



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.P.G.R.T. n. 177 del 16/12/2016)

N° 23 del 31/01/2018

Oggetto: Approvazione del Piano della performance 2018-2020	
Struttura Proponente	Direzione Aziendale
Responsabile del procedimento	C. Gheri 
Estensore	
ALLEGATI N° 1	

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Importo di spesa:

Conto Economico n.

Eseguibile a norma di Legge dal 15/02/2018

Pubblicato a norma di Legge il 31 GEN. 2018

Inviato al Collegio Sindacale il 31 GEN. 2018

IL DIRETTORE GENERALE

di questo Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, con sede in Via Cosimo il Vecchio n. 2 – 50139 Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 177 del 16/12/2016.

Visti/e:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge Regionale Toscana 28 dicembre 2015, n. 84 avente per oggetto "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 40/2005";
- la Legge Regionale Toscana 14 luglio 2016, n. 44 recante "Ulteriori disposizioni in merito al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 40/2005 e alla L.R. 3/2008";
- la Legge Regionale Toscana 14 dicembre 2017, n. 74 che stabilisce che, a seguito dell'assorbimento delle funzioni dell'Istituto toscano tumori (ITT), l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica assume la denominazione di Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO);

Richiamati:

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii. recante attuazione in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 recante Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015 che interviene sulla disciplina della misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici;

Rilevato che nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 così come modificato dal D.Lgs. n. 74/2017 si dispone che:

- le amministrazioni pubbliche debbano individuare obiettivi specifici;
- entro il 31 gennaio le amministrazioni pubbliche redigano il Piano della performance quale documento programmatico triennale definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione che individui gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui agli obiettivi specifici;
- ogni amministrazione è tenuta ad adottare il sistema di valutazione nel rispetto del quadro normativo del decreto e degli indirizzi del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- la performance sia misurata e valutata con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti o gruppi di dipendenti;

Vista la delibera n. 112/2010 della Civit che definisce la struttura e la modalità di redazione del Piano della performance (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

Rilevata la legittimità e la congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante l'istruttoria effettuata;

Con la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza (ai sensi del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm. e ii.);

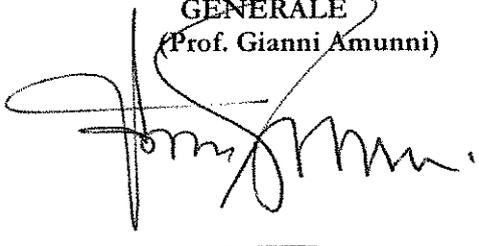
DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama:

1. Di adottare il Piano della performance Anni 2018-2020 (allegato "A" alla presente delibera quale parte integrante e sostanziale);
2. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. Toscana n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questo Istituto.


IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Riccardo Poli)


IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dott. Fabrizio Carraro)


IL DIRETTORE
GENERALE
(Prof. Gianni Amunni)

ELENCO DEGLI ALLEGATI

Allegato A: Piano della performance Anni 2018-2020 n. pagine 26

Strutture aziendali da partecipare:

S.C./S.S.

Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione

Coordinamento Tecnico Sanitario

Coordinamento Statistico

RPCT

31 GEN. 2018

ALLEGATO "A" ALLA DELIBERA N. 23 31 GEN. 2018

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2018-2020

Approvato con deliberazione del Direttore Generale
n. 23 del 31 GEN. 2018

Gruppo di redazione:

Umberto Domenichini, Cristina Gheri,
Barbara Mengoni, Roberta Ponzi, Manola Turci

PREMESSA

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

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

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

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

Il Piano della performance, in quanto atto di programmazione pluriennale per il triennio 2018-2020, 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 2018-2020 con rivalutazione annuale e si pone lo scopo di:

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

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

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

L'Istituto ha come attività istituzionali:

- a) la ricerca, la valutazione e la sorveglianza epidemiologica, la promozione e realizzazione di progetti di intervento nel campo della prevenzione primaria in ambito oncologico, sia nella popolazione generale che in sottogruppi a rischio specifico;
- b) la ricerca, la valutazione epidemiologica e dell'appropriatezza delle tecnologie Health Technology Assessment (HTA), la definizione dei percorsi diagnostici nel campo della prevenzione secondaria in ambito oncologico e la promozione e realizzazione di programmi di screening oncologico;
- c) l'organizzazione, l'esecuzione, il monitoraggio delle procedure diagnostiche correlate agli screening oncologici effettuati sul territorio regionale;
- d) la centralizzazione delle attività diagnostiche correlate agli screening oncologici effettuati sul territorio regionale;
- e) la prevenzione terziaria con specifico riferimento al follow-up, al sostegno psicologico ed alla riabilitazione dei pazienti oncologici;
- f) la gestione del registro toscano tumori, del registro di mortalità regionale, nonché la gestione delle mappe di rischio oncogeno e la gestione del centro operativo regionale (COR) per i tumori professionali;
- g) la sorveglianza epidemiologica relativa agli aspetti di stile di vita, incluse le abitudini alimentari e voluttuarie e i livelli di attività fisica, le esposizioni ambientali e occupazionali e gli aspetti socio-economici collegati;
- h) la sperimentazione clinica riconducibile alle attività complessive di ISPRO, compresa quella relativa a farmaci utilizzabili nella chemio prevenzione;
- i) studio dei fattori cancerogeni ambientali e professionali;
- j) studio di suscettibilità individuale e di gruppi ad alto rischio;
- k) valutazione dell'incidenza, prevalenza e mortalità per tumori, nell'ambito degli indirizzi del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e della Direzione Aziendale;
- l) attività ambulatoriali e di laboratorio, diagnostiche e specialistiche, sulla base della programmazione regionale e di Area Vasta, per la prevenzione, la ricerca e l'assistenza oncologica;
- m) aggiornamento professionale, nell'ambito della prevenzione oncologica, per le aziende sanitarie del servizio sanitario regionale e nazionale.

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

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

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

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

MISSIONE ISTITUZIONALE

La missione dell'Istituto, che da oltre 40 anni opera nell'ambito della prevenzione oncologica, è quella di "promuovere, produrre, misurare e studiare azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei tumori, nell'ambito del servizio sanitario pubblico".

ANALISI DI CONTESTO

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

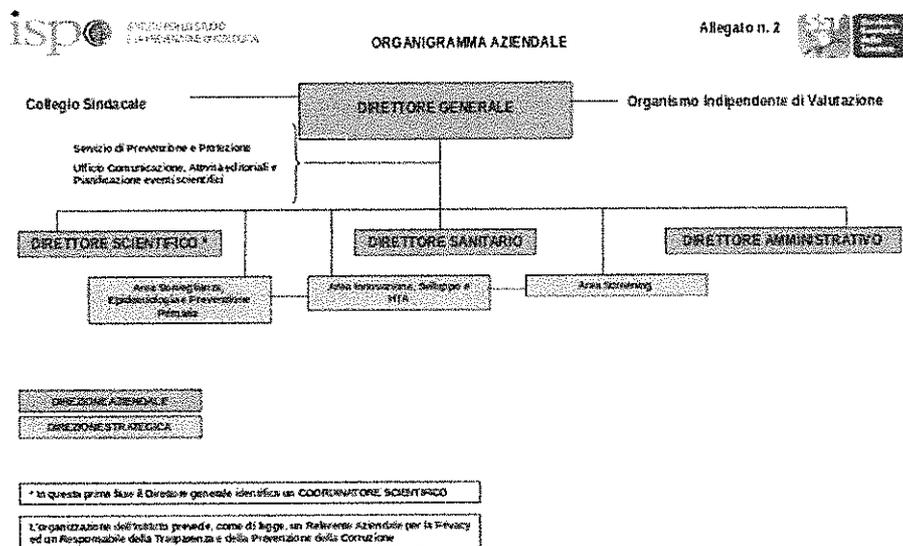
Dal punto di vista normativo, di seguito si elencano le principali disposizioni nazionali e regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento:

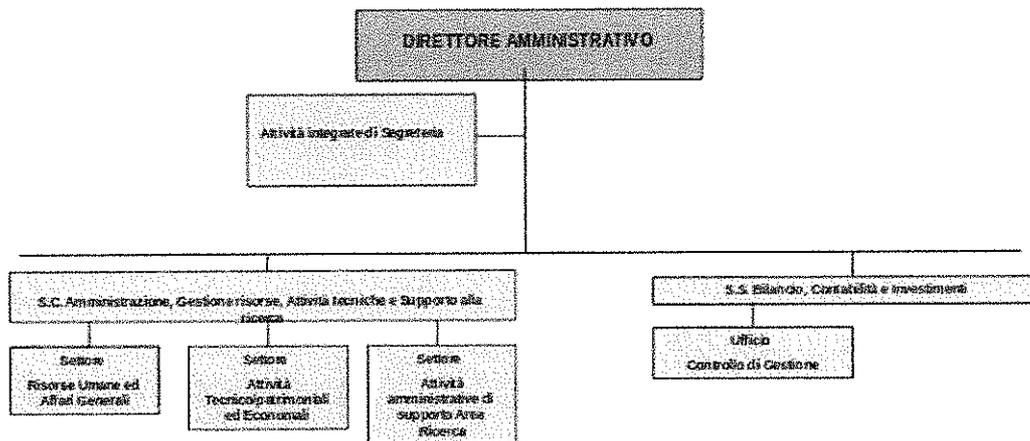
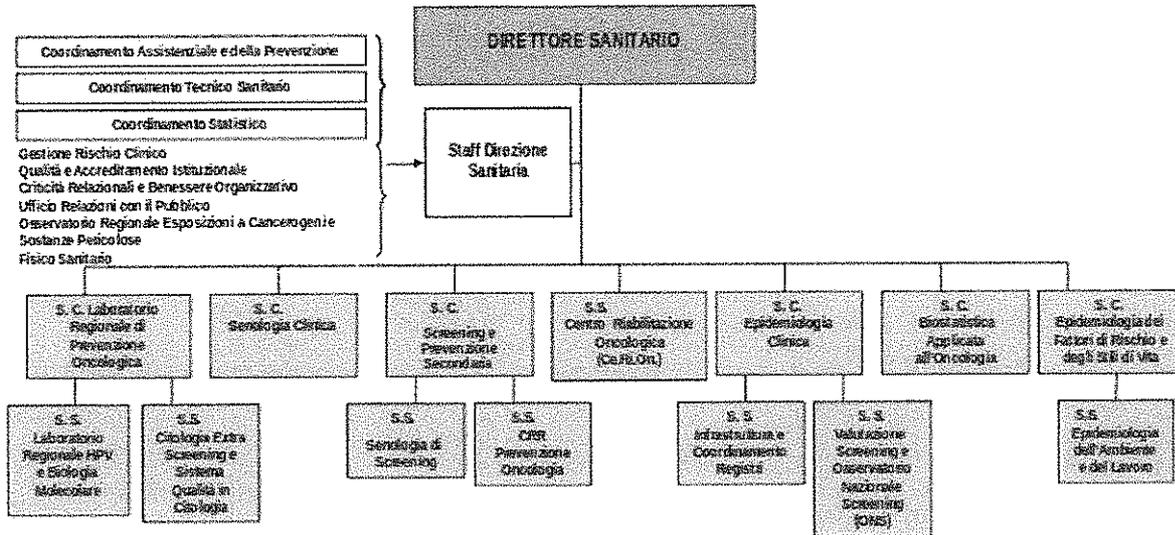
- D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e ss.mm.ii.;
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 “Norme sull’assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie 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”;
- Delibera RT n. 1520 del 27.12.2017 “Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell’attività svolta nel 2018”

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

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

L’assetto organizzativo dell’Istituto, attualmente in vigore in attesa dell’adozione del nuovo statuto e del relativo regolamento ai sensi di quanto disposto dalla LRT n. 74/2017, è quello approvato con delibera del Direttore Generale n. 292 del 24/12/2015 e riportato a seguire.





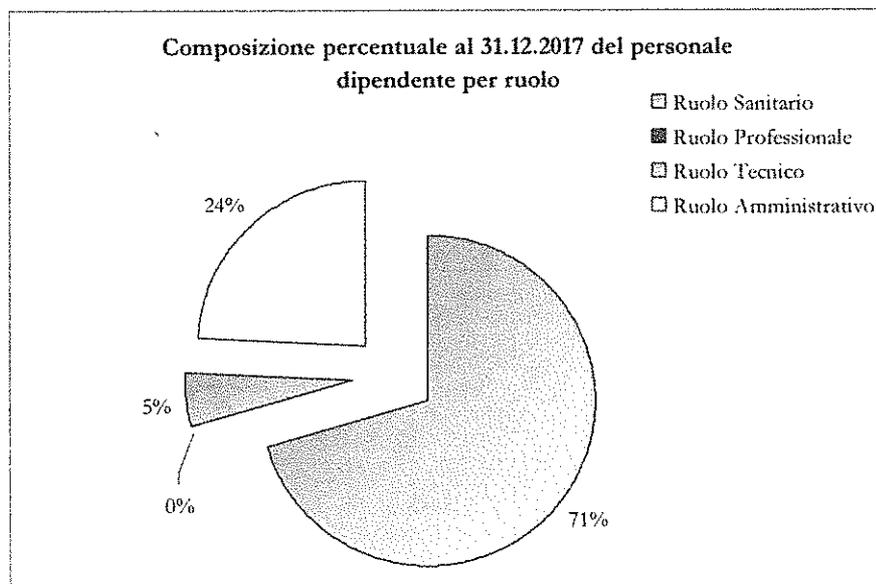
Handwritten signature

L'ISTITUTO IN CIFRE

Personale dipendente al 31.12.2017

Ruolo/area contrattuale	N. personale dipendente
RUOLO SANITARIO	96
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	25
<i>Dirigenza sanitaria</i>	13
<i>Comparto</i>	58
RUOLO PROFESSIONALE	0
<i>Dirigenza</i>	0
<i>Comparto</i>	0
RUOLO TECNICO	7
<i>Dirigenza</i>	0
<i>Comparto</i>	7
RUOLO AMMINISTRATIVO	33
<i>Dirigenza</i>	4
<i>Comparto</i>	29
TOTALE	136

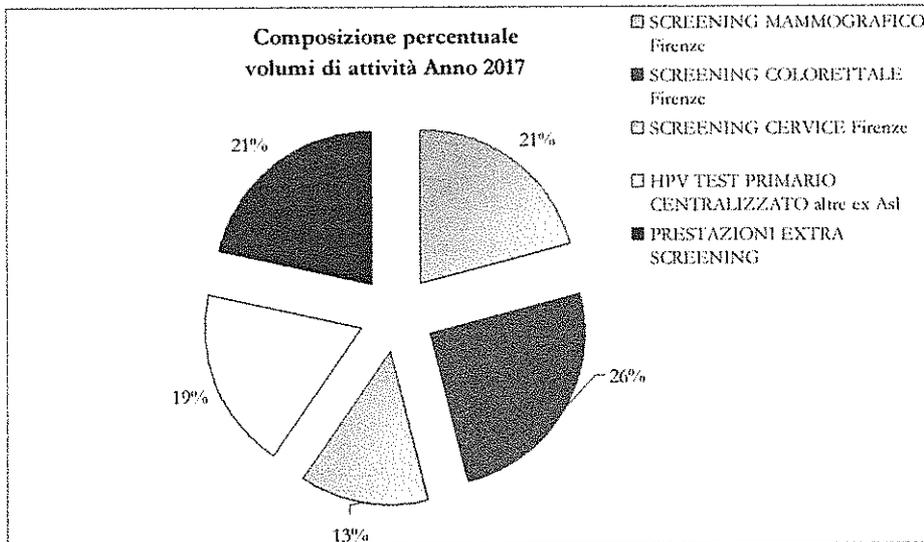
Fonte: Settore Risorse Umane ed Affari Generali



Volumi di attività Anno 2017

SCREENING MAMMOGRAFICO Firenze	50.386
SCREENING COLORETTALE Firenze	60.773
SCREENING CERVICE Firenze	32.541
HPV TEST PRIMARIO CENTRALIZZATO Altre ex Asl	46.177
PRESTAZIONI EXTRA SCREENING	51.771

Fonte: Sistema Informativo Estar



L'attività di ricerca

Titolo Progetto	Durata del progetto	Obiettivi di attività
Advance Care Planning; an Innovative Palliative Care Intervention to Improve Quality of Life in Cancer Patients - a Multi Centre Cluster Randomized Clinical Trial - Progetto ACTION	01.12.2013-30.11.2018	Obiettivo del progetto è studiare gli effetti della Pianificazione Anticipata delle Cure (ACP) sul controllo dei sintomi e sulla qualità di vita di malati oncologici in stadio avanzato. Il progetto è un cluster trial randomizzato multicentrico che si realizzerà in sei Paesi Europei (Olanda-Paese capofila, Belgio, Regno Unito, Slovenia, Danimarca, Italia).
Persistent organic pollutants and heavy metals levels: the role of diet, lifestyle and environment in a series of 456 residents of Tuscany in relation to breast cancer and non-Hodgkin lymphoma	01.11.2014-29.04.2018	Lo studio si propone di studiare l'interazione fra dieta, stile di vita, esposizioni ambientali e professionali nel determinare i livelli biologici di inquinanti comuni, e di indagare il loro ruolo nell'eziologia del tumore mammario e del linfoma non-Hodgkin. Lo studio sarà realizzato in un campione di 456 residenti della provincia di Firenze I dati così raccolti saranno elaborati per studiare i determinanti della concentrazione di alcuni inquinanti comuni in campioni biologici (sangue o urine a seconda del tipo di inquinante) raccolti al momento dell'arruolamento nello studio EPIC, e per investigare il ruolo di questi ultimi nello sviluppo del tumore della mammella e del linfoma non-Hodgkin.
Tackling second-hand tobacco smoke and e-cigarette emissions: exposure assessment, novel interventions, impact on lung diseases and economic burden in diverse European populations. The Tackshs Project	01.11.2015-31.10.2019	L'obiettivo del progetto è quantificare in Europa l'esposizione a fumo passivo ed il carico di malattia legato a tale esposizione sviluppando interventi per ridurre l'esposizione a fumo passivo di sigarette tradizionali ed elettroniche. Obiettivi specifici di TackSHS: <ul style="list-style-type: none"> • Analizzare i determinanti di esposizione della popolazione europea al fumo passivo tramite un'inchiesta ad un campione rappresentativo di europei nei 28 Paesi (WorkPackage [WP] 3) e misurazioni oggettive utilizzando marcatori ambientali in un campione di ambienti privati (case, auto) e outdoor (WP2); • Caratterizzare l'atteggiamento della popolazione nei confronti del fumo passivo e nei confronti di misure per rendere ambienti interni ed esterni liberi da fumo, con valutazione della percezione del rischio di esposizione a fumo passivo nella popolazione generale e in gruppi vulnerabili (WP3); • Valutare la morbilità e la mortalità da malattie polmonari croniche e malattie cardiovascolari attribuibili a esposizione a fumo passivo nella popolazione europea, con particolare attenzione ai gruppi svantaggiati e vulnerabili (WP9), e di valutare l'onere economico di tali esposizioni (WP10); • Progettare, implementare e valutare nuovi interventi per ridurre l'esposizione al fumo passivo in popolazioni vulnerabili (WP4); con particolare attenzione alla ricerca di metodi per aumentare il numero di case e automobili libere da fumo; • Caratterizzare l'esposizione a fumo passivo e l'esposizione

		<p>alle emissioni di sigarette elettroniche su pazienti con malattie croniche polmonari (WP5) e soggetti sani (WP6);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare metodi sostenibili ed economicamente efficaci per la valutazione delle emissioni da fumo passivo e da sigaretta elettronica (WP7); • Rivedere sistematicamente la letteratura scientifica sull'esposizione passiva alle emissioni di seconda sigaretta elettronica e valutare tali emissioni in condizioni reali (WP8); • Diffondere i risultati, i nuovi interventi e le raccomandazioni per sviluppo di politiche sanitarie prodotte dal progetto attraverso una conferenza finale, pubblicazioni scientifiche e articoli su quotidiani per il grande pubblico (WP11); • Aderire ai principi di buon governo, condotta etica, e attività responsabile nella gestione scientifica e amministrativa del progetto (WP1).
Estensione del percorso di screening mammografico organizzato alle cittadine residenti dai 45 ai 74 anni di età e nuovi percorsi innovativi.	01.01.2016-31.12.2018	<p>Il progetto si pone l'obiettivo di approfondire la conoscenza sui fattori di rischio per lo sviluppo del tumore della mammella e su possibili percorsi personalizzati o "tailored" per sottogruppi di popolazione a maggior rischio. Inoltre l'innovazione tecnologica sempre più avanzata che sembra offrire ulteriori vantaggi in termini di salute necessita di un monitoraggio assiduo, sia in termini di efficacia che di efficienza. Lo screening organizzato è una realtà che rappresenta una base valida per valutazioni di Health technology assessment. Recentemente la Tomosintesi si è dimostrata efficace nell'identificare lesioni mammarie e nel ridurre il numero di richiami ad approfondimento diagnostico falsamente positivi. Al momento non vi sono evidenze scientifiche sufficienti per un utilizzo della Tomosintesi come test di screening, ma è possibile che questa metodica possa negli anni sostituirsi o affiancare la tecnologia digitale attualmente in uso nei programmi di screening.</p>
Ambiente e Salute nel PNP 2014-2018: rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione di impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione (EpiAmbNet)	22.07.2016-23.06.2018	<p>L'obiettivo del progetto è costituire una rete nazionale di Epidemiologia Ambientale e comunicazione del rischio, fornendo supporto alla Valutazione Integrata di Impatto Ambientale e Sanitario e fornendo supporto alla Formazione in Epidemiologia Ambientale.</p>
The value of HPV DNA testing using self-collected sampling in non-attendees cervical cancer screening and molecular triage strategies on self-sampled material for HPV positive women	10.08.2016-09.02.2019	<p>Lo studio ha come obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutare le differenze nella adesione allo screening, di donne non rispondenti, invitate ad eseguire il test HPV di screening con prelievo tradizionale vs all'auto-prelievo 2. Valutare l'accettabilità dei due sistemi di prelievo. 3. Valutare le performance dei due sistemi di prelievo in termini di raccolta e conservazione del materiale biologico per le successive analisi molecolari. 4. Valutare la migliore strategia di triage per i campioni prelevati con auto prelievo.
Sistema di monitoraggio dell'applicazione del D.Lgs di recepimento della Direttiva 2014/40/UE e di Valutazione dei suoi effetti sui comportamenti associati alla Salute (MADES)	27.05.2016-25.02.2018	<p>Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduzione dei pittogrammi nei pacchetti di sigarette con immagini e testo e con riportato il numero verde dell'ISS per chiedere aiuto per smettere; - divieto di fumo in auto con bambini e donne in gravidanza e nelle pertinenze esterne di reparti ginecologici e pediatrici; -- potenziamento del divieto di vendita ai minori con aumento delle sanzioni, sospensione e revoca della licenza per tabaccai e abolizione dei pacchetti da 10 sigarette; - obbligo di segnalazione degli additivi utilizzati nei prodotti del tabacco e divieto di utilizzo di una serie di additivi.
Mammographic Density and Breast Cancer prevention: a metabolomic epigenetic and inflammatory markers integrated approach	02.01.2016-01.01.2019	<p>Il progetto si propone di valutare il ruolo dell'epigenetica, della metabolomica e del livello di una serie di marcatori dell'infiammazione, nella etiologia e prevenzione del tumore della mammella tenendo conto del ruolo della densità mammografica, un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo di questo tumore. Il progetto prevede:</p> <p>a) la valutazione di questi aspetti nei campioni biologici prediagnostici di 200 casi di tumore della mammella campionati tra quelli identificati nella coorte EPIC Firenze di cui 100 insorti su mammella densa e 100 su mammella adiposa. Il ruolo dei biomarcatori verrà valutato tenendo conto dei dati relativi alle caratteristiche del tumore (stadio, stato recettoriale, ecc) e ai dati di antropometria, abitudini alimentari e stile di vita raccolti al momento dell'arruolamento</p>

		<p>nella coorte EPIC.</p> <p>b) la valutazione di questi aspetti in campioni ematici raccolti al baseline e dopo due anni di intervento in 232 partecipanti allo studio DAMA, un trial di intervento randomizzato per valutare il ruolo di modifiche delle abitudini alimentari e di attività fisica nel ridurre la densità mammografia in donne in postmenopausa a rischio aumentato di tumore mammario per elevata densità mammografia come definita alla mammografia di screening. Le variazioni dei livelli dei biomarcatori saranno valutati in accordo al tipo di intervento e alla eventuale modifica della densità mammografia.</p>
BRIC ID 59 Accesso alle cure, sostegno psicologico e sorveglianza sanitaria epidemiologica delle patologie correlate in Italia: un progetto integrato	16.08.2017-18.06.2019	<p>Il progetto persegue l'obiettivo di stimare il costo medio di gestione per il sistema sanitario di un caso di MM, in generale e per tipologia di strutture ospedaliere e l'obiettivo di stimare le variazioni dei costi negli ultimi 10 anni in due regioni italiane. Il lavoro sarà svolto su casistica toscana e lombarda in collaborazione con il COR mesoteliomi della Lombardia. Gli obiettivi finali previsti sono la sperimentazione della metodologia in 2 regioni (almeno 50 casi) e stima del costo medio di un caso di MPM in una situazione organizzata di gestione di indirizzo multidisciplinare di presa in carico di un caso di MPM rispetto alla stima dei costi attuali in strutture ospedaliere dove la gestione dei casi avviene con modalità non organizzate.</p>
"Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico" - CCM 2015	11.09.2017-23.03.2018	<p>Il progetto ha come obiettivo lo sviluppo di competenze sul counseling motivazionale sugli stili di vita negli operatori sanitari e sperimentazione di possibili percorsi opportunistici di avviso motivazionale breve sugli stili di vita all'interno delle prestazioni erogate nelle strutture aderenti al progetto. ISPO partecipa al progetto per conto della Regione Toscana, e dovrà svolgere i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento della formazione seminariale (scelta degli operatori da inviare ai seminari per formazione formatori e individuazione della rete educativa, sociale e sanitaria locale); - Monitoraggio locale del Progetto - Applicazione dell'intervento di counseling motivazionale in almeno uno dei setting previsti (luoghi di lavoro, screening oncologici, altro tipo di ambulatori) per almeno 100 utenti per ogni setting - Formazione a distanza (FAD) di almeno 30 operatori da parte di Servizi Sanitari, Imprese, Università, Società Scientifiche.
Sorveglianza Epidemiologica dei tumori professionali finalizzata all'attivazione del sistema di monitoraggio dei rischi oncogeni occupazionali previsto dall'art. 244 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.	24.10.2017-23.10.2019	<p>Il progetto è finanziato da INAIL e vede il coinvolgimento del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (DIMEHLA) di INAIL e il Centro operativo Regionale della Toscana. Il COR Toscana rappresenta l'Unità Operativa di riferimento per la rilevazione, in sinergia con l'INAIL, dei casi di mesotelioma, delle cavità nasali e dei seni paranasali e dei casi di neoplasia a più bassa frazione eziologica.</p> <p>In particolare, la presente collaborazione s'incentra sui seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutare la fattibilità di realizzazione del progetto a livello regionale in relazione alle diverse disponibilità di archivi sanitari e di popolazione; • standardizzare le procedure di raccolta ed analisi dei dati per la produzione di stime di rischio per sede, genere e comparto produttivo mediante la predisposizione di un manuale operativo nazionale di riferimento per tutte le regioni; • definire i criteri per la selezione di clusters di casi potenzialmente attribuibili ad esposizioni lavorative (per sede neoplastica, per settore di attività economica o per cluster aziendale) per avviare una attività routinaria di sorveglianza epidemiologica per l'accertamento del nesso causale; • predisporre questionari di riferimento nazionale, per sede e comparto produttivo, da mettere a disposizione dei servizi territoriali per la ricostruzione anamnestica individuale delle circostanze di esposizione finalizzata all'accertamento del nesso causale e la valutazione dei fattori di confondimento.
Prostate cancer and PSA screening: evaluation of molecular triage methods to detect clinically important prostate cancer	02.01.2016-01.01.2019	<p>Il progetto prevede di effettuare a soggetti di età compresa fra 55 e 64 anni, che hanno dato il loro consenso alla partecipazione allo studio, con PSA superiore a 3 ng/ml senza precedenti biopsie prostatiche ed in assenza di sintomi</p>

		<p>clinici un prelievo di sangue e sarà richiesto di portare un campione urinario.</p> <p>I campioni biologici raccolti saranno centralizzati nella biobanca presente presso ISPO.</p> <p>I soggetti seguiranno successivamente il loro percorso clinico diagnostico routinario. Una biopsia a 16 cores verrà effettuata.</p> <p>Tutte le fettine istologiche saranno analizzate e conservate al Dipartimento di Istologia e diagnostica molecolare dell'AOUC di Careggi. In caso di positività bioptica saranno indirizzati, secondo i correnti protocolli, o al trattamento chirurgico o a quello radioterapico o di sorveglianza attiva. Sulla base della biopsia prostatica saranno definiti i Tumori Prostatici (TP) aggressivi da quelli non aggressivi.</p>
Miglioramento e diffusione degli screening oncologici nella Regione Sicilia	19.09.2017-18.09.2018	<p>Oggetto del presente accordo è la collaborazione tra il DASOE e l'ONS finalizzata alla realizzazione del Progetto "Miglioramento e diffusione degli screening oncologici nella Regione Sicilia".</p> <p>La Regione Sicilia ha ritenuto opportuno chiedere una collaborazione ad ISPO, considera l'esperienza acquisita in un progetto prototipale dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) e quella maturata da ISPO in qualità di Centro di Riferimento Regionale toscano per la prevenzione oncologica, per pianificare l'attività nell'ambito dei seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Formazione del personale regionale; b) Collaborazione alla stesura di documenti regionali di indirizzo; c) Collaborazione allo sviluppo di una migliore comunicazione con la popolazione; d) Organizzazione di site-visits presso le ASP; e) Monitoraggio dei dati di attività.
Progetto "Assicurazione di qualità negli screening oncologici della ASP Catania: dagli audit di qualità alla formazione"	01.12.2017-30.11.2018	<p>Il presente progetto si inserisce nell'ampio capitolo della Assicurazione di Qualità dei Programmi di Screening la cui validità è riconosciuta e raccomandata sia a livello nazionale che europeo. Le modalità con cui garantire la qualità in ambito di screening oncologici sono molteplici ed in particolare si estrinsecano attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di informazioni diagnostiche organizzative del percorso di screening utile per la produzione di indicatori di processo e di esito. - audit di qualità di vario tipo che sono state sviluppate come modello prototipale, dall'Osservatorio Nazionale Screening, sottoforma di site visit; - la formazione di tutti gli operatori coinvolti nel programma; - l'implementazione di modelli di comunicazione con l'utenza che esplicitino e confermino la reale presa in carico dell'utenza durante tutto il percorso; - la produzione di indagini ad hoc su specifici argomenti (ad esempio analisi dei non rispondenti, etc); - la partecipazione a progetti di ricerca quali-quantitativa applicati allo screening. <p>Nello specifico per quanto riguarda l'ASP Catania che, nell'ambito della Assicurazione di Qualità, ha partecipato ad un progetto nazionale di Rendicontazione Sociale si prevede di attivare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un percorso di site visit per lo screening mammografico, colo-rettale e cervicale centrato sulla analisi organizzativa e tecnico professionale di 1°, 2° e 3° livello; 2. un percorso di formazione-osservazione da parte degli operatori della ASP Catania, contestuale alla site visit, ai fini della acquisizione delle conoscenze/competenze per la esecuzione di audit di qualità interni; 3. un evento formativo con la restituzione di quanto rilevato nelle site visit e sullo stato di avanzamento degli eventuali piani di miglioramento.

<p>Percorso integrato di agopuntura, attività motoria adattata, dieta ed intervento psicologico nel trattamento del Linfedema dell'arto superiore in donne operate di tumore al seno"</p>	<p>15.06.2017-30.12.2018</p>	<p>Il progetto si propone di attivare e verificare gli effetti di un percorso integrato di agopuntura, attività motoria adattata, dieta ed intervento psicologico nel trattamento del linfedema dell'arto superiore in donne operate di tumore al seno, che hanno già fruito, delle terapie fisioterapiche per la riduzione dell'edema. Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la riduzione del linfedema verrà valutata confrontando sia le misure centimetriche della circonferenza degli arti che la valutazione di composizione corporea segmentale eseguite all'inizio ed alla fine del percorso; - l'eventuale miglioramento della mobilità articolare e della forza dell'arto linfedematoso verranno valutate confrontando i risultati di inizio e di fine trattamento dell'<i>hand grip</i> test per la valutazione della forza, del test uncino e triplo uncino per la mobilità articolare delle dita e delle misurazioni angolari con sensore isoinerziale (Gyko della Microgate) per la mobilità del polso; - l'eventuale miglioramento della qualità di vita e/o la riduzione dello stress saranno valutate con appositi questionari somministrati ad inizio ed a fine trattamento.
<p>"Breast cancer screening awareness trial mHealth approach on evidence and controversy for a personalised informed choice" (Tumore al seno e screening: studio su uno strumento informativo per una scelta consapevole)</p>	<p>31.05.2017-31.12.2018</p>	<p>Il progetto, coordinato dall'IRCCS Mario Negri, ha come obiettivo di costruire un uno strumento di informazione web (piattaforma web multilivello e interattiva) per le donne che vengono invitate allo screening mammografico, utile al processo decisionale che una donna deve mettere in atto prima di decidere se accettare o meno l'invito allo screening. Lo strumento verrà valutato all'interno di un trial interventistico randomizzato in tre centri di screening italiani tra cui ISPO. ISPO, individuato come partner di riferimento dal Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa), dovrà:</p> <p>Predisporre delle misure organizzative indispensabili per la realizzazione dello studio: dalla individuazione della popolazione oggetto di studio (popolazione femminile eleggibile nello screening mammografico nel territorio fiorentino al primo invito di screening), spedizione dell' invito allo studio con lettera ad hoc che spiega gli obiettivi, monitoraggio dell'adesione allo screening mammografico delle donne arruolate. Partecipare alla elaborazione degli strumenti informativi utilizzati nello studio e ad incontri e riunioni del gruppo di lavoro. Fornire dei dati di monitoraggio dello studio ed in particolare la valutazione dei tassi di adesione allo screening mammografico in donne con accesso a strumenti informativi differenti. Contribuire all'analisi dei dati e alla valutazione dei risultati. Tale attività si realizzerà negli ultimi 6 mesi del progetto.</p>
<p>"Sorveglianza Sanitaria e percorso clinico per gli ex esposti ad amianto e sviluppo di linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria di ex esposti ad altri cancerogeni occupazionali"</p>	<p>06.10.2016-31.12.2018</p>	<p>Il progetto fa riferimento alle procedure sanitarie descritte e indicate nel documento di Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto, predisposto da uno specifico Gruppo di lavoro regionale (Decreto n.1826 del 26-4-2012) in linea con gli indirizzi approvati a livello Nazionale nel maggio 2015 dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome. Obiettivi e finalità del progetto :</p> <ul style="list-style-type: none"> - offrire un servizio omogeneo di sorveglianza sanitaria ai lavoratori di ex esposti ad amianto su tutto il territorio regionale, - definire linee di indirizzo di sorveglianza sanitaria per ex-esposti ad altri cancerogeni occupazionali, - aggiornare il percorso clinico nei casi di mesotelioma maligno. <p>Ai sensi del progetto n.39 "Sorveglianza sanitaria in ex-esposti all'amianto quale strumento anche per la tutela dell'ambiente e dei cittadini in merito all'amianto" del PRP 2014-2018, di cui alla DGRT 693/2015 ISPO svolge funzioni di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. coordinamento del Gruppo tecnico regionale (GTRC) che accompagnerà e monitorerà l'intero processo; 2. predisposizione di un piano operativo per la valutazione annuale dello stato di attuazione della sorveglianza sanitaria fornita annualmente agli ex-esposti ad amianto dai servizi del SSR, raccordando le informazioni raccolte con quelle

		registrate dal COR dei tumori professionali; 3. predisposizione dei rapporti annuali.
<p>"Determinants of mammographic breast density and breast cancer risk in a large cohort of women with repeated breast density measurements based on full-field digital mammograms and repeated information on anthropometry, diet and lifestyle characteristics". The FEDRA</p>	<p>Durata 36 mesi (in corso di sottoscrizione convenzione)</p>	<p>Lo studio dei determinanti della MBD (obiettivo specifico 1) si avvarrà di un disegno di studio longitudinale, ripetuto misure di entrambe le esposizioni di interesse (antropometria, livelli di attività fisica, mestruale e riproduttiva storia, uso di contraccettivi orali e ormoni per la menopausa, abitudine al fumo, assunzione di alcol, e altri) e il risultato (MBD, modellato come variabile continua o variabile categoriale) disponibile per la maggior parte degli studi partecipanti. A causa della natura longitudinale dello studio, l'analisi sarà condotta utilizzando tecniche statistiche (come equazioni di stima generalizzate o analisi di modelli misti) che tengono conto del fatto che le osservazioni ripetute di ogni soggetto sono correlati. In particolare, verranno adattati diversi modelli temporali alternativi per consentire una latenza diversa periodi tra ciascuna esposizione di interesse e il suo effetto su MBD.</p> <p>Adegueremo i modelli di regressione al rischio di Cox (con l'età come variabile temporale sottostante) per indagare l'associazione tra MBD e BC rischia mentre si adegua ad altri fattori di rischio e protettivi noti (scopo specifico 2). Grazie alla disponibilità di ripetute misurazioni, sia le MBD che i fattori di confondimento saranno modellate come covariate dipendenti dal tempo e mireremo specificamente a valutare quale è il tempo nella vita in cui ciascun fattore di rischio e protezione esercita il suo più forte effetto sul rischio di BC, e con cosa latenza media. Nell'analisi di sottogruppi, verranno inseriti modelli separati per la pre-menopausa e la post-menopausa BC.</p> <p>Risultati attesi: Ci aspettiamo di valutare in modo prospettico l'influenza dei fattori di rischio della BC misurati in diversi momenti su MBD e come la MBD varia nel tempo in relazione all'età, allo stato della menopausa e anche al ruolo del cambiamento nei fattori di peso e stile di vita noto per influenzare l'MBD. Ci aspettiamo di stimare nella stessa coorte l'associazione tra misure di MBD e rischio di BC prendendo in considerazione altri fattori di rischio, come suggerito nelle analisi sopra descritte. La disponibilità di misure MBD ripetute consentirà di valutare l'effetto sul rischio BC di MBD in finestre temporali specifiche.</p>
<p>Confronto randomizzato tra cancro al seno standardizzato e rischio-stratificato Screening in donne europee di età compresa tra 40 e 70 anni - MyPEBS</p>	<p>01.01.2018-31.12.2025</p>	<p>MyPEBS affronta la questione del futuro dello screening del cancro al seno in Europa. L'attualescreening 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.</p> <p>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.</p>
<p>"Adenoma detection rate della colonscopia con ARC Endocuff Vision vs. colonscopia tradizionale nello screening del carcinoma coloretale: uno studio randomizzato multicentrico italiano -</p>	<p>Durata 12 mesi (in corso di sottoscrizione convenzione)</p>	<p>Progetto: si tratta di un trial controllato randomizzato il cui scopo è quello di valutare se l'impiego di un dispositivo per colonscopia (ARC Endocuff Vision) sia in grado di aumentare</p>

ITAVISION"		<p>il tasso di identificazione degli adenomi rispetto alla colonscopia tradizionale. E' stato infatti dimostrato che un incremento del tasso di identificazione degli adenomi nel corso di colonscopia si traduce in una riduzione della mortalità per tumore del colon retto. I programmi di screening coloretale che utilizzano il test per la ricerca del sangue occulto fecale prevedono per i soggetti con esito positivo l'esecuzione di una colonscopia di approfondimento. E' fondamentale ottimizzare la sensibilità diagnostica sia per tumore che per adenomi di tale procedura. E' quindi di interesse valutare l'incremento di sensibilità diagnostica che è possibile ottenere attraverso l'uso del dispositivo ARC Endocuff Vision. ARC Endocuff Vision rappresenta la seconda generazione di un accessorio per endoscopia, costituito da un cappuccio in plastica soffice che si applica alla sommità del colonscopio. Durante le manovre di intubazione del colon l'accessorio è quasi del tutto invisibile, mentre nella fase di retrazione dello strumento, le proiezioni spingono le pareti del viscere e si divaricano, appianando le pliche e le flessure coliche.</p>
<p>"Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate prima dell'età di inizio dello screening" - CCM 2016</p>	01.04.2017-31.03.2019	<p>Obiettivo generale: costruzione di un sistema di valutazione e monitoraggio in grado di permettere l'integrazione dei programmi di prevenzione primaria (vaccini) con quelli di prevenzione secondaria (programmi di screening del cervicocarcinoma)</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ob. 1: fattibilità del linkage fra archivi di screening e archivio delle vaccinate. Valutare l'attendibilità e la completezza dei sistemi informativi delle vaccinate. Valutare la proporzione di donne che hanno eseguito la vaccinazione all'infuori dell'offerta pubblica di vaccino. - Ob. 2: Individuare fra le invitate e le partecipanti la proporzioni di donne vaccinate e misurarne la rispondenza all'invito, la positività ai vari ceppi di HPV e i tassi di identificazione di lesioni CIN2 o peggiori. - Ob. 3: determinare l'intervallo di screening per le donne vaccinate HPV negative allo screening mediante valutazione del detection rate di CIN3+ ai passaggi di screening successivi (cioè dopo 5 anni) - Ob. 4: stesura di mini-report di HTA del nuovo protocollo di screening (Budget impact analysis e analisi dell'impatto organizzativo) - Ob. 5: Organizzazione di percorsi formativi e di comunicazione per il personale sanitario impegnato nei programmi di screening, ai MMG e ai Medici specialisti sul territorio sulla rimodulazione del programma di screening.
<p>"Monitoraggio delle attività di bonifica dell'amianto mediante la verifica complessiva dei piani di lavoro ex art. 256 DLgs 81/08 e le relazioni ex art. 9 Legge 257/922.</p>	31.01.2017-30.04.2018	<p>Il progetto ha come obiettivo la revisione e registrazione delle relazioni ex art. 9 effettuate da ISPO può riassumersi sostanzialmente nei seguenti punti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamento delle relazioni; 2. Realizzazione da parte delle ASL di eventuali incroci con le notifiche ed i piani di lavoro prima ex art 34 DLgs 277/91, adesso ex Art 256 DLgs 81/2008; 3. Censimento postumo della presenza di materiali contenenti amianto in matrice friabile; 4. Favorire, attraverso l'individuazione della presenza pregressa di amianto, l'attività di ricostruzione dell'esposizione per i casi affetti da patologie asbesto-correlate e per l'individuazione di ex esposti all'amianto; 5. Consentire la costruzione di una coorte di attuali potenzialmente ed effettivamente esposti all'amianto per verificare eventuali effetti avversi delle esposizioni a basse dosi verosimilmente verificatesi durante le attività di bonifica post legge 257; 6. Elaborare dati riassuntivi sulla produzione di rifiuti differenziata per tipologia (friabili/compatti). 8. Favorire l'attività di vigilanza per l'accertamento di eventuali residue esposizioni dovute a cattivo stato di manutenzione delle coibentazioni esistenti; 9. Aggiornare la lista dei comparti con ex esposti ad amianto; 10. Fornire elementi per la programmazione degli interventi e per il reperimento dei siti di smaltimento; 11. Mettere a disposizione dati per l'eventuale aggiornamento

		del vigente Piano Regionale Amianto ex Deliberazione 8/4/1997 ed il futuro nuovo Piano Regionale previsto dalla legge 51 del 2013; 12. Consentire l'accertamento di eventuali esposizioni pregresse anche ai fini di riconoscimento di cause professionali di patologie asbesto correlate o di benefici previdenziali ex art 13 legge 257/92. 13. Costituire un Osservatorio Regionale sulle esposizioni attuali ad amianto.
--	--	--

IL CICLO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

FASE	ATTIVITA'
DEFINIZIONE LINEE DI INDIRIZZO	VALUTAZIONE DELL'ANDAMENTO AZIENDALE; ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO; PREDISPOSIZIONE LINEE STRATEGICHE
ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI SCHEDE DI BUDGET	ELABORAZIONE DELLA REPORTISTICA E DELLE SCHEDE DI BUDGET
STIMA EFFETTI ECONOMICI DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET E REDAZIONE BILANCIO PREVENTIVO	STIMA MAGGIORI/MINORI COSTI/RICAVI E REDAZIONE BILANCIO PREVENTIVO
NEGOZIAZIONE OBIETTIVI BUDGET	EFFETTUAZIONE INCONTRI DI NEGOZIAZIONE CON DIRETTORI E RESPONSABILI DI CDR CON SOTTOSCRIZIONE SCHEDA DI BUDGET

ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI	ELABORAZIONE E SOTTOSCRIZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE
MONITORAGGIO INFRANNUALE	EFFETTUAZIONE INCONTRI DI NEGOZIAZIONE SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI BUDGET
MONITORAGGIO INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE
VERIFICA FINALE BUDGET	CALCOLO VALORE INDICATORI E ANALISI SCOSTAMENTI

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

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

La coerenza tra PTPC e Piano della performance si concretizza in due momenti. Da un lato le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, dall'altro le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati alle strutture e ai loro responsabili. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più 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 e ha trovato conferma nel D.Lgs. n. 33/2013 e nella Legge n. 190/2012 dove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10) e che gli obiettivi stabiliti nei PTPC devono essere coerenti con gli obiettivi contenuti nel Piano della performance.

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

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

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

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

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

Gli obiettivi strategici per il triennio 2018-2020 in materia di prevenzione della corruzione sono:

Obiettivo 1 - Riduzione delle opportunità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all'interno di ISPRO: la prevenzione della corruzione e dell'illegalità costituisce un obiettivo strategico dell'Istituto che investe l'intera struttura organizzativa e tutti i processi decisionali, attraverso l'elaborazione e l'attuazione di efficaci e concrete misure di prevenzione quali:

- la correlazione tra PTPC e Piano della performance poiché 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;

- attività di informazione e formazione sui temi inerenti la materia;
- analisi dei processi;
- monitoraggi periodici delle attività più esposte a rischio di corruzione.

Obiettivo 2 - Individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità: miglioramento della fase relativa alla pubblicazione dei dati e della qualità degli stessi nella Sezione Amministrazione Trasparente. Nell'ambito di tale obiettivo, sarà da valutare la previsione di azioni volte al miglioramento della qualità dei dati pubblicati nel senso che, oltre alla necessità di pubblicare i dati in formato di tipo aperto, deve essere garantito, anche, il costante aggiornamento, la tempestività, la completezza, la semplicità di consultazione e la comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate.

Obiettivo 3 - Creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione: applicazione e relativo monitoraggio del Codice etico e di comportamento dell'Istituto.

Per il triennio 2018-2020 sono stati individuati quali obiettivi di prevenzione della corruzione da inserire nelle schede di budget dei diversi CdR, in base alle specificità di ciascuno:

- l'aggiornamento delle mappature dei processi;
- la produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio per quei CdR le cui attività sono state individuate ex PTPC come a rischio prioritario;
- la partecipazione agli eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione;
- la presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

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

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

COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

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

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

In Istituto il percorso viene 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 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, inoltre, 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.

IL PROCESSO DI BUDGET

Il Sistema si compone di tre elementi fondamentali:

- 1) indicatori, collegati agli obiettivi;
- 2) target, che sono i risultati che si intende ottenere;
- 3) infrastruttura di supporto ed i soggetti responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

1) Indicatori

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

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

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

2) Target

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

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

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

Affinché questo avvenga, però, è necessario che:

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

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

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

3) Infrastruttura di supporto

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

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

ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI BUDGET

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

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

LA NEGOZIAZIONE DEL BUDGET

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

IL MONITORAGGIO INFRANNUALE DEL BUDGET

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

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

LA VERIFICA FINALE DEL BUDGET: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

Il Sistema prevede:

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

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

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

Attribuzione di obiettivi individuali e/o di équipe

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

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

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

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

La scheda di valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative

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

- Dirigenti
- Comparto/Posizioni organizzative

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

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

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.

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
-----------------------	---------------------------------------

LE FASI

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

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

Il valutatore di prima istanza

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

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

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

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

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

Il valutatore di seconda istanza

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

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

Effetti della valutazione

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

Le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale di ciascun dipendente.

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

LE STRATEGIE DI SVILUPPO NEL TRIENNIO

Le iniziative strategiche previste dall'Istituto sono le seguenti:

a) Governo e gestione delle attività di screening oncologico

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

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

- Attivazione del sistema Ris;
- Anagrafe aziendale;
- Estensione screening ex ASL 10 al 100%, al netto degli inviti inesitati;
- Posizionamento dei tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico, tra i primi 3 risultati migliori del Report CRRPO;
- Effettuazione delle attività di screening oncologico per l'intera AUSL Toscana Centro;
- Estensione dello screening mammografico alle cittadine residenti dai 45 ai 74 anni di età;
- Progettualità per attuare la centralizzazione delle mammografie di screening presso ISPRO. In ambito di screening mammografico quest'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

Ai sensi delle DGRT n. 1235/2012, n. 1049/2012, n. 741/2014 e della DRGT n. 1242/2014 che recepisce il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 nonché delle indicazioni dall'Assessorato, le Aziende USL toscane sono chiamate all'implementazione del test HPV primario rivolto alle donne residenti nel territorio regionale di età compresa tra i 34 ed i 64 anni, aderendo ai cronoprogrammi definiti nei succitati documenti e ad assicurarne una completa messa a regime entro il 31.01.2018.

L'Istituto ha proceduto ad organizzare l'implementazione nei singoli territori condividendo con gli operatori locali criteri, modalità e tempi per l'integrazione con il Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica. Ad oggi, l'obiettivo dell'applicazione di quanto previsto dalle suddette delibere regionali, è raggiunto per 9 ex aziende USL regionali.

Costituisce obiettivo dell'Istituto implementare il programma HPV 34_64 anni per tutte le ex aziende USL regionali.

c) Progettualità per l'organizzazione, da parte di ISPRO, con il contributo dell'AUSL Toscana Centro e dell'AOU Careggi, dello screening dell'alto rischio genetico

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

Il percorso per la gestione dell'alto rischio prevede:

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

Presso l'Ambulatorio di II° livello viene gestito il follow-up dei pazienti e delle loro famiglie: a ogni individuo mutato o ad alto rischio familiare di malattia viene proposto un percorso personalizzato in base all'età ed all'anamnesi personale.

d) Riabilitazione Oncologica

Il PISSR 2012-2015 (approvato con Delibera Consiglio Regionale del 5 novembre 2014, n. 91) stabilisce che la funzione di riabilitazione oncologica, collocata presso l'Istituto, debba coordinare e promuovere la diffusione di questo tipo di offerta nei percorsi oncologici.

In tal senso ISPRO si propone di elaborare uno specifico progetto di Area Vasta ed un altro di valenza regionale che, tra l'altro, facciano chiarezza sulle attività di riabilitazione acuta, propria delle Breast Unit e quella post acuta e di mantenimento, proprie di strutture territoriali come il Centro di riabilitazione oncologica dell'Istituto.

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

La diagnosi precoce delle lesioni precancerose e del carcinoma ha un'importanza fondamentale per la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti.

Si prevede l'attivazione presso ISPRO, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, di un ambulatorio per la prevenzione e la diagnosi precoce del carcinoma e delle lesioni precancerose della mucosa orale.

Tale attività costituirà un primo avvio di un progetto più ampio, che prevede la realizzazione presso ISPRO di un centro di area vasta per la diagnosi precoce e il controllo delle lesioni precancerose, coordinato con AUSL Toscana Centro e AOU Careggi.

f) Implementazione, a livello regionale, del Registro Tumori

Tale implementazione prevede la sistematizzazione flussi previsti da DGRT n. 429/2013 e l'attivazione del programma gestionale realizzato da UNIFI per il Registro Tumori e per il Registro Mortalità.

g) Contributo di ISPRO, coordinato con AUSL Toscana Centro e AOU Careggi, per una quota di mammografie extra screening

Nel corso degli ultimi anni ISPRO ha attivamente collaborato con ex ASF nel distribuire la capacità produttiva mammografica extrascreening, attraverso una logica a rete metropolitana, sfruttando le competenze dei singoli professionisti. In tal modo si è risposto alla popolazione femminile dell'Azienda in maniera più efficace e veloce e con maggiore qualità e riproducibilità dell'esame. Altro obiettivo era rappresentare per il cittadino una rete globale di riferimento, per soddisfare le necessità di esami diagnostici e per concretizzare maggiormente la tutela del paziente, unitamente all'ottimizzazione dei percorsi e dei costi. Il sistema così integrato risponde alla delibera regionale n. 1235/2012, che prevede azioni finalizzate all'appropriatezza prescrittiva ed alla riorganizzazione del sistema, attraverso lo sviluppo di un sistema a rete, garante dei criteri di qualità.

In tale contesto organizzativo ISPRO si rende disponibile ad incrementare l'offerta di diagnostica per immagini in ambito senologico e più in particolare di diagnostica mammografica ed ecografica per l'intera Area Vasta, ad iniziare dall'area fiorentina.

h) Dematerializzazione delle ricette

In linea con le indicazioni regionali proseguirà anche per l'anno 2018 il percorso di dematerializzazione delle ricette per la farmaceutica e per la specialistica.

i) Nuovo Sistema Informativo Aziendale e Centralizzazione dello stesso

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

1. Sviluppo di un software integrato di accettazione, screening e attività specialistiche;
2. Utilizzo di servizi di Cloud Computing nelle attività istituzionali;
3. Informatizzazione di 5 percorsi di lavoro interni;
4. Aggiornamento delle postazioni di lavoro in dotazione all'Istituto;
5. Attivazione dei Registri di Mortalità Regionale (RMR) e Tumori (RTRT);
6. Messa a regime della nuova infrastruttura RIS-PACS;
7. Estensione servizio di rete RTRT3 presso il presidio di Villa delle Rose

ii) 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. Pertanto, l'Istituto dovrà realizzare quanto previsto del Piano Attuativo di Certificabilità adottato con delibera del Direttore Generale n. 312/2017.

E' da evidenziare la non sovrapponibilità fra Percorso Attuativo di Certificabilità e quello di Certificazione di bilancio che l'Istituto ha avviato nel corso del 2016 relativamente all'esercizio contabile Anno 2015. Pertanto, trattasi un percorso che riguarda e coinvolge molteplici aspetti aziendali: qualità/accreditamento, aspetti economico/contabile, controlli interni, prevenzione della corruzione, adempimenti per la trasparenza e regolamentazione/proceduralizzazione dei processi amministrativi e di quelli sanitari. A livello regionale è stato sottolineato che, visto il ruolo determinante e l'impatto trasversale del PAC, questo percorso deve essere presidiato a livello strategico.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI ANNO 2018

La Regione Toscana, con Delibera n. 1520 del 27.12.2017 “Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell’attività svolta nel 2018” ha definito gli obiettivi dell’Istituto, che fanno riferimento agli ambiti e alle materie sottoindicati:

- Azioni per la sostenibilità
- Strategie regionali
- Qualità delle cure
- Azioni e progetti specifici
- Performance della sanità toscana

Obiettivi Anno 2018	Peso %		
AZIONI PER LA SOSTENIBILITÀ	17%		
Farmaceutica e dispositivi	10%	Governo della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (e riduzione della variabilità geografica) in attuazione delle indicazioni fornite dal settore competente	
Personale	6%	Contributo delle aziende al rispetto di quanto stabilito dalla legge finanziaria 2011, da declinare successivamente	
Valutazione delle tecnologie	1%	Adesione alla procedura di segnalazione del sistema di valutazione delle tecnologie innovative e degli investimenti sanitari	
STRATEGIE REGIONALI	63%		
Programmazione di Area Vasta	3%	Attuazione degli indicatori di PAV, tenuto conto degli aggiornamenti che saranno effettuati nel corso del 2018	
Tempi di attesa e specialistica ambulatoriale	2%	Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale	
Governo oncologia	36%	Attuazione della delibera DGR 1068/2016: approvazione indicazioni per la creazione di agende per le visite di Follow Up Oncologico	
		Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni	
		Rispetto dei volumi DGRT 394/2016	
		Consumi farmaci (e riduzione della variabilità geografica)	
		Screening (es: Raggiungimento degli obiettivi regionali per l’adesione e l’estensione agli screening oncologici)	
		Indicatore B5 Bersaglio MeS) e riduzione della variabilità intraregionale.	
		Estensione e adesione in tutte le aziende raggiungono almeno gli obiettivi regionali.	
		Riduzione dei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	
		Aumento dei pazienti oncologici in carico alla rete delle cure palliative fine vita	
		Funzionamento Clinical Trial Office (DGR n. 553/2014 All. A2)	
Ricerca	17%	Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica (DGR n. 553/2014 Allegato A1): Uso della Piattaforma CRPMSO - Produzione Fattibilità, chiusura Budget, definizione Contratto e archiviazione Contratto firmato “CRM&Feasibility”, “Contratto” e “Budget e fatturazione”) per il 70% dei nuovi studi 2018: SI/NO	
		Pubblicazioni: indicatore sulla valutazione della ricerca per tutti i dipendenti (escluso ASL)	
		Indicatori relativi alla produzione scientifica. Buon posizionamento (escluso ASL)	
Medicine complementari e medicina di genere	2%	1%	Medicine complementari: Istituzione dei centri di coordinamento aziendali in attuazione della delibera 1224/2016
		1%	Medicina di genere: Monitoraggio della rete
Sistemi informativi	2%	Qualità dei flussi informativi con particolare riferimento a - Nuova SDO; - Altri flussi in griglia LEA; - FSE (es. dati sulla consultazione); - Flussi relativi a farmaceutica	
Piano ICT regionale	1%	Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione	

OBIETTIVI OPERATIVI

Sulla base degli obiettivi strategici vengono definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2018 nonché i relativi indicatori e valori attesi inseriti nel Budget aziendale dell'Istituto.

Di seguito il modello di scheda budget.

ALLEGATO A – SCHEDA DI BUDGET BUDGET 20XX

CdR: S.C./S.S./Coordinamento						
Responsabile: Dott. /Dott.ssa						
OBIETTIVI 20XX	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio al XX.XX.20XX
Delibera G.R.T. N. xx/20xx						
STRATEGIE REGIONALI						
AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'						
OBIETTIVI AZIENDALI						
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR						
TOTALE						