>budget impact</i>; 5. costruire e verificare la fattibilità e l'efficienza di una modalità di doppia lettura a distanza.
Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening	Il progetto "Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening" della durata di 24 mesi è finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito delle azioni centrali del programma CCM 2019, approvato con DM 02 agosto 2019. Il progetto si propone: 1. di fornire ai programmi di screening e ai coordinamenti regionali una serie di strumenti per la redazione di bilancio sociale dei programmi di screening oncologico organizzato; 2. di diffondere delle Linee Guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening oncologico attraverso corsi di formazione per le professionalità che operano all'interno delle aziende sanitarie nei programmi di screening. 3. di sperimentare la redazione di bilanci sociali per i programmi di screening che partecipano al progetto, la disseminazione delle Linee Guida con le buone pratiche individuate dal confronto tra i diversi attori coinvolti ai Coordinamenti Regionali dei programmi di screening
Strategies for promoting attendance in colorectal cancer screening programme of Tuscany – BEST CC	Il progetto prevede di studiare strategie alternative all'invito ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto fecale ai fini di aumentare l'adesione allo screening per il tumore del colon-retto che al momento sia in regione Toscana che mediamente nel resto di Italia si attesta su valori non superiori al 50%. Lo studio è diretto a soggetti non rispondenti al almeno due inviti consecutivi e che non abbiamo mai effettuato un test di screening. Il progetto prevede di : a) predisporre nuove lettere di invito costruite secondo i principi della economia comportamentale e indirizzate a soggetti non rispondenti. L'economia comportamentale ha l'intento di suggerire prospettive inedite nei confronti dello stile di vita della popolazione e di fornire nuovi metodi che promuovano la partecipazione anche ad iniziative sanitarie di comprovata efficacia come lo screening oncologico organizzato. b) Invitare un gruppo di utenti non rispondenti allo screening coloretale proponendo in alternativa alla ricerca del sangue occulto coloretale la rettoscopia virtuale, esame che si è dimostrato efficace nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto. c) Invitare un gruppo di utenti non rispondenti allo screening coloretale proponendo in alternativa alla ricerca del sangue occulto coloretale la colonscopia virtuale, esame radiologico, già utilizzato come esame di approfondimento nello screening coloretale.
SLPI: a novel ets-dependent biomarker of prostate cancer– SLIP PC	Il progetto prevede di studiare nel carcinoma prostatico il ruolo delle proteine ETS nel regolare la Secretory leukocyte protease inhibitor (SLPI), una serin-proteasi che protegge i tessuti dai danni degli enzimi proteolitici rilasciati durante l'infiammazione. Inoltre si propone di comprendere se, e come, SLPI influenza la biologia e la clinica del carcinoma prostatico. In particolare il progetto prevede di: 1. Studiare il ruolo delle proteine ETS nel determinare i livelli di SLPI nelle linee cellulari prostatiche. 2. Studiare le variazioni di SLPI in un modello murino di processione del CP. 3. Studiare il ruolo SLPI nel determinare le caratteristiche neoplastiche delle linee cellulari prostatiche. 4. Studio osservazionale dei livelli di SLPI nei sieri e nei tessuti di pazienti con carcinoma prostatico per : a) verificare nei pazienti la correlazione tra espressione di SLPI e le proteine ETS, b) mettere in relazione i livelli di SLPI con le alterazioni molecolari e con , eventualmente, l'andamento clinico.

Lifestyle determinants and biomarkers of heavy metals exposure in a sample of a large prospective study in Tuscany: temporal trends, comparison with other local populations; and association with cancer risk – EPI METAL	Il progetto ha come obiettivo generale quello di migliorare la comprensione della rilevanza, da un punto di vista di salute pubblica, della contaminazione da metalli pesanti in Toscana, servendosi di coorti di popolazione già esistenti e di dati raccolti in diverse aree della regione. In particolare, il progetto si basa sul braccio fiorentino della coorte EPIC, e su due indagini di biomonitoraggio umano condotte nell'area del Monte Amiata e nella zona costiera nei pressi del comune di Pietrasanta. In dettaglio, il progetto prevede di: a) confrontare i livelli urinari di undici metalli pesanti (Cd, Cr, Co, Tl, Sb, V, Ni Mn, Pt, Cu, As) in popolazioni che risiedono in diverse aree della regione; b) determinare l'importanza relativa delle diverse fonti di esposizione nel determinare i livelli biologici di cinque metalli pesanti (Cd, Cr, Co, Pb, Tl), misurati in campioni appaiati di siero raccolti all'arruolamento nello studio EPIC (1992-98) e nel corso del presente progetto; c) valutare l'associazione tra i livelli biologici di cinque metalli pesanti (Cd, Cr, Co, Pb e Tl) ed il rischio di tumore di mammella, prostata, polmone e vescica in soggetti non-fumatori, mediante la conduzione di uno studio caso-controllo nested nella coorte EPIC-Firenze.
Valutazione dell'accuratezza trasversale e longitudinale per lesioni CIN2+ della genotipizzazione dell'infezione da HPV mediante test BD Onclarity HPV Assay in campioni cervico-vaginali	Il progetto in oggetto sarà finanziato ad ISPRO nell'ambito dell'Accordo di collaborazione scientifica tra BD Switzerland Sàrl e Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) di Roma, e si caratterizza come studio nested all'interno dello studio NTCC2 "L'HPV come test primario di screening nella prevenzione del tumore cervicale: dal DNA all'mRNA? Un RCT double testing con follow up a lungo termine" (RF-2009-1536040). Il progetto ha come obiettivo la genotipizzazione HPV dei campioni cervico-vaginali provenienti dalla biobanca dello studio NTCC2. I dati ottenuti permetteranno di valutare l'accuratezza trasversale e longitudinale, in termini di sensibilità e specificità, della genotipizzazione come biomarker indipendente, secondo il disegno dello studio NTCC2. Il disegno di NTCC2 permette di valutare l'accuratezza del test sia come test di triage nelle donne HPV-DNA positive, sia nella popolazione generale, grazie all'effettuazione del test in un campione di donne HPV-DNA negative. Obiettivo secondario sarà valutare la persistenza delle infezioni tipo specifico a 1 anno

Fonte: Attività supporto alla ricerca

Nel corso del 2021 sarà, inoltre, attivato il seguente progetto relativo al Bando COVID 19 della Regione Toscana:

- LOST IN TUSCANY

4. IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Ciclo della Performance si svolge con riferimento all'anno solare e 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'organismo.

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

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

Affinché tale ciclo abbia efficacia nella modifica dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni nel loro complesso, è stato 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.

In sintesi, si riportano le fasi del ciclo della performance.

FASE	ATTIVITA'
Definizione linee di indirizzo	valutazione dell'andamento aziendale; 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
Negoziiazione 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

5. 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 efficaci 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 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:



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

PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2021-2023



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

- 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 2021-2023 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, visto che ormai da un anno la pandemia per Covid-19 ha mutato la modalità di erogare didattica, si prevedono eventi formativi in modalità FAD per rispondere alle esigenze di aggiornamento in 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.

6. IL PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA)

6.1 Premessa

L'emergenza sanitaria derivata dalla pandemia da COVID-19 ha reso quanto mai necessaria la riorganizzazione del lavoro nella Pubblica Amministrazione, agevolandone forme flessibili ed incentivando il ricorso al lavoro agile o *smart working*.

La legislazione sul tema ha raggiunto un rilevante traguardo con i recenti emendamenti al comma 1 dell'art. 14 della Legge n. 124/2015 (*"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*), la cui

versione attuale prevede che “entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”, ossia del Piano della Performance.

Il POLA, prosegue l'art. 14, “*individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati (...)*”.

Atteso che il POLA costituisce una novità nel contesto degli adempimenti di programmazione a carico delle Pubbliche Amministrazioni¹, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, ha elaborato e diffuso, nel dicembre 2020, le *Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance*, finalizzate a fornire indicazioni metodologiche per l'elaborazione del documento.

Nella redazione del POLA di ISPRO per il triennio 2021-2023, l'Istituto ha preso quale riferimento la struttura suggerita nelle suddette Linee Guida.

6.2 Livello di attuazione e sviluppo

In via preliminare, l'Istituto intende fornire una sintetica fotografia dell'attuale livello di implementazione e sviluppo del lavoro agile, che costituirà la base di partenza (*base line*) per la programmazione del suo miglioramento nel triennio. Si rinvia alla tabella riportata al punto 6.6 per il dettaglio circa l'attuale livello di sviluppo rapportato con ciascun obiettivo e indicatore di programmazione organizzativa.

L'Istituto, con deliberazione DG n. 394 del 19.12.2019, ha approvato il “Regolamento per l'applicazione del lavoro agile”, redatto in conformità con la versione a suo tempo vigente dell'art. 14 della Legge n. 124/2015 (“*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”) e con gli articoli da 18 a 23 della Legge n. 81/2017 (“*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*”).

Tale documento, redatto precedentemente alla pandemia mondiale da COVID-19, è attualmente l'unico strumento disciplinante il lavoro agile in forma ordinaria in seno all'Istituto; se ne riassumono di seguito i punti fondamentali.

In ossequio alla sopra indicata normativa, l'Istituto decideva discrezionalmente di applicare il lavoro agile ai dipendenti che ne avessero fatto richiesta e che si fossero trovati in particolari condizioni personali/familiari (patologie comportanti assistenza e cura, necessità di curare o assistere il coniuge, un parente o un affine entro il primo grado) e lavorative (compatibilità tra la modalità di prestazione lavorativa in lavoro agile e le esigenze tecnico organizzative della struttura).

Valutata positivamente la richiesta del dipendente, l'Istituto sottoscriveva con lo stesso un contratto integrativo del contratto individuale, secondo il modello allegato al Regolamento stesso; nell'accordo integrativo dovevano essere dettagliate, tra l'altro, le attività che erano svolte da remoto, le modalità/strumenti per lo svolgimento della prestazione, le modalità di verifica da parte del Responsabile del dipendente del completamento degli obiettivi, la durata del regime (non più di un anno eventualmente rinnovabile), la fascia di reperibilità (non meno di 3 ore), il numero massimo di giornate di lavoro effettuabili non in presenza (non più di due).

Sempre in ossequio alla normativa all'epoca vigente, il Regolamento prevedeva l'obbligo per il datore di lavoro, per garantire la salute e la sicurezza del lavoratore, di consegnargli, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta nella quale fossero individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

In virtù del Regolamento, l'Istituto si impegnava a mettere a disposizione del lavoratore la dotazione tecnologica ritenuta necessaria per lo svolgimento dell'attività lavorativa in regime di lavoro agile, consistente in

¹ Si precisa che la redazione del POLA non rappresenta un obbligo inderogabile della P.A.; tuttavia, a norma dell'art. 14, comma 1, ultima parte, della Legge n. 124 del 2015, “*in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano*”.

un PC portatile (in sostituzione della postazione fissa) dotato di tutte le componenti (software e hardware) necessarie a svolgere le prestazioni richieste; d'altra parte, il dipendente si vincolava ad utilizzare per lo svolgimento della prestazione in lavoro agile esclusivamente i supporti e le apparecchiature tecniche fornite dall'Istituto, di cui era responsabile e che era tenuto a restituire nelle stesse condizioni al termine del periodo di lavoro da remoto.

All'atto pratico, tuttavia, fino all'introduzione della legislazione d'urgenza necessaria per far fronte alla pandemia da COVID-19, il numero di dipendenti dell'Istituto che hanno avuto accesso al regime di lavoro agile è stato esiguo (circa l'1% del totale).

In conseguenza dell'emergenza sanitaria derivata dalla pandemia da COVID-19, l'Istituto si è trovato costretto ad intervenire urgentemente sulla propria organizzazione per tutelare la salute dei propri dipendenti ed utenti; in tale contesto, ed in esecuzione delle direttive contenute nella decretazione d'urgenza dei primi mesi del 2020, l'Istituto ha avviato procedure semplificate per la progressiva applicazione del regime di *smart working* ad un numero sempre più elevato di dipendenti.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, il lavoro agile in emergenza è stato attivato, laddove oggettivamente possibile (ossia, fatta esclusione per le attività effettuabili solo in presenza), senza la previa formalizzazione della richiesta del dipendente e la sottoscrizione del contratto integrativo.

Inoltre, atteso l'ingente numero di dipendenti avviati al lavoro da remoto, si è reso necessario consentire ad alcuni di essi l'utilizzo delle proprie personali apparecchiature e dotazioni tecnologiche per lo svolgimento dell'attività lavorativa; onde agevolare la condivisione delle informazioni ed il coordinamento delle attività, è stata altresì data agli *smart workers* la possibilità di installare sui propri personal computer programmi per l'accesso da remoto (sistema VPN) e software per l'effettuazione di *conference call*. A tal proposito, ISPRO ha altresì predisposto e diffuso, alla fine di marzo 2020, le "Istruzioni per Smart Working", una breve guida ad uso dei dipendenti dell'Istituto contenente indicazioni sull'utilizzo della posta elettronica, sui sistemi di accesso da remoto al proprio pc aziendale, sulla installazione sulle apparecchiature informatiche private di sistemi di videoconferenza.

Le misure sinora analizzate sono ancora oggi in vigore presso l'Istituto.

Infine, a seguito dell'introduzione dell'art. 263 della legge n. 77 del 2020, che ha richiesto alle Pubbliche Amministrazioni, fino al 31.12.2020, di collocare in regime di lavoro agile almeno il 50% del personale incaricato di attività effettuabili da remoto, l'Istituto ha avviato un processo finalizzato:

- alla redazione di un nuovo regolamento interno disciplinante il regime di lavoro agile, che incorporasse le innovazioni legislative dei mesi precedenti; la bozza di tale documento è già stata oggetto di un primo confronto con le OO.SS.;
- alla preliminare individuazione delle attività eseguibili in lavoro agile, funzionale alla selezione dei dipendenti "smartizzabili" nella percentuale minima richiesta;
- alla predisposizione di una ipotesi di scheda di valutazione della performance del dipendente in lavoro agile.

6.3 Modalità attuative

Premesso quanto sopra, di seguito sono sintetizzate le scelte organizzative che l'Istituto intende operare per promuovere il ricorso al lavoro agile (modalità attuative).

- 1) Approvazione di un nuovo regolamento interno per disciplinare il lavoro agile in modalità ordinaria, che faccia propri i contenuti delle recenti disposizioni normative sul tema;
- 2) contestuale redazione e approvazione del nuovo modello di contratto integrativo per l'esercizio dell'attività lavorativa in modalità agile da far sottoscrivere i dipendenti;

2 In particolare, si fa riferimento all'art. 87, c. 1, lett. a) del D.L. 18/2020, con il quale lo *smart working*, stante il perdurare dello stato di emergenza, era previsto quale ordinaria modalità lavorativa per i dipendenti pubblici, limitando "la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione dell'emergenza sanitaria".

- 3) completamento della mappatura delle attività espletabili da remoto, effettuato mediante il contributo di ciascun responsabile di struttura;
- 4) individuazione e implementazione di sistemi per la valutazione della performance degli *smart workers*, tendenzialmente incentrata sulla periodica individuazione/negoziazione di obiettivi operativi e sulla verifica del loro raggiungimento;
- 5) introduzione e implementazione di *software* per agevolare l'accesso al lavoro agile: collegamenti VPN con prestazioni più costanti, sistemi di videoconferenza, sistemi di protezione dei dati informatici trasferiti da/verso i collegamenti da remoto, accesso online ai percorsi di formazione e alle banche dati, ecc.;
- 6) revisione ed integrazione delle "Istruzioni per Smart Working" a suo tempo predisposte, in relazione alle innovazioni di cui al punto precedente;
- 7) garantire una presenza costante, seppur ridotta, nella sede dell'Istituto;
- 8) ridefinizione degli spazi fisici negli uffici;
- 9) eventuale aggiornamento del Piano della Sicurezza per conformarlo al minor numero di presenze in ufficio;
- 10) modifica/implementazione del Piano della Formazione per inserire corsi su utilizzo delle tecnologie strumentali al lavoro agile.

6.4 Mappatura delle attività effettuabili in lavoro agile

Si riproduce di seguito la mappatura delle attività effettuabili in lavoro agile elaborata nel 2020; essa individua dette attività per ciascuna struttura dell'Istituto e sarà suscettibile di integrazioni ed implementazioni in esecuzione delle scelte organizzative di cui al precedente paragrafo 6.3.

STRUTTURA DI APPARTENENZA	RESPONSABILE	ATTIVITA' EFFETTUABILI IN LAVORO AGILE
Direzione Sanitaria	R. Poli	Attività di stesura regolamenti, documenti e procedure relativi al presidio
S.C. Attività tecnico-amministrative	M. Piccoli Mazzini	Tutte salvo attività svolte da Autista e Tecnico Professionale Geometra
S.S. Programmazione e gestione risorse economiche	C. Gheri	Tutte salvo selezioni per acquisizione personale a contratto per progetti di ricerca
S.C. Screening e Prevenzione Secondaria	P. Mantellini	- Elaborazione e revisione protocolli, progetti di ricerca, procedure ed istruzioni operative; - elaborazione dati quantitativi e qualitativi; - pianificazione e programmazione delle attività; - riunioni del GOM e di collegi tecnici; - compilazione conclusiva di risposte cliniche, programmazione delle sorveglianze (ove sistemi totalmente informatizzati)
S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	C. Sani	- preparazione e revisione procedure ed istruzioni operative; - elaborazione dati quantitativi e qualitativi (limitatamente a quelli disponibili tramite collegamento da remoto);

		- partecipazione a collegi tecnici e a riunioni per la stesura di capitoli; - stesura articoli scientifici; - Partecipazione a corsi di formazione obbligatori gestiti come webinar;
S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico	G. Masala	- attività Registro Tumori; - attività di ricerca nell'ambito delle cure palliative; - attività istituzionale di valutazione screening; - attività di ricerca finalizzata nell'ambito del fumo e dello screening per K. Polmone;
Coordinamento Area Statistico-Epidemiologica	P. Falini	- Supporto statistico: a. Area Epidemiologia Molecolare e degli Stili di Vita b. Registro Tumori Regione Toscana (RTRT) c. Registro Mortalità Regionale (RMR) d. COR mesoteliomi toscano, COR toscano tumori naso-sinusali, COR toscano tumori a bassa frazione etiologica e. Osservatorio Nazionale Screening (ONS) f. Centro Regionale di Riferimento Prevenzione Oncologica (CRR); - analisi statistiche per progetti di ricerca; - supporto statistico alla valutazione screening
Coordinamento Area Infermieristica	A. Cipriani	- URP: a. fornitura informazioni su modalità di erogazione dei servizi (via email e via tel.) b. ricezione/invio risposte a segnalazioni utenza (via email e via tel.) c. registrazione contatti giornalieri; - Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico: codifica registro tumori; - Epidemiologia dei fattori di rischio e degli stili di vita: interviste telefoniche per indagini epidemiologiche
S.C. Epidemiologia Fattori Rischio e Stili Vita	D. Palli	- pianificazione protocolli di progetti di ricerca; - inserimenti dati questionario per specifici progetti di ricerca, controllo qualità dati inseriti, elaborazione dati quantitativi e qualitativi; - analisi statistiche relative a progetti di ricerca; - ricerca bibliografica selezionata e analisi letteratura; - preparazione di draft di manoscritti, stesura



		articoli scientifici; - incroci con banche dati per aggiornamento stato in vita/ clinico (tumori); - attività di supporto a: a. Registro Mortalità Regionale (RMR); b. COR mesoteliomi toscano, COR toscano tumori naso-sinusali, COR toscano tumori a bassa frazione etiologica; - attività di supporto alla Sorveglianza Sanitaria esposti
--	--	---

6.5 Soggetti coinvolti

Di seguito si procede ad indicare sinteticamente i soggetti coinvolti a vario titolo nell'organizzazione e monitoraggio del lavoro agile in Istituto.

i. Dirigenti

I dirigenti (inclusi quelli apicali) debbono essere i primi promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi in Istituto; essi svolgono un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA e in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati.

In Istituto, i dirigenti di struttura sono stati e debbono continuare ad essere coinvolti nella mappatura dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile; resta ferma la loro autonomia, nell'ambito dei criteri fissati nel Regolamento interno sul lavoro agile, nell'individuare le attività della propria struttura che possono essere svolte in *smart working*, definendo altresì per ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione.

I dirigenti concorrono poi all'individuazione del personale da avviare a modalità di lavoro agile, dando priorità ai lavoratori fragili e al personale nelle particolari situazioni che saranno individuate nel Regolamento interno in corso di redazione, e garantendo il lavoro in presenza tramite meccanismi di rotazione.

È compito dei dirigenti responsabili organizzare, per i lavoratori agili, una programmazione degli obiettivi lavorativi³ di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi mediante un monitoraggio mirato e costante, *in itinere* ed *ex-post*.

Nel relazionarsi con gli *smart workers*, i dirigenti responsabili sono dunque chiamati a sviluppare la capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi e di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando per l'effetto l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

La Direzione Aziendale e la dirigenza sono altresì chiamate a promuovere percorsi informativi e formativi che non escludano gli *smart workers* dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono peraltro anch'essi potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

ii. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

La definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance è un'attività di importanza cruciale, specialmente in tema di lavoro agile, ove il paradigma del controllo sulla prestazione cede il passo all'attività di valutazione dei risultati.

³ Gli obiettivi individuali di ciascun dipendente in lavoro agile saranno previamente e periodicamente negoziati con il dirigente di riferimento.

A tal proposito, il ruolo dell'OIV è, *mutatis mutandis*, il medesimo svolto più in generale in seno al Piano della Performance: l'OIV verifica che la definizione degli indicatori contenuti nel POLA sia il risultato di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti nel processo e fornisce indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

iii. Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)

Il RTD dell'Istituto è chiamato a:

- elaborare un modello di lavoro che tenga in considerazione i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari, anche alla luce del nuovo contesto connesso all'emergenza COVID-19; le Linee Guida sul POLA, infatti lo individuano quale figura chiave nella definizione di "*un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni*";
- agevolare sotto il profilo più strettamente tecnico-operativo i dipendenti nello svolgimento delle loro attività in regime di lavoro agile.

iv. Organizzazioni sindacali

Il POLA è adottato dall'Istituto sentite le organizzazioni sindacali, con le modalità previste dalla contrattazione collettiva (informazione ai fini di eventuale confronto).

v. Altri soggetti

Come visto al precedente paragrafo 6.3, l'introduzione del lavoro agile quale modalità ordinaria di espletamento della prestazione si riflette sulla complessiva organizzazione dell'Istituto: a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, tale intervento comporta la necessità di sottoporre a revisione la documentazione disciplinante la formazione (includendo attività formativa in tema di lavoro agile), nonché quella in materia di sicurezza sul luogo di lavoro (alla luce della riduzione del personale in presenza).

Di conseguenza, tra i soggetti potenzialmente coinvolti nell'organizzazione del lavoro agile in Istituto devono essere menzionati anche i dipendenti che a vario titolo collaborano nella elaborazione dei suddetti documenti.

6.6 Piano Organizzativo del Lavoro Agile: obiettivi, indicatori, fasi di implementazione.

6.6.1 Struttura del POLA

Le Linee Guida sul POLA richiedono alle pubbliche amministrazioni di redigere tale documento, quale specifica sezione del Piano della Performance dedicata alla programmazione delle modalità di attuazione e sviluppo del lavoro agile, articolandolo in tre fasi (avvio, sviluppo intermedio, sviluppo avanzato) distribuite entro un intervallo di tempo massimo di tre anni.

Conformemente al disposto dell'art. 14 della Legge n. 124/2015, l'obiettivo organizzativo generale dell'Istituto nella redazione del documento è consentire, per le attività che possono essere svolte in modalità agile (da individuare *ex ante*), che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersi dello *smart working*.

Fermo quanto sopra, nel POLA ciascuna amministrazione inserisce i seguenti contenuti:

- a) condizioni abilitanti il lavoro agile (ad esempio, misure organizzative, requisiti tecnologici, percorsi formativi del personale anche dirigenziale);
- b) modalità e stato di implementazione del lavoro agile;
- c) strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) impatti interni ed esterni del lavoro agile.

A tali contenuti il POLA, in quanto atto programmatico, ricollega obiettivi specifici individuati dalla Direzione, con correlati indicatori e target di sviluppo nel breve, medio e lungo periodo.



Fermo restando che nulla vieta alle pubbliche amministrazioni di individuare parametri ulteriori rispetto a quelli suggeriti dalle Linee Guida, in queste ultime sono stati selezionati gli indicatori minimi da introdurre e monitorare già nel 2021; essi concernono esclusivamente le condizioni abilitanti e lo stato di implementazione del lavoro agile (ossia, i contenuti *sub* lett. a) e b)).

Come si vedrà nelle tabelle di seguito riportate, l'Istituto ha fatto propri questi indicatori minimi, collegati a specifici obiettivi di sviluppo del lavoro agile, indicando i target attesi negli anni 2021, 2022 e 2023.

6.6.2 Condizioni abilitanti il lavoro agile

Per condizioni abilitanti si intendono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa.

Nel caso del lavoro agile un presupposto generale e imprescindibile è l'orientamento dell'amministrazione ai risultati nella gestione delle risorse umane.

Altri indicatori fanno riferimento ai livelli di stato delle risorse (o livelli di salute) dell'Istituto funzionali all'implementazione del lavoro agile. In particolare, i livelli di stato delle risorse misurano le risorse umane, economico-finanziarie, strumentali, tangibili e intangibili dell'amministrazione, sia in termini quantitativi (numero risorse umane, numero computer, ecc.), che qualitativi (profili delle risorse umane, livello di aggiornamento delle infrastrutture informatiche, ecc.), anche al fine di valutare il livello di salute dell'ente (cfr. Linee guida DFP n. 1/2017 "*Linee guida per il Piano della performance*").

Si riporta di seguito la tabella della programmazione degli obiettivi connessi alle condizioni abilitanti l'introduzione/implementazione del lavoro agile in Istituto; tali condizioni (e gli obiettivi, indicatori e target ad esse riconducibili) sono distinte in:

- i) condizioni di salute organizzativa: concernono il livello di adeguatezza dell'organizzazione dell'Istituto rispetto all'introduzione/implementazione del lavoro agile;
- ii) condizioni di salute professionale: concernono il livello di competenza dei profili professionali esistenti in Istituto rispetto alle capacità/competenze richieste per far fronte all'introduzione/implementazione del lavoro agile; esse sono distinte in:
 - competenze direzionali: sono valutate le capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione dei dirigenti e delle posizioni organizzative dell'Istituto rispetto all'introduzione del lavoro agile;
 - competenze organizzative: sono valutate le capacità dei dipendenti dell'Istituto di lavorare per obiettivi, per progetti e per processi, nonché la capacità di autorganizzare il proprio operato;
 - competenze digitali: sono valutate le capacità dei dipendenti dell'Istituto di utilizzare le tecnologie potenzialmente utili per il lavoro agile;
- iii) condizioni di salute digitale: concernono la dotazione e/o la capacità di sviluppare tecnologie hardware e software e processi/servizi digitalizzati idonei a consentire, agevolare e rendere sicuro il lavoro da remoto;
- iv) condizioni di salute economico-finanziaria: riportano le valutazioni effettuate dall'Istituto circa:
 - i costi e gli investimenti da effettuare per consentire l'avveramento delle condizioni abilitanti di cui ai tre punti precedenti (in particolare, secondo le Linee Guida, i costi e investimenti per formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali, per investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile, per investimenti in digitalizzazione di procedure amministrative e di processi, di modalità di erogazione dei servizi);
 - le correlate fonti di copertura economica e finanziaria;
 - le relative risorse iscritte in bilancio.



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

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2021-2023



Codice
APN01_21

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2020 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA					
	Sviluppo ed adeguamento dell'Istituto alle previsioni normative in tema di lavoro agile	Assenza/Presenza di un Coordinamento Organizzativo del lavoro agile	Assente	Presente	Presente	Presente
		Assenza/Presenza di un Monitoraggio del lavoro agile	Presente	Presente	Presente	Presente
		Assenza/Presenza di un sistema di Programmazione per obiettivi (annuali, infra annuali, mensili) e/o per progetti (a termine) e/o per processi (continuativi)	Presente	Presente	Presente	Presente
	SALUTE PROFESSIONALE					
	Consapevolezza da parte di tutti i soggetti interessati della valenza istituzionale del nuovo modello organizzativo	Competenze direzionali				
		% Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	0%	2%	6%	10%
	Diffusione della conoscenza e della operatività del nuovo modello organizzativo	Competenze organizzative				
		% Lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	0%	2%	10%	10%
	Alfabetizzazione informatica e diffusione di sistemi digitalizzati	Competenze digitali				
		% Lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	0%	2%	10%	10%
		% Lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	100%	100%	100%	100%
	SALUTE DIGITALE					
	Alfabetizzazione informatica e diffusione di sistemi digitalizzati	N. PC messi a disposizione per lavoro agile	7	10	15	15
		% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati messi a disposizione dall'Istituto	10%	10%	10%	10%



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

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2021-2023



Codice
APN01_21

		Assenza/Presenza di sistema VPN	Presente	Presente	Presente	Presente
		Assenza/Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	Presente	Presente	Presente	Presente
		% Applicativi consultabili da remoto	80%	80%	80%	80%
		% Banche dati consultabili da remoto	80%	80%	80%	80%
		% Processi digitalizzati	30%	40%	50%	80%
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA					
	Aumento degli investimenti in ambito informatico	€ costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile	€ 0	€ 0	€ 3.000	€ 5.000
		Fonte: conto economico di esercizio – Acquisto di servizi non sanitari – Formazione.				
		€ Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	€ 10.000	€ 200.000	€ 50.000	€ 50.000
		Fonte: Stato patrimoniale – Altre immobilizzazioni immateriali – Impianti e macchinari.				
		€ Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi	€ 23.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000
		Fonti a seconda degli interventi di digitalizzazione che ISPRO procederà a fare: 1) Stato patrimoniale – Immobilizzazioni immateriali – Diritti di brevetto e utilizzazione delle opere di ingegno; 2) Conto economico - Acquisto servizio non sanitario; 3) Conto economico – Manutenzione;				



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

PIANO DELLA PERFORMANCE
TRIENNIO 2021-2023



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

6.6.3 Stato di implementazione del lavoro agile

Come già accennato, la recente normativa ha introdotto, quale obiettivo generale connesso allo stato di implementazione del lavoro agile, che almeno il 60% dei lavoratori impegnati in attività effettuabili in *smart working* siano sottoposti al regime di lavoro agile; le Linee Guida hanno tradotto tale obiettivo in uno specifico indicatore quantitativo, che rapporta il numero di dipendenti già in *smart working* con quelli potenzialmente destinabili a tale modalità di lavoro.

Altro indicatore selezionato dall'Istituto, finalizzato ad accertare in concreto l'applicazione del nuovo regime ed a valutarla sotto un profilo quantitativo, è quello che rapporta il numero di giornate di lavoro settimanali in media destinate allo *smart working* rispetto a quelle totali.

Infine, sono stati introdotti indicatori qualitativi ("qualità percepita") che misurano il grado di soddisfazione:

- dei dirigenti/posizioni organizzative rispetto al nuovo regime di lavoro come applicato ai loro collaboratori;
- più in generale, dei dipendenti in *smart working* rispetto al nuovo regime.

Di seguito è riportata la tabella della programmazione degli obiettivi connessi allo stato di implementazione del lavoro agile.

PIANO DELLA PERFORMANCE
TRIENNIO 2021-2023

Codice
APN01_21

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2020 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITA'					
	Rispetto della normativa in materia di lavoro agile	% lavoratori agili effettivi rispetto ai lavoratori agili potenziali	60%	60%	60%	60%
		% Giornate lavoro agile	65%	65%	65%	65%
	QUALITA'					
	Mantenimento dei livelli di produttività	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti	90%	90%	90%	90%
		Livello di soddisfazione sul lavoro agile dipendenti comparto	90%	90%	90%	90%



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

PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2021-2023



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

7. LA CORRELAZIONE FRA 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 (ovvero il 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.

8. IL PROCESSO DI BUDGET

Il processo di budget dell'Istituto è dettagliatamente descritto in una specifica procedura aziendale (MP001).

Gli obiettivi sono definiti in genere entro i primi mesi dell'anno e nel loro insieme costituiscono parte integrante del Piano della Performance, dell'Istituto. Nel corso dell'anno gli obiettivi e/o gli indicatori e/o i target possono essere variati, previa valutazione della Direzione Aziendale. Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedono le seguenti caratteristiche:

- 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).

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 (o risultato) atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi pienamente raggiunto.

A ciascun obiettivo è assegnato un peso percentuale. La somma di tutti i pesi è pari al 100%.

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.



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

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2021-2023



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

8.1 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 di riferimento. 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 di riferimento 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.

8.2 LA NEGOZIAZIONE DEL BUDGET

La Direzione Aziendale negozia con i Responsabili dei CdR, attraverso appositi incontri, gli obiettivi da raggiungere nonché i relativi indicatori, i target o valori attesi ed i singoli pesi. Il processo di negoziazione termina con la sottoscrizione della scheda di budget da parte di ciascun Responsabile di CdR. Questi ultimi, una volta sottoscritta la scheda di budget, devono portare a conoscenza degli obiettivi assegnati al CdR 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 e stabilendo gli specifici obiettivi individuali per il personale assegnato.

8.3 IL MONITORAGGIO INFRANNUALE DEL BUDGET

Il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi dei CdR viene effettuato con cadenza in via ordinaria trimestrale a cura della S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche e comunicato ai Direttori dei CdR, alla Direzione Aziendale e all'OIV 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.

8.4 LA VERIFICA FINALE DEL BUDGET: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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.

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. Programmazione e Gestione Risorse Economiche e validata in seconda istanza dall'OIV. La Segreteria dell'OIV costruisce l'istruttoria con la documentazione, trasmessa 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%.



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

PIANO DELLA PERFORMANCE
TRIENNIO 2021-2023



Codice
APN01_21

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.

8.5 IL PIANO DEI CDR PER IL BUDGET 2021

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE CDR	Responsabile CdR
Struttura complessa	LABORATORIO REGIONALE DI PREVENZIONE ONCOLOGICA	C. SANI (Direttore sostituto)
Struttura complessa	SENOLOGIA CLINICA	B. BRANCATO
Struttura complessa	SCREENING E PREVENZIONE SECONDARIA	P. MANTELLINI
Struttura semplice afferente alla Direzione Sanitaria	CENTRO RIABILITAZIONE ONCOLOGICA	I. BRACCIALI
Struttura complessa	EPIDEMIOLOGIA CLINICA E DI SUPPORTO AL GOVERNO CLINICO	G. MASALA
Struttura complessa	BIOSTATISTICA APPLICATA ALL'ONCOLOGIA	VACANTE
Struttura complessa	EPIDEMIOLOGIA DEI FATTORI DI RISCHIO E DEGLI STILI DI VITA	D. PALLI
Struttura complessa	CORE RESEARCH LABORATORY	R. NOTARO (Direttore sostituto)
Struttura complessa	ATTIVITA' TECNICO AMMINISTRATIVE	M. PICCOLI MAZZINI
Struttura semplice a valenza dipartimentale	PROGRAMMAZIONE E GESTIONE RISORSE ECONOMICHE	C. GHERI
Staff Direzione Sanitaria	COORDINAMENTO DI AREA INFERMIERISTICA	A. CIPRIANI
Staff Direzione Sanitaria	COORDINAMENTO DI AREA TECNICO SANITARIA	E. CARNESCIALI
Staff Direzione Sanitaria	COORDINAMENTO DI AREA STATISTICO-EPIDEMIOLOGICA	P. FALINI

9. LA 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;



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

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2021-2023



Codice
APN01_21

- 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/Incarichi e Coordinamenti

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).

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****TRIENNIO 2021-2023****SST**
Servizio
Sanitario
della
Toscana**Codice**
APN01_21**SCHEDA VALUTAZIONE DEL DIRIGENTE
E DEL COMPARTO PER INCARICHI E COORDINAMENTI**

CRITERI
Produttività
Capacità di relazione interna e esterna
Problem-solving e capacità propositiva
Attenzione alle procedure

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Legenda:

1 = insufficiente (10)

2= sufficiente (15)

3= buono (20)

4= ottimo (25)

Pesatura_____/100

Sede legale:

ISPRO Via Cosimo Il Vecchio 2 • 50139 Firenze

Tel. 055 3269771



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

PIANO DELLA PERFORMANCE
TRIENNIO 2021-2023



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

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



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

PIANO DELLA PERFORMANCE
TRIENNIO 2021-2023



Codice
APN01_21

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	DIRETTORE SANITARIO/AMMINISTRATIVO/DIRETTORE GENERALE
DIRIGENTI	DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA/DIRETTORE AMMINISTRATIVO
PERSONALE COMPARTO	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA

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

9.1 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

9.2 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.

9.3 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.

9.4 EFFETTI DELLA VALUTAZIONE



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

PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2021-2023



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

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 integrativa 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.

10. 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:

- 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;
- Completamento dell'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

- Implementazione del nuovo gestionale di anatomia patologia: 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 informativi di dati e la tracciabilità di tutte le fasi del processo e adeguamento alla firma digitale dei referti.
- sistema qualità di del laboratorio: analisi e sviluppo di un sistema di gestione della qualità del laboratorio secondo i criteri dell'accreditamento volontario previsti dalla norma ISO 15189.

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 è definito a livello regionale dalle DGRT 1380/2018 e DGRT 1057/2020 e prevede, sinteticamente:



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

PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2021-2023



Codice
APN01_21

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) Dematerializzazione delle ricette

In linea con le indicazioni regionali proseguirà anche per l'anno 2021 il monitoraggio di prescrizioni dematerializzate delle ricette per la farmaceutica e per la specialistica.

f) 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.

g) 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 2021 nonché la manutenzione/integrazione delle procedure contabili-amministrative.

h) 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.

i) Gestionale S.S. Registro Tumori

L'obiettivo prevede l'avvio operativo di utilizzo del nuovo gestionale, il cui collaudo è avvenuto a fine 2020.

Gli Obiettivi strategici Anno 2021

Si riportano di seguito gli obiettivi di pertinenza dell'Istituto contenuti nell'allegato B della DGRT n. 141/2020 Sistema di valutazione delle Performance delle Aziende ed enti del SSR Anno 2020.

Articolazione obiettivi ed indicatori

CATEGORIE	FONTE	CODICE	INDICATORE	SOGLIA INDICATIVA
INDICATORE DI SISTEMA	NSG/GRIGLIA LEA	P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	60%
INDICATORE DI SISTEMA	NSG/GRIGLIA LEA	P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	80%
INDICATORE DI SISTEMA	NSG/GRIGLIA LEA	P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	70%
ESITI	ARS	PROSE4	Intervento per tumore al colon, rischio di morte a 30 giorni	mantenimento/ miglioramento
ESITI	ARS	PROSE5	Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia	mantenimento/ miglioramento
FARMACEUTICA	REGIONE		Spesa per acquisti farmaci da Estar < a quella registrata nel 2019	± 0,1%
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
FINE VITA	NSG	D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (adi e hospice)	>55%
FINE VITA	NSG	D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o 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.	<25%
ONCOLOGIA	NSG	H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi	>90
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	MES	C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin	75



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

PIANO DELLA PERFORMANCE
TRIENNIO 2021-2023



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Codice
APN01_21

			sparing sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	
RICERCA	MES/RT	B15.1.1A	Field weighted citation impact (FWCI) per dirigenti	Valutazione >3
RICERCA	MES/RT	B15.2.1A	% di dirigenti medici produttivi	Valutazione >3
RICERCA	MES/RT	B15.5a	Sperimentazione clinica: CRMS fattibilità e budget al 100%	Valutazione >3

Si specifica che:

- per la categoria di obiettivi **INDICATORE DI SISTEMA**, ISPRO è responsabile in relazione alle prestazioni di I e II livello direttamente erogate per gli ambiti di competenza (es. screening mammografico ambito fiorentino), mentre a livello regionale il raggiungimento delle percentuali richieste è legato alle azioni di governance del Coordinamento Screening (redazione di documenti/raccomandazioni/linee guida, predisposizione di atti regionali successivamente approvati dai settori competenti, coordinamento di gruppi tecnici inerenti specifiche tematiche, azioni di monitoraggio);
- per la categoria di obiettivi **ONCOLOGIA ed ESITI**, 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 Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici (redazione di documenti/raccomandazioni/linee guida, predisposizione di atti regionali successivamente approvati dai settori competenti, coordinamento di gruppi tecnici inerenti specifiche tematiche oncologiche, azioni di monitoraggio);
- per la categoria di obiettivi **FINE VITA**, fermo restando la volontà e la disponibilità del Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici ad 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 regionale sul tema del fine vita.

11. OBIETTIVI OPERATIVI

Sulla base degli obiettivi strategici verranno definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2021 nonché i relativi indicatori e valori attesi che saranno inseriti nel Budget aziendale dell'Istituto composto dai singoli Budget per CdR.