




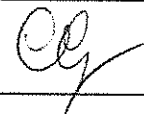

ISPRO

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° 41 del 31/01/2019

| | |
|--|---|
| Oggetto: Adozione del Piano della performance 2019-2021 | |
| Dipartimento Amministrativo | M. Piccoli Mazzini  |
| Struttura Proponente | S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti |
| Responsabile del procedimento | C. Gheri  |
| Estensore | R. Ponzi  |
| ALLEGATI N° 1 | |

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Importo di spesa:

Conto Economico n.

Eseguibile a norma di Legge dal

15/02/2019

Pubblicato a norma di Legge il

13 GEN. 2019

Inviato al Collegio Sindacale il

13 GEN. 2019

13 GEN. 2019

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 2019-2021 (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 2019-2021

13 1 GEN 2019

Strutture aziendali da partecipare:

S.C./S.S.

Coordinamento di Area Infermieristica

Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Coordinamento di Area Statistico Epidemiologica

RPCT



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019-2021



Codice
APN01_19

Pag. 1 di 33

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019-2021

Approvato con deliberazione del Direttore Generale

n. 41 del 31 GEN. 2019

Gruppo di redazione:

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

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 2 di 33

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

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

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

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

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

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

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Istituto intende realizzare;

RP

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021**Codice
APN01_19

Pag. 3 di 33

- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

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

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

L'Istituto ha come attività istituzionali:

- a) la valutazione e la sorveglianza epidemiologica relativa agli aspetti di stile di vita, le esposizioni ambientali e occupazionali e gli aspetti socio-economici collegati, la promozione e realizzazione di progetti di intervento nel campo della prevenzione in ambito oncologico, sia nella popolazione generale, sia in sottogruppi a rischio specifico;
- b) l'organizzazione, l'esecuzione ed il monitoraggio delle procedure diagnostiche correlate agli screening istituzionali, promuovendo la centralizzazione delle stesse;
- c) la prevenzione terziaria, con specifico riferimento al controllo dopo terapia ed alla riabilitazione dei pazienti oncologici, anche attraverso modelli innovativi di sinergia con il volontariato;
- d) le attività ambulatoriali, di laboratorio diagnostiche e specialistiche;
- e) l'attività di informazione per il malato oncologico ed i suoi familiari sui servizi di diagnosi e cura e sulle strutture della rete oncologica regionale;
- f) il supporto psicologico, anche attraverso modelli operativi di presa in carico e di consulenza psicologica a distanza, per il malato ed il nucleo familiare, in collaborazione con i servizi di psiconcologia delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale;
- g) la gestione del registro toscano tumori, del registro di mortalità regionale, nonché delle mappe di rischio oncogeno e del centro operativo regionale (COR) per i tumori professionali;
- h) il supporto scientifico, metodologico ed operativo per la programmazione, conduzione ed analisi delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali promossi nell'ambito della rete oncologica;
- i) la promozione, attuazione, diffusione e valorizzazione dell'attività di ricerca e di innovazione in ambito oncologico;
- l) l'attività di aggiornamento professionale nell'ambito della prevenzione oncologica per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale e nazionale;
- m) il coordinamento operativo e il supporto tecnico amministrativo della rete oncologica;
- n) l'esercizio delle funzioni di governo clinico in ambito oncologico con particolare riferimento alla definizione ed al monitoraggio delle raccomandazioni cliniche, dei percorsi diagnostici e terapeutici oncologici in raccordo con la direzione regionale competente e con l'Organismo toscano per il governo clinico di cui all'articolo 49 bis della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).



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

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

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

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

MISSIONE ISTITUZIONALE

La finalità dell' ISPRO consiste nel promuovere, misurare e studiare azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei tumori e di organizzare e coordinare, in sinergia con le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale, i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché i programmi di ricerca in ambito oncologico.

ANALISI DI CONTESTO

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

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

- D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e ss.mm.ii.;
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto 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"

2



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019-2021



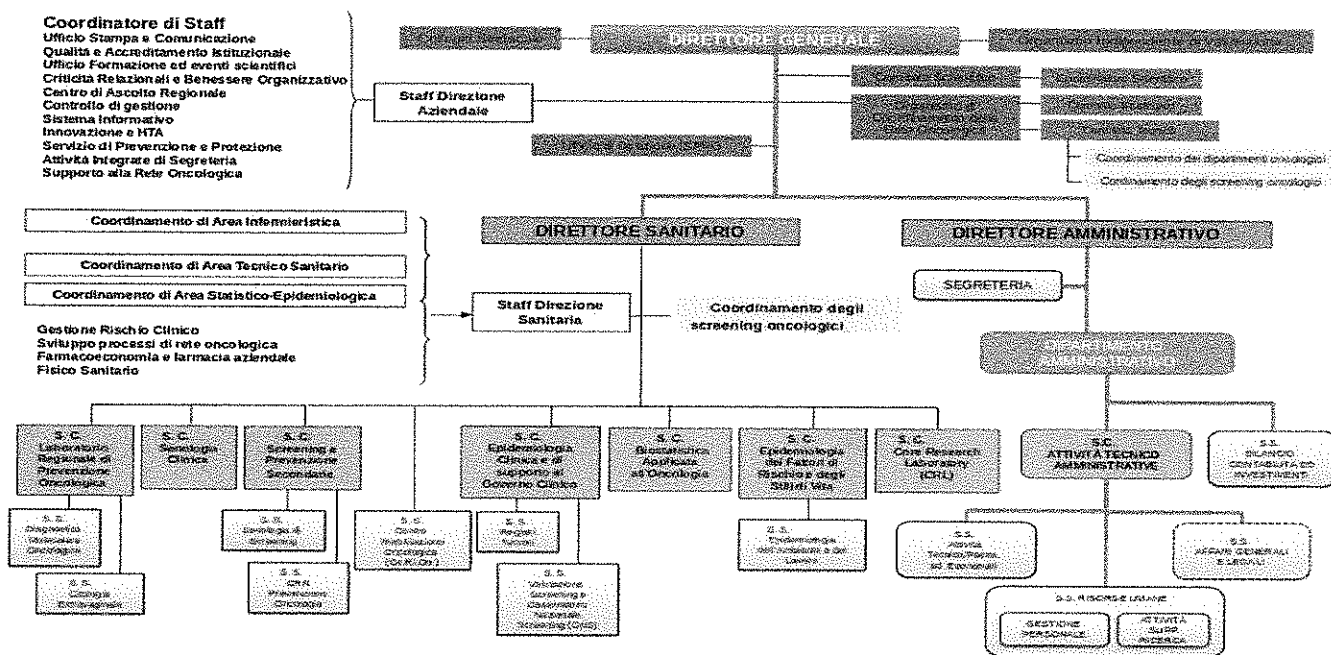
Codice APN01_19

Pag. 5 di 33

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

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

Con delibera del Direttore Generale n. 150 del 31/05/2018 è stato adottato lo Statuto ed il Regolamento di organizzazione dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, funzionale a garantire la piena attuazione di quanto disposto dalla L.R.T. n. 74/2017 e contenente al suo interno l'organigramma di seguito riportato.



22

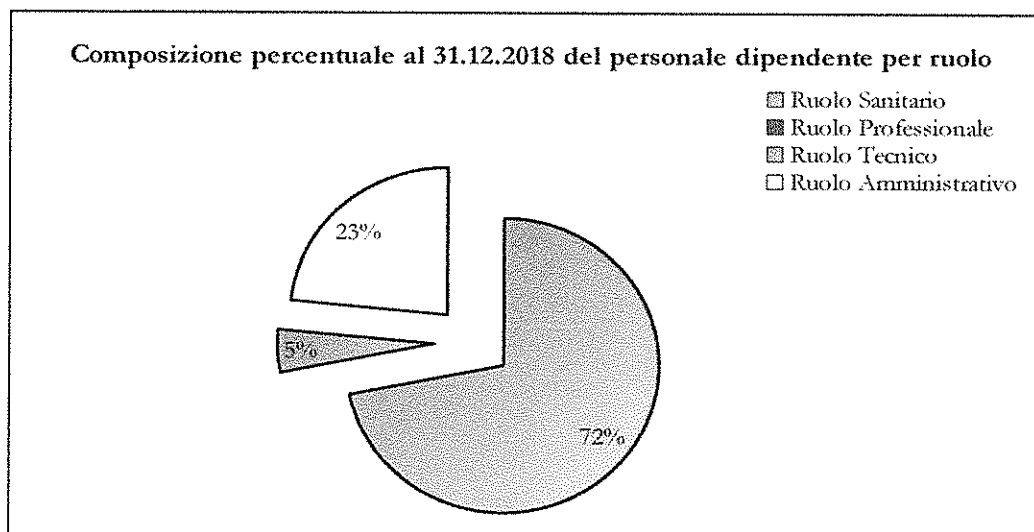


L'ISTITUTO IN CIFRE

Personale dipendente al 31.12.2018

| Ruolo/area contrattuale | 31/12/2018 |
|--------------------------------|------------|
| Sanitario | 107 |
| Dirigenza medica e veterinaria | 30 |
| Dirigenza non medica | 17 |
| Comparto | 60 |
| Professionale | 0 |
| Dirigenza | 0 |
| Comparto | 0 |
| Tecnico | 7 |
| Dirigenza | 0 |
| Comparto | 7 |
| Amministrativo | 35 |
| Dirigenza | 4 |
| Comparto | 31 |
| TOTALE | 149 |

Fonte: S.S. Risorse Umane



Volumi di attività Anno 2018

| | |
|--|--------|
| SCREENING MAMMOGRAFICO Firenze | 51.737 |
| SCREENING COLORETTALE Firenze | 60.733 |
| SCREENING CERVICCE PAP TEST E HPV PRIMARIO ambito Firenze | 23.269 |
| HPV TEST PRIMARIO CENTRALIZZATO Altre ex Asl | 72.558 |
| PRESTAZIONI EXTRA SCREENING | 45.117 |

Fonte: Sistema Informativo Estar

24

**ISPRO**

Istitute per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE**ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 7 di 33

L'attività di ricerca

| Titolo Progetto | Durata del progetto | Obiettivi di attività e confronto con il livello programmato |
|---|------------------------------|--|
| <p>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</p> | <p>01.11.2015-31.10.2019</p> | <p>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:</p> <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 alle emissioni di sigarette elettroniche su pazienti con malattie croniche polmonari (WP5) e soggetti sani (WP6); • 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). |
| <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 HPVpositive women</p> | <p>10.08.2016-09.02.2019</p> | <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 |

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 8 di 33

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | | <p>2. Valutare l'accettabilità dei due sistemi di prelievo.</p> <p>3. Valutare le performance dei due sistemi di prelievo in termini di raccolta e conservazione del materiale biologico per le successive analisi molecolari.</p> <p>4. Valutare la migliore strategia di triage per i campioni prelevati con auto prelievo.</p> |
| Mammographic Density and Breast Cancer prevention: a metabolomic epigenetic and inflammatory markers integrated approach | 02.01.2016-30.06.2019 | <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 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.</p> <p>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> |
| 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 (DIMEIJA) di INAIL e il Centro operativo Regionale della Toscana. Il COR Toscana rappresenta l'Unità</p> |

CV

**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE**ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 9 di 33

| | | |
|---|------------------------------|---|
| | | <p>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 |
| <p>Prostate cancer and PSA screening: evaluation of molecular triage methods to detect clinically important prostate cancer</p> | <p>02.01.2016-30.06.2019</p> | <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 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. Tutte le fettine istologiche saranno analizzate e conservate al Dipartimento di Istologia e diagnostica molecolare dell'AOUC di Careggi. In caso di positività biptica 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> |
| <p>Miglioramento e diffusione degli screening oncologici nella Regione Sicilia</p> | <p>19.09.2017-18.02.2019</p> | <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> <ol style="list-style-type: none"> a) Formazione del personale regionale; b) Collaborazione alla stesura di documenti |

R

**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE**ANNI 2019-2021**

Servizio Sanitario della Toscana

Codice APN01_19

Pag. 10 di 33

| | | |
|---|-----------------------|---|
| | | 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. |
| 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" | 15.06.2017-30.06.2019 | 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: - 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. |
| "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" | 06.10.2016-31.12.2019 | 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 : - 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. 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: 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, raccogliendo le informazioni raccolte con quelle registrate dal COR dei tumori professionali; |

| | | |
|--|------------------------------|--|
| <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>12.10.2018-11.10.2021</p> | <p>3. predisposizione dei rapporti annuali.</p> <p>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):</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Lo studio è di tipo osservazionale e ha già avuto l'approvazione del Comitato Etico Locale - Area Vasta Centro in data 4 aprile 2018</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'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.</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, sovradiagnosi) nelle donne a basso rischio. Dopo l'analisi di tutti i componenti, l'obiettivo finale di MyPEBS è quello di fornire raccomandazioni per la migliore strategia di screening per</p> |

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 12 di 33

| | | |
|---|-----------------------|---|
| | | il cancro al seno in Europa. |
| <p>“Adenoma detection rate della colonscopia con ARC Endocuff Vision vs. colonscopia tradizionale nello screening del carcinoma colorettale: uno studio randomizzato multicentrico italiano - ITAVISION”</p> | 19.03.2018-18.03.2019 | <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 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 colorettale 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, appiattendole 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> | 01.04.2017-01.04.2020 | <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 ITA 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>“APOBEC1 in cancer development: a dual path to cancer”</p> | 01.01.2018-01.01.2020 | <p>Il progetto di ricerca è incentrato sullo studio del potenziale oncogenico di APOBEC1, una proteina che</p> |

29

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 13 di 33

| | | |
|---|-----------------------|---|
| | | <p>presenta sia un'attività mutagenica sia un'attività di editing dell'RNA. In questo contesto stiamo lavorando per capire quale di queste attività fisiologiche sia coinvolta nella tumorigenesi e se esistano fattori che favoriscano il potenziale oncogenico di APOBEC1.</p> <p>In particolare, stiamo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) caratterizzando dei mutanti di APOBEC1 in cui le attività sul DNA e sull'RNA di APOBEC1 sono dissociate. L'analisi di questi mutanti in vitro e nei topi ci permetterà di individuare l'attività mutagenica di APOBEC1. 2) analizzando i dati di "The Cancer Genome Atlas" per identificare cambiamenti indotti da APOBEC1 sul DNA e sull'RNA. <p>analizzando il metabolismo dell'RNA dopo l'editing mediato da APOBEC1.</p> |
| E.PIC.A - Appropriately economica del percorso integrato di cura | 27.09.2016-26.09.2019 | <p>Il progetto in oggetto è stato finanziato dalla ditta Roche SPA per € 60.000,00 e 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.</p> |
| SMART: Strategie innovative per migliorare le abitudini di vita e ridurre l'incidenza di tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili. | 11.04.2018-24.09.2019 | <p>Il progetto in oggetto è stato finanziato nel programma CCM 2016 alla Regione Piemonte per € 439.800,00 e ha come obiettivo generale aumentare la prevalenza di comportamenti salutari nella popolazione aderente ai programmi di screening cervicale (25-64 anni) e mammografico (45-74 anni). Per la realizzazione di questo obiettivo sarà necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mappare la distribuzione dei fattori di rischio comportamentali nella popolazione invitata allo screening in ogni area territoriale coinvolta; - Intercettare e mettere in rete le risorse del territorio che offrono interventi e risorse per la promozione di uno stile di vita sano (servizi di dietetica, associazioni ricreative e sportive, manifestazioni ed eventi promossi da enti locali, centri antifumo ecc.) sulla base di interventi/raccomandazioni coerenti e scientificamente rigorosi; - Coinvolgere e formare sugli obiettivi del progetto gli operatori coinvolti nei programmi di screening (front office, ostetriche, tecnici di radiologia, radiologi e ginecologi), i Medici di MG e gli operatori attivi presso i servizi/associazioni della rete; - Mettere a disposizione della popolazione invitata allo screening delle strategie innovative, personalizzate e |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| | | <p>di documentata efficacia con l'obiettivo di aumentare i comportamenti salutari;</p> <p>-Valutare l'efficacia ed i gradimento degli interventi proposti anche sotto il profilo dell'equità. Stratificazione dei risultati in base ai due percorsi (web e sportello SMART), agli esiti del test di screening ed alle caratteristiche socio-demografiche delle partecipanti.</p> |
| <p>"Studio su rischi e fattori di rischio noti ed emergenti per la individuazione e prevenzione di tumori professionali" (BRIC ID 05/2016)</p> | 09.04.2019-28.05.2019 | <p>Il progetto BRIC ID 05/2016 in oggetto è stato finanziato in origine da INAIL, nell'ambito del programma di ricerca "P1 Fattori di rischio strategie di prevenzione per gli infortuni e le malattie professionali più diffuse". Il Centro di coordinamento è l'Università degli Studi di Firenze da cui arriva ad ISPRO il finanziamento per perseguire l'obiettivo di stimare per le donne addette al lavoro a turno e notturno nel settore sanitario negli ultimi due decenni il rischio di sviluppare un tumore mammario tenendo conto anche degli altri fattori di rischio noti per questa patologia, esaminando le occasioni di esposizione che sono realmente presenti in due grandi aziende ospedaliere del Centro Italia. Il lavoro sarà svolto in collaborazione con altri centri partecipanti allo stesso progetto: Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze, UO Medicina Preventiva del Lavoro, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa - Dip. di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie, Università degli Studi di Pisa, Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Azienda USL Viterbo. E' previsto anche una revisione sia del progetto sia dei risultati conseguiti da parte di un Panel di esperti che sarà nominato nei primi mesi di progetto.</p> <p>Come obiettivi specifici di lavoro dell'Unità Operativa (UO) 2 del progetto sono previsti il coordinamento dello studio comprensivo della predisposizione del protocollo, della sua sottomissione al Comitato etico di riferimento (previsto nei primi 3 mesi di progetto), della stesura della relazione conclusiva dello studio nonché della predisposizione di un articolo a stampa. L'UO 2 è previsto che debba operare di concerto con altre unità di progetto, quelle sopra citate.</p> |
| <p>Scogliere le priorità di Salute e selezionare gli interventi efficacy per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili" - CCM 2017</p> | 21.05.2018-25.02.2020 | <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mappare i bisogni prioritari di salute, in termine di carichi di morte prematura e disabilità precoce per le patologie croniche, e per specifici fattori di rischio, nelle popolazioni delle Regione partner. 2. mappare 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 |

**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE**ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 15 di 33

| | | |
|---|-----------------------|--|
| | | <p>problemi di salute identificati come prioritari</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |
| <p>“Studio su rischi e fattori di rischio noti ed emergenti per la individuazione e prevenzione di tumori professionali”</p> | 09.04.2019-28.05.2019 | <p>Il progetto BRIC ID 05/2016 in oggetto è stato finanziato in origine da INAIL. Il Centro di coordinamento è l'Università degli studi di Firenze da cui arriva ad ISPO il finanziamento per perseguire con l'obiettivo specifico 6 (affidato alla UO n.7 coordinata dalla Dr.ssa Lucia Miligi di ISPO) , di aumentare la conoscenza sulle occasioni di esposizione professionale associate ai tumori del rinofaringe e naso-sinusal standardizzando le procedure di definizione diagnostica ed espositiva. Con questo progetto si prevede infatti di ridurre le disomogeneità di inclusione dei casi e di valutazione dell'esposizione del Registro Nazionale dei tumori naso sinusali (ReNaFuNS) attraverso la predisposizione di un manuale operativo e aumentare la conoscenza sul rischio di tumore del rinofaringe ed esposizione a formaldeide utilizzando i dati del registro dei tumori a bassa frazione eziologica (OCCAM).</p> |
| <p>“The oncogenic potential of the AID/APOBECs: involvement in tissue transformation and oncogenesis – new tools to better model cancer”.</p> | 06.07.2019-05.07.2019 | <p>Il progetto di ricerca è incentrato sullo studio di come gli AID/APOBECs risultino coinvolti nell'insorgenza delle alterazioni genetiche e metaboliche della cellula neoplastica. In particolare, obiettivi specifici di questo progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chiarire quali sono i fattori correlati, nella fisiologia e nella patologia, all'attività mutagenica di questi enzimi permetterà di identificare fattori di rischio in patologie tumorali specifiche e quindi, possibilmente, migliorare le nostre possibilità diagnostiche e terapeutiche. - ingegnerizzare questi mutatori del DNA in modo da poterli utilizzare come strumento nella messa a punto di modelli di tumore. Riuscire ad indirizzare gli AID/APOBEC su siti specifici del genoma permetterà di mettere in atto un percorso evolutivo per modellare l'evoluzione del tumore in maniera più fisiologica. |
| <p>“Implementation of EU colorectal cancer screening guidelines within the screening programmes in Italy, Romania and Slovakia”</p> | 21.12.2018-20.08.2020 | <p>Il progetto in oggetto, della durata di mesi venti (20), 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</p> |

**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

PIANO DELLA PERFORMANCE**ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 16 di 33

| | | |
|--|-----------------------|---|
| | | <p>progetto ha lo scopo di svolgere presso questi paesi corsi di formazione indirizzati a responsabili dei futuri programmi di screening e agli specialisti che saranno coinvolti nel percorso (endocopisti e patologi). Inoltre in questi stessi paesi, nel corso del progetto saranno organizzati workshop focalizzati alla definizione delle caratteristiche ottimali di un sistema informativo dedicato allo screening, così come saranno svolti eventi formativi che avranno come argomento l'organizzazione di campagne di comunicazione di massa nonché gli aspetti concernenti la tutela dei dati personali secondo la recente legislazione europea.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |
| “Innovative partnership on action against cancer” IPAAC | 21.12.2018-31.03.2021 | <p>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.</p> |
| Verifica, archiviazione e analisi delle relazioni ex art. 9 Legge 257/922 - anno 201 | 01.01.2019-31.12.2020 | <p>ISPRO procede all'esame delle relazioni che le aziende che utilizzano indirettamente amianto nei processi produttivi o che operano nel territorio regionale nel settore delle bonifiche, inviano annualmente alle ASL territorialmente competenti ed alla Regione Toscana come previsto dall'art.9 della legge 257/92 (Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto). Negli ultimi 5 anni le relazioni sono state inserite direttamente in un portale telematico, nel 2106 nel portale telematico peculiare della Regione Toscana SISPC. Nel passato tale attività di verifica delle relazioni è sempre stata condotta da ISPO ed è stata oggetto di rapporti biennali consegnati alla Regione ed ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL Toscane. Nei 20 anni di attività si è sempre registrato un rispetto pressoché totale della disposizione normativa dai</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>parte dei bonificatori; non si può dire altrettanto per i trasportatori e gli utilizzatori indiretti di amianto nei processi produttivi. Ciò che consente di affermare, con buon margine di certezza, che persista l'elusione dell'art 9 è il dato ricavato dalla lettura delle relazioni. Il Ministero della Salute in collaborazione con il Coordinamento Interregionale in data 20 gennaio 2016 è giunto ad un accordo (accordo 5/CSR) sull'invio al Ministro dei dati di sintesi da parte delle singole regioni, un adempimento normativo previsto dalla legge 257/92.</p> <p>La Regione Toscana ha predisposto, mediante progetto ad hoc, un sistema telematico che consente la gestione completa delle attività di bonifica, dalla presentazione del Piano di Lavoro all'invio della relazione annuale. ISPRO, che avrà accesso ai dati di chiusura dei cantieri di bonifica, produrrà dati di sintesi regionali dei piani di lavoro, con particolare attenzione rivolta alla registrazione degli attuali esposti ad amianto, e delle relazioni annuali mediante l'analisi dei dati conservati nell'archivio telematico della Regione Toscana.</p> |
|--|---|

Fonte: Attività supporto alla ricerca

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

MP

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 SCHEDE DI BUDGET |
| ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI | ELABORAZIONE E SOTTOSCRIZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE |
| MONITORAGGIO INFRANNUALE | EFFETTUAZIONE INCONTRI DI NEGOZIAZIONE SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDE 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 mala amministrazione.

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

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

Gli obiettivi strategici per il triennio 2019-2021 in materia di prevenzione della corruzione sono:

Obiettivo 1 - Incentivare attività di informazione e formazione

Promuovere iniziative sui temi inerenti la materia, finalizzate ad una sempre maggiore sensibilizzazione alla cultura della trasparenza, della legalità e dell'integrità, anche nel rispetto del Codice etico e di comportamento dell'Istituto.

Obiettivo 2 - Incentivare ed approfondire l'analisi dei processi



Promuovere la mappatura dei processi delle Strutture per individuare quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione o illegalità.

Obiettivo 3 - Prevedere monitoraggi periodici delle attività più esposte a rischio di corruzione

Effettuare monitoraggi e verificare l'attuazione delle misure previste nel PTPC.

Obiettivo 4 - Implementazione dei livelli di trasparenza e di integrità

Miglioramento della fase relativa alla pubblicazione dei dati e della qualità degli stessi nella Sezione Amministrazione Trasparente, per garantire semplicità di consultazione e comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate, attraverso:

- la pubblicazione dei dati in formato open data;
- il costante aggiornamento e la completezza dei dati/informazioni.

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

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

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

COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

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

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



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

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019-2021



Codice
APN01_19

Pag. 21 di 33

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;

NR

**ISPRO**Istituti per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 22 di 33

- 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

N

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

IL MONITORAGGIO INFRANNUALE DEL BUDGET

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

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

LA VERIFICA FINALE DEL BUDGET: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;

2

- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

Il Sistema prevede:

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

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

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

Attribuzione di obiettivi individuali e/o di équipe

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

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

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

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

La scheda di valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative

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

- a) Dirigenti
- b) Comparto/Posizioni organizzative

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



**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 25 di 33

| 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.

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la cura oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021**Codice
APN01_19

Pag. 26 di 33

| 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 |

24



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

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019-2021



Codice
APN01_19

Pag. 27 di 33

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.

**ISPRO**Istituti per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO DELLA PERFORMANCE****ANNI 2019-2021****Codice
APN01_19**

Pag. 28 di 33

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

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

b) Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica e centralizzazione HPV

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

L'Istituto ha proceduto ad organizzare l'implementazione nei singoli territori condividendo con gli operatori locali criteri, modalità e tempi per l'integrazione con il Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica. Nel 2018 l'obiettivo dell'applicazione di quanto previsto dalle suddette delibere regionali è stato raggiunto per 10 ex Aziende USL regionali.

Nel 2019 entreranno nel programma regionale anche le restanti 2 ex Aziende USL regionali.

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

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

Il percorso per la gestione dell'alto rischio prevede:

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

d) Riabilitazione Oncologica

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

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

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

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

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

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

f) Dematerializzazione delle ricette

In linea con le indicazioni regionali proseguirà anche per l'anno 2019 il percorso di dematerializzazione delle ricette per la farmaceutica e per la specialistica.

g) Nuovo Sistema Informativo Aziendale e Centralizzazione dello stesso

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

- Sviluppo di un software integrato di accettazione, screening e attività specialistiche;
- Informatizzazione di 5 percorsi di lavoro interni;
- Aggiornamento delle postazioni di lavoro in dotazione all'Istituto;
- Attivazione del gestionale per il Registro Tumori (RTRT) e della cartella clinica ambulatoriale;
- Messa a regime della nuova infrastruttura RIS-PACS.

l) 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.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI ANNO 2019

La Regione Toscana, con Delibera n. 1479 del 21.12.2018 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019" ha definito gli obiettivi e gli indicatori dell'Istituto, secondo le seguenti categorie omogenee:



Articolazione pesi per categoria di obiettivi

| | Pesi ISPRO |
|-----------------------------------|-------------|
| VALUTAZIONE COMPLESSIVA BERSAGLIO | 15% |
| INDICATORI DI SISTEMA | 20% |
| RICERCA | 15% |
| ESITI | 5% |
| FARMACEUTICA | 10% |
| ONCOLOGIA | 25% |
| FINE VITA | 10% |
| | 100% |

Articolazione obiettivi ed indicatori

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

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

| | | | | |
|------------------|-----------------|-------|---|-----------------------------------|
| | | | 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. | |
| FINE VITA | GRIGLI A 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 |
| FARMACEUTI CA | NSG | D14C | Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici | 16,5 DDD PER 1000 ABITANTI DIE |
| ESITI | ARS | PROSE | Intervento per tumore al colon, rischio di morte a 30 giorni | Mantenimento /miglioramento |
| ESITI | ARS | PROSE | Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia | Mantenimento/ miglioramento |

2

OBIETTIVI OPERATIVI

Sulla base degli obiettivi strategici vengono definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2019 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 | | | | | | |

14