



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 06-03-2018 (punto N 9)

Delibera N 202 del 06-03-2018

Proponente

VITTORIO BUGLI
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE GENERALE DIREZIONE GENERALE DELLA GIUNTA REGIONALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Simona VOLTERRANI

Estensore GIANCARLO CAPPELLI

Oggetto

Approvazione del Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa 2018 di ARS

Presenti

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO	FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO
MARCO REMASCHI	STEFANIA SACCARDI	MONICA BARNI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge Regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 recante "Disciplina del servizio sanitario regionale", così come in parte modificata dalla Legge Regionale 29 dicembre 2010, n. 65 "Legge Finanziaria per l'anno 2011", che dall'articolo 82 all'articolo 82 novies decies disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia Regionale di Sanità (A.R.S.);

Visto il Capo III bis del regolamento di attuazione della Legge Regionale n. 1/2009 e, in particolare, l'articolo 28 quinquies che prevede che con propria deliberazione la Giunta approvi il Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa (PQPO), documento programmatico annuale con proiezione triennale;

Ricordato che l'articolo 45 del regolamento citato al punto precedente prevede che le disposizioni ivi riportate si applicano, in quanto compatibili, al personale degli enti e degli organismi dipendenti della Regione;

Rilevato che con la delibera n. 314/2012, con la quale si è approvato il Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa 2012, la Giunta Regionale ha assunto l'indirizzo che gli enti dipendenti si dotino, annualmente, del PQPO nell'ambito delle indicazioni rilasciate per la sua formulazione;

Ricordato come, ai sensi di quanto disposto nell'articolo 7 (primo comma lettera e) della Legge Regionale n. 1/2009, tra le funzioni svolte dal Direttore rientri l'opera tesa ad assicurare la coerenza complessiva dei rapporti tra la direzione e gli enti e organismi dipendenti della Regione, secondo gli indirizzi forniti dal Direttore Generale della Giunta;

Preso atto del Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa 2018 (allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto) predisposto da A.R.S. al termine di un percorso condiviso che ha coinvolto la Direzione di riferimento (Direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale") e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), e rilevato che in esso sono definiti gli obiettivi, gli indicatori ed i valori di riferimento su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione dei risultati organizzativi dell'ente e relativi alla performance del Direttore dell'Agenzia;

Considerato, inoltre, che il PQPO 2018 risulta coerente con gli obiettivi strategici sui quali opera la Direzione competente per materia (Direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale") e con le linee programmatiche di attività dell'Agenzia;

Rilevata la possibilità di prevedere la riformulazione degli obiettivi strategici e degli indicatori di cui all'allegato Piano in dipendenza di eventuali mutamenti nel contesto esterno ed interno di riferimento (finanziario, economico ed organizzativo);

Richiamata la deliberazione di Giunta Regionale n. 945 del 06/10/2015 che stabilisce, tra l'altro, che l'OIV svolga le proprie funzioni per la Giunta Regionale, il Consiglio Regionale e per gli enti dipendenti;

Visti gli esiti della trattazione avvenuta in Comitato di Direzione, in ultimo nella seduta del 01/02/2018;

A voti unanimi

DELIBERA

- 1) di approvare il Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa di A.R.S. e gli obiettivi strategici ivi contenuti, così come riportato nell'allegato "A" denominato "Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa 2018" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- 2) di stabilire che A.R.S. concluda, in coerenza con i contenuti della presente deliberazione, l'intero processo di programmazione degli obiettivi nei propri documenti di programmazione pluriennale e annuale, secondo una logica "a cascata", fino all'assegnazione degli obiettivi individuali per la dirigenza e tutto il personale, entro il 31/03/2018;
- 3) di prevedere la possibilità di riformulare gli obiettivi di cui all'allegato PQPO in dipendenza di eventuali mutamenti nel contesto esterno ed interno di riferimento (finanziario, economico ed organizzativo);
- 4) di disporre la pubblicazione sul sito internet dell'Agenzia della presente delibera, completa degli allegati, al fine di garantire la necessaria trasparenza ed accessibilità della documentazione;
- 5) di provvedere la trasmissione all'Organismo Indipendente di Valutazione, per opportuna conoscenza, della presente delibera.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 18, della Legge Regionale n. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

La Dirigente Responsabile
SIMONA VOLTERRANI

Il Direttore
MONICA CALAMAI

Il Direttore Generale
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il piano della qualità della prestazione organizzativa 2018

Agenzia regionale di sanità



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità



INDICE

1. Introduzione	5
2. Quadro organizzativo	5
2.1 L'Agenzia: chi siamo	5
2.2 L'Agenzia: personale e risorse finanziarie	6
3. Il ciclo della performance	10
3.1 Il ciclo di programmazione, misurazione e valutazione della performance	10
3.2 Dagli obiettivi strategici alle competenze delle strutture ARS	11
Obiettivi 2018: risultati attesi e indicatori	12
Cronoprogrammi	16

1. Introduzione

La redazione del presente Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa (di seguito denominato anche “Piano” e/o “PQPO”) è disciplinata dalle disposizioni contenute nel Regolamento emanato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 24 marzo 2010, n. 33/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 8 gennaio 2009, n.1 “Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale”) e successive integrazioni.

I contenuti del Piano rappresentano il punto di partenza dell’intero ciclo di programmazione, misurazione e valutazione delle prestazioni di tutta l’Agenzia Regionale di Sanità (di seguito denominata Agenzia e/o ARS).

Il Piano è strettamente connesso alle funzioni attribuite all’ARS dalla l.r. n. 40/2005 e ss.mm. e si colloca nell’ambito degli strumenti di programmazione assieme al Programma di attività per l’anno 2018 con proiezione 2019-2020.

Con il presente Piano sono definiti gli obiettivi strategici, nonché i relativi indicatori e valori attesi (target), ai fini della misurazione e valutazione della performance nei confronti dei portatori d'interesse e dell'intera collettività. Esso contiene infatti gli indirizzi e gli obiettivi attribuiti alle varie strutture, dai quali derivano i piani di attività e conseguentemente gli obiettivi operativi ed individuali dei dirigenti e, a cascata, di tutto il personale.

2. Quadro organizzativo

2.1. L’Agenzia: chi siamo

L’Agenzia Regionale di Sanità (ARS), come prevede la vigente legislazione (l.r. n. 40 del 24 febbraio 2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e successive modifiche), è un ente tecnico con finalità di consulenza e ricerca in ambito socio-sanitario rivolte primariamente ai referenti istituzionali, ai soggetti e alle organizzazioni che operano nel sistema sanitario e sociale regionale, nonché a una molteplicità di parti interessate.

Dotata di autonomia amministrativa, organizzativa e contabile, l’ARS, attraverso la propria attività fornisce informazioni e strumenti a supporto della programmazione regionale e dei processi decisionali e di rinnovamento organizzativo, sia di livello regionale che locale.

I profondi cambiamenti in atto nel sistema sanitario regionale e nell’area dei servizi sociali stanno delineando un quadro nel quale, gli aspetti di coproduzione di servizi da parte di molteplici stakeholder e l’affermarsi di un approccio di governo che utilizza massimamente strumenti di governance, diventano il tratto innovativo e distintivo delle attività d’indirizzo, gestione e controllo. Ne consegue che istituzioni, produttori e cittadini cooperano in una cornice regolatoria che si rafforza disponendo di informazioni utili e tempestive, che diventano lo strumento principale per decidere, operare e controllare gli effetti delle azioni intraprese. È in questa realtà, fortemente innovativa ed evolutiva, che l’ARS si troverà ad operare nel prossimo triennio, sviluppando molte di quelle che già sono state le linee portanti delle attività del 2017.

Scopo primario per l’ARS nel 2018 e biennio successivo è quello di **progettare, produrre, perfezionare ed offrire gli strumenti adatti a comprendere i fenomeni in corso nel mondo delle politiche e delle attività socio-sanitarie**, offrendo una prospettiva ampia, multidimensionale e sistemica, fondata sulla raccolta e la lettura integrata degli aspetti che riguardano:

- il contesto demografico e sociale;
- lo stato di salute, con conoscenza anche dei determinanti così detti esogeni (stato di deprivazione, disuguaglianze orizzontali e verticali);
- il valore del sistema sanitario con particolare riferimento alla sua capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza e di equità di accesso e di esito;
- le risorse impiegate: tecnologie e farmaci e, oggi tema di grande attualità, la forza lavoro e le sue dinamiche a fronte dei cambiamenti della medicina e dell’organizzazione dell’assistenza, nonché i costi e le modalità di finanziamento.

Questa prospettiva sistemica è presente e riconoscibile in ogni azione dell’Agenzia, anche in quelle focalizzate su singoli e specifici aspetti dei servizi e dei loro processi di cura e assistenza. In particolare le Aree di attività su cui si concentrerà il lavoro dell’Agenzia nell’orizzonte temporale 2018-2020 saranno **il monitoraggio e valutazione dello stato di salute della popolazione toscana, dei determinanti sanitari e degli esiti delle cure ed il monitoraggio e valutazione dei modelli innovativi introdotti con la riforma del SSR o comunque di rilevanti linee di sviluppo in ambito socio-sanitario toscano.**

Le singole azioni dell’Agenzia saranno, già come in passato, riconducibili a tre categorie fondamentali:



i **programmi d’osservazione e monitoraggio**, che costituiscono la “ragion d’essere” dell’ARS. Raccolgono, organizzano e, quando necessario propongono una lettura, di tutto ciò che ha a che vedere con lo stato di salute della popolazione, stili di vita influenti per la salute, processi ed esiti dei servizi del SSR;



i **progetti di cambiamento**, che seguono le trasformazioni in corso e gli interventi messi in atto dai vari livelli ed organizzazioni del SSR. Il contributo dell’Agenzia è copro gettare gli indicatori per valutarne l’impatto e svolgere una funzione di supporto nell’implementazione;



i **progetti di ricerca per l’innovazione e lo sviluppo**, il cui proposito è quello di mettere a punto strumenti sempre più performanti per le attività descritte o esplorare settori ad alto grado di innovazione e di rischio, potranno far parte della programmazione del SSR solo dopo valutazione scientifica e conferme sperimentali.

Un buon bilanciamento fra le tre categorie fa sì che l’Agenzia sia in grado di coniugare il mantenimento e lo sviluppo delle sue solide radici epidemiologiche con una puntuale attenzione agli aspetti che riguardano la qualità e l’equità del mondo sanitario e sociale, amministrando le proprie risorse professionali e finanziarie per trovare il giusto equilibrio tra le attività che sanno guardare alle serie storiche, quelle che illuminano la singolarità del momento attuale, quelle che saranno in grado di esplorare le necessità future.

2.2 - L’Agenzia: personale e risorse finanziarie

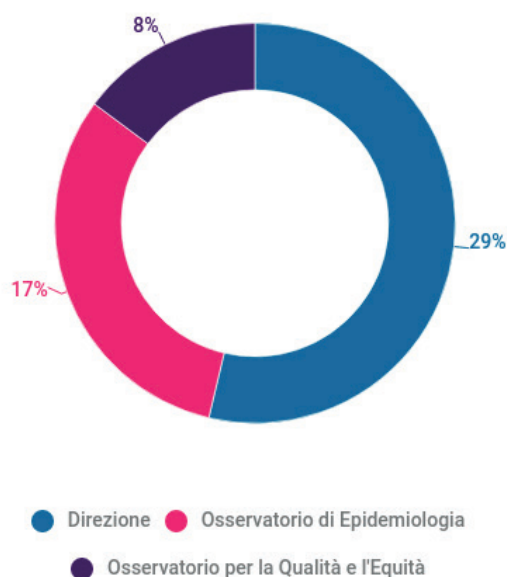
L’attuale assetto organizzativo dell’Agenzia prevede tre organi: il Direttore, il Comitato di indirizzo e controllo ed il Collegio dei revisori dei conti; dal punto di vista operativo, essa è articolata in tre strutture: la Direzione, l’Osservatorio di Epidemiologia e l’Osservatorio per la Qualità e l’Equità.

Al 31/12/2017, come indicato nella tabella sottostante, risultano complessivamente in servizio n. 54 dipendenti (compreso il personale a tempo determinato). La tabella mette a confronto inoltre le differenze tra il personale in servizio in ARS, con l’analogo quadro conoscitivo riferito al biennio precedente.

DISTRIBUZIONE PERSONALE ENTE									
Strutture	al 31/12/2015			al 31/12/2016			al 31/12/2017		
	Comparto	Dirigenza	Totale	Comparto	Dirigenza	Totale	Comparto	Dirigenza	Totale
Direzione	28	1	29	28	1	29	28	1	29
Osservatorio di Epidemiologia	14	2	16	14	2	16	15	2	17
Osservatorio per la Qualità e l’Equità	7	1	8	7	0	7	7	1	8
TOTALE	49	4	53	49	3	52	50	4	54

Le informazioni della tabella precedente sono visualizzate nella rappresentazione grafica che segue.

Distribuzione del personale ARS al 31/12/2017



All'interno del personale dell'Agenzia prevale una componente di genere femminile, in tutte le aree di attività ed in tutto il triennio considerato. E' di sesso femminile il 67% del totale dei dipendenti (72% del totale nel comparto). Tale dato si contrappone ad una presenza tutta maschile per il personale della dirigenza, dato confermato in tutto il triennio di riferimento.

DISTRIBUZIONE % PERSONALE PER INQUADRAMENTO E GENERE

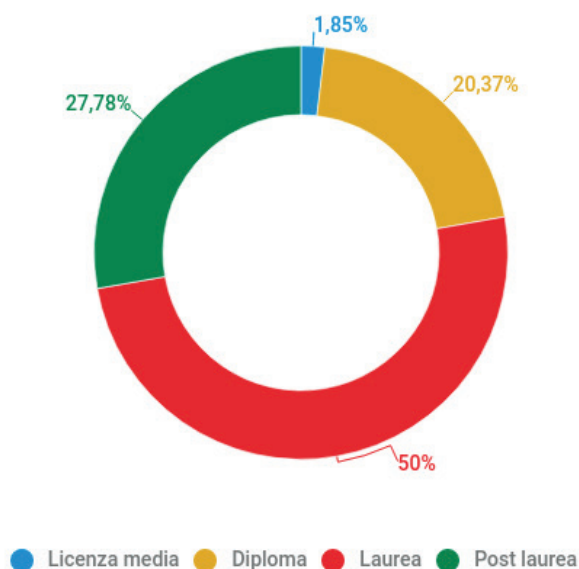
Strutture	Al 31/12/2015		Al 31/12/2016		Al 31/12/2017	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Comparto	71	29	71	29	72	28
Dirigenza	0	100	0	100	0	100
TOTALE	66	34	67	33	67	33

Relativamente ai titoli di studio, si evidenzia un elevato livello di scolarizzazione del personale dell'Agenzia, con una presenza pari a circa il 78% di laureati sul totale del personale. Le informazioni di dettaglio sono contenute nella tabella seguente, e successivamente in forma grafica.

SCOLARIZZAZIONE PERSONALE IN SERVIZIO

Titolo di studio	Valore % al 31/12/2015	Valore % al 31/12/2016	Valore % al 31/12/2017
Post Laurea	20,75	23,08	27,78
Laurea	56,60	53,85	50,00
Diploma	20,75	21,15	20,37
Licenza Media	1,90	1,92	1,85
TOTALE	100	100	100

Scolarizzazione del personale in servizio al 31/12/2017



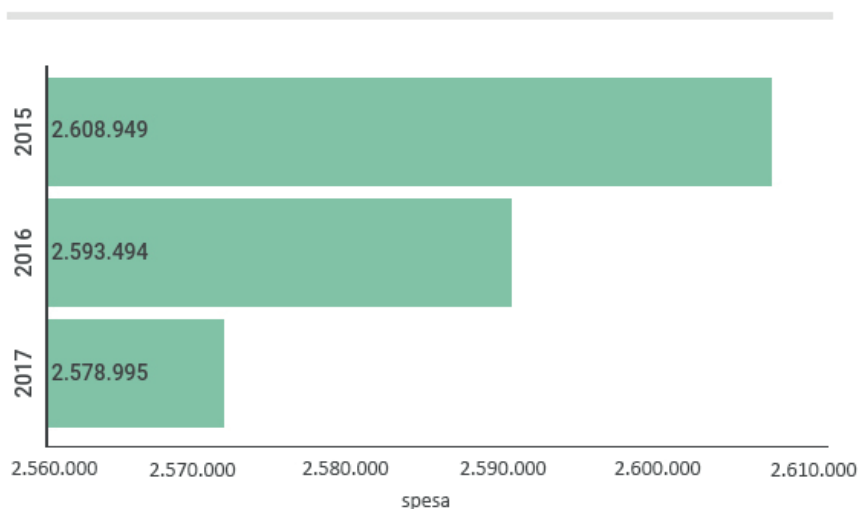
Nella tabella che segue si evidenziano alcuni indicatori rilevanti con i relativi valori assunti nel triennio 2015-2017 relativamente alla struttura del capitale umano.

STRUTTURA DEL CAPITALE UMANO*				
Indicatore	Significato	Valore al 31/12/2015	Valore al 31/12/2016	Valore al 31/12/2017
<i>Sommatoria età dipendenti/numero dipendenti</i>	<i>L'indicatore evidenzia l'età media dei dipendenti</i>	43 anni	44 anni	45 anni
<i>Sommatoria anzianità dei dipendenti nell'ente/numero dipendenti</i>	<i>L'indicatore evidenzia l'anzianità media in ARS dei dipendenti</i>	9 anni	10 anni	11 anni
<i>Numero totale dipendenti/numero strutture dirigenziali</i>	<i>L'indicatore evidenzia il numero medio dei dipendenti per struttura</i>	17 dipendenti	17 dipendenti	18 dipendenti

* dati riferiti al personale a tempo indeterminato

In relazione alla spesa di personale, il dato 2017 (comprendendo sia il tempo indeterminato che determinato su finanziamenti esterni, oltre agli oneri riflessi) si basa sulla proiezione della spesa al 31 dicembre 2017; i dati definitivi saranno disponibili dopo l'approvazione del bilancio d'esercizio 2017 previsto entro il 30 aprile 2018. Si evidenzia una lieve diminuzione della spesa nel corso del triennio considerato.

Spesa per il personale ARS nel triennio 2015-2017



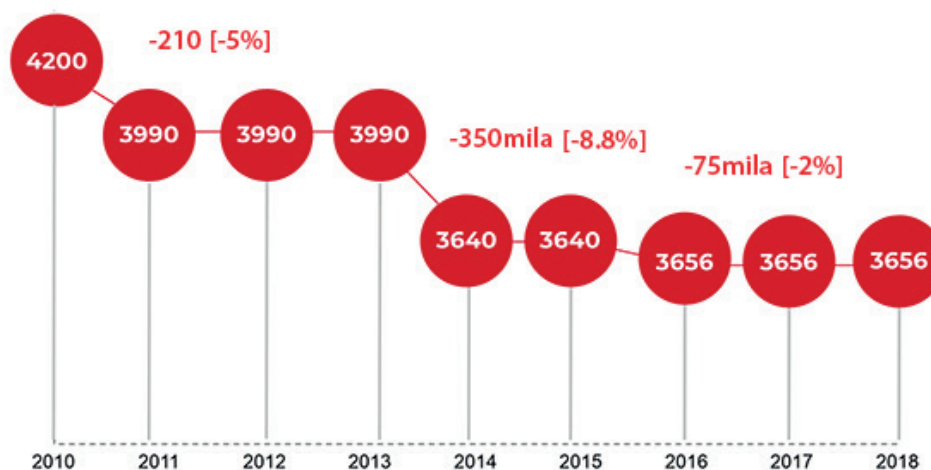
RIPARTIZIONE SPESA PERSONALE SULLE CATEGORIE DI INQUADRAMENTO

Categoria di inquadramento	Valore % al 31/12/2015	Valore % al 31/12/2016	Valore % al 31/12/2017
<i>Categoria B</i>	2,06	2,24	2,39
<i>Categoria C</i>	24,48	25,26	22,71
<i>Categoria D</i>	53,89	53,31	50,57
<i>Dirigenza</i>	19,57	19,19	24,33
TOTALE	100	100	100

Il fondo ordinario che la Regione Toscana trasferisce annualmente all’Agenzia è l’unico dato certo per quanto riguarda le risorse finanziarie. Non è possibile infatti ad oggi ipotizzare quali saranno i possibili finanziamenti che l’ARS riuscirà ad attirare con la partecipazione e l’eventuale vincita di bandi di ricerca per progetti nazionali o internazionali. Si tratta di fondi aggiuntivi, non gravanti sulle risorse regionali e che consolidano la natura dell’Agenzia come organo di supporto tecnico per la Giunta ed il Consiglio Regionale, attraverso la predisposizione di elaborazioni, dati, statistiche e rapporti utili per definire lo stato di salute dei toscani, la risposta assistenziale dei servizi regionali e la valutazione dell’efficacia delle politiche.

Il fondo ordinario per l’anno 2018 è previsto in € 3.565.000,00, pari a quello stabilito per l’anno 2017. La figura seguente evidenzia in dettaglio il decremento del fondo ordinario dal 2010 al 2018.

Fondo ordinario Contributo in migliaia di euro



3. Il ciclo della performance

3.1 Il ciclo di programmazione, misurazione e valutazione della performance

In questa sezione sarà brevemente descritto il ciclo della performance in termini di fasi e tempi previsti, strumenti a supporto del ciclo e attori coinvolti.

Il sistema di misurazione e valutazione della qualità della prestazione è articolato in varie fasi, con tempi e modalità coerenti con il Programma di Attività dell'ARS e, ad esso, strettamente collegato.

Nel rispetto degli obiettivi previsti dalla legislazione in materia, l'articolazione del ciclo di gestione della performance si sviluppa in:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati dell'attività.

Alle suddette fasi deve essere correlata una tempistica in grado, da un lato, di rispettare l'esigenza di programmazione degli obiettivi dell'ente e dei correlati obiettivi individuali, dall'altro, di consentire la misurazione e consuntivazione dei risultati, prima dell'ente nel suo complesso e quindi del dipendente, nell'ottica di una stretta connessione tra qualità della prestazione individuale e qualità della prestazione organizzativa.

Nello specifico, si individua un percorso che prevede:

- una prima fase volta alla **programmazione degli obiettivi**, così articolata:
 - a) redazione del piano della qualità della prestazione organizzativa con individuazione degli obiettivi strategici individuando indicatori, valori target e risultati attesi annui in un prospettiva triennale;
 - b) assegnazione a ciascun settore e/o struttura dirigenziale degli obiettivi;
 - c) assegnazione degli obiettivi individuali al personale
- una seconda fase volta alla **misurazione e consuntivazione dei risultati**:
 - a) valutazione dei risultati conseguiti dall'ente rispetto agli obiettivi prefissati
 - b) valutazione dei risultati conseguiti da ciascun settore /struttura dirigenziale
 - c) valutazione dei risultati conseguiti dal singolo.

Gli strumenti a supporto del ciclo di gestione e del sistema di misurazione e valutazione della qualità della prestazione, volti a definire in un quadro organico obiettivi dell'ente ed obiettivi individuali, sono:

- a. Piano della qualità della prestazione organizzativa: individuazione degli obiettivi strategici dell'Ente e del Direttore;
- b. Programma di attività e "Masterplan": individuazione delle azioni nell'ambito delle aree di attività e di singoli obiettivi, anche operativi, attribuiti alle singole articolazioni organizzative;
- c. Schede di assegnazione obiettivi individuali ai dirigenti, al personale titolare di posizione organizzativa e al personale del comparto: individuazione degli obiettivi e dei comportamenti che saranno oggetto di valutazione per misurare la qualità della prestazione individuale.

Gli attori coinvolti nel ciclo della performance sono:

Valutatore	Valutato
Giunta regionale	Direttore
Direttore	Coordinatori di Osservatorio Dirigenti di diretto riferimento Posizioni organizzative di diretto riferimento Personale assegnato
Coordinatori di Osservatorio	Dirigenti di diretto riferimento Posizioni organizzative di diretto riferimento Personale assegnato
Dirigenti	Posizioni organizzative di diretto riferimento Personale assegnato

Ulteriore soggetto coinvolto nel ciclo di misurazione e di valutazione è l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), istituito ai sensi dell'art. 20 della l.r. n. 1/2009 e del successivo regolamento di attuazione, unico per il personale della Giunta e del Consiglio Regionale e per quello degli enti dipendenti.

3.2 . Dagli obiettivi strategici alle competenze delle strutture ARS

La declinazione degli obiettivi strategici di Ente, nel rispetto della logica dell'albero della performance, viene effettuata attraverso un'analisi di interrelazione tra questi ultimi e le competenze caratterizzanti ciascuna struttura di ARS ed i relativi ambiti e sottoambiti di intervento, arrivando alla definizione degli obiettivi di propria pertinenza. Viene così realizzata una sorta di **“Masterplan” dell'attività e delle singoli azioni, grazie al quale gli obiettivi strategici sono, attraverso successive scomposizioni, resi diretti ed utilizzabili da parte di tutte le strutture di ARS.**

Per ogni struttura, con le modalità e secondo il processo già descritto, in funzione del proprio ambito di competenza e della capacità di condizionare attraverso la propria attività uno specifico aggregato, sono stati individuati dei risultati attesi e degli indicatori con i relativi valori target, per misurare l'efficacia delle azioni programmate nel periodo di riferimento. Al fine di assicurare la coerenza istituzionale gli obiettivi strategici sono individuati in coerenza agli obiettivi della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

La misurazione dei suddetti indicatori è funzionale all'espressione di un giudizio in termini di valore percentuale circa il livello di raggiungimento degli obiettivi strategici.

Nella scheda-obiettivi che segue sono identificati gli specifici **risultati attesi, indicatori, eventuali valori iniziali, valori target** (2018 e eventuale tendenza per gli anni 2019/2020), **peso percentuale** (grazie al quale è possibile graduare l'importanza relativa dei risultati attesi all'interno della scheda-obiettivi), **eventuale benchmark, note e responsabile attuazione** (struttura/e di riferimento per la realizzazione dell'obiettivo), utili per monitorare puntualmente lo stato di conseguimento degli obiettivi strategici (organizzativi).

Per ciò che riguarda gli indicatori procedurali sono stati definiti singoli e specifici **cronoprogrammi** che, attraverso l'esplicitazione di apposite fasi di realizzazione, consentirà di rilevare l'avanzamento in modo maggiormente oggettivo.

La definizione degli obiettivi operativi e individuali di tutte le strutture saranno definiti secondo una logica “a cascata” o di “padre e figlio” secondo la quale ogni unità organizzativa dell'Agenzia associa i propri obiettivi a quelli dell'unità di livello organizzativo superiore. Quanto precede consente di mappare interamente le attività che vengono effettuate dalle varie strutture con la conseguente possibilità di ricondurre tutta l'azione amministrativa al conseguimento degli obiettivi.

La definizione degli obiettivi terrà in dovuta considerazione il necessario collegamento tra **performance, trasparenza e prevenzione della corruzione**. Operare in relazione ai canoni previsti entro il **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, rappresentare la buona prassi per lo svolgimento di tutte le attività di ARS. Come per l'anno 2017, anche quest'anno, per rendere ancora più efficace il suddetto legame, nell'ambito del presente Piano è stato inserito un obiettivo trasversale in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione da sottoporre al monitoraggio da parte del **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza**.

OBIETTIVI 2018

I	OBIETTIVI STRATEGICI	II	DECLINAZIONE OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	
				Risultato atteso	Modalità calcolo indicatore (numeratore/denominatore)
1	Valutare le innovazioni organizzative in ambito socio-sanitario.	1.1	EFFETTI DEL RIORDINO DEL SSR disponibilità di una visione sistemica di significative aree della performance globale del Sistema sanitario regionale in corso di cambiamento in conseguenza dell'attuazione della riforma del sistema introdotta con la legge regionale n. 82/2015 e ss. mm.	1.1 SANITA' DI INIZIATIVA Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto della Nuova Sanità d'Iniziativa.	Raccolta delle liste degli arruolati dai medici di famiglia per i vari target previsti nella sanità d'iniziativa. Calcolo degli indicatori di arruolamento. Predisposizione delle procedure di analisi che verranno eseguite a inizio 2019 una volta consolidati i flussi sanitari per l'anno 2018.
		1.2		1.2 NUOVE ZONE DISTRETTO Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto del riordino delle nuove zone distretto.	Calcolo degli indicatori previsti nel set di monitoraggio per l'anno 2017 da utilizzare successivamente come baseline nel confronto pre e post riforma.
		1.3		1.3 APPROPRIATEZZA Indagine sulle cure, il consumo di prestazioni e l'equità di accesso ai servizi sanitari a supporto del riordino del sistema sanitario regionale con particolare riguardo alla variabilità per Azienda USL e zona/distretto di residenza.	Discussione del report con informazioni sugli effetti a distanza di un anno dal riordino del SSR aggiornate al primo semestre 2018 con gli stakeholders di riferimento.
					Predisposizione e avvio programma di incontri con i gruppi di lavoro dei dipartimenti interaziendali per la discussione delle raccomandazioni cliniche definite dalle società scientifiche nel contesto del progetto Choosing Wisely Italy
		1.4		1.4 RETI CLINICHE Monitoraggio dell'impatto dell'attuazione dei documenti di programmazione delle reti cliniche tempo-dipendenti approvati con la deliberazione n. 1380 del 27/12/2016.	Sviluppo e messa a regime di metodiche di valutazione dei sistemi di rete.
		1.5		1.5 RETE PEDIATRICA Identificazione e condivisione con il settore di competenza della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale e la direzione dell'AOU Meyer degli indicatori di monitoraggio e di esito della presa in carico dei soggetti in età pediatrica e predisposizione di un archivio informatico con i risultati degli indicatori.	Aggiornamento annuale dataset entro il 31/10/2018 e produzione data set entro il 10/12/2018.
		1.6		1.6 RETE OSPEDALIERA Volumi, esiti, tempi di programmazione attività chirurgiche.	Rapporti semestrali sui volumi delle attività di ricovero (segnalate nel D.M. n. 70/2015 ed in specifiche delibere regionali) e rapporti trimestrali sui tempi di programmazione delle attività chirurgiche.
		1.7		1.7 ACCESSO ALLE CURE Analisi comparata dei consumi sanitari della popolazione toscana secondo il livello di deprivazione materiale.	Analisi del profilo di salute e/o dei consumi sanitari di due sotto popolazioni: disabili passibili di intervento regionale (Progetto "PASS" Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali) e detenuti in Toscana.
		1.8		1.8 OSSERVAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA Realizzazione di un report di analisi e monitoraggio degli eventuali scostamenti tra gli impegni assunti con il Patto per la Salute.	Analisi e validazione dati del programma di osservazione dei livelli essenziali di assistenza (ProLEA).
1.9	1.9 EFFICACIA DELLE STRATEGIE VACCINALI DELLA REGIONE TOSCANA Analisi dell'efficacia delle campagne vaccinali di prevenzione di patologia (su minori ed adulti) attraverso utilizzo dati informatizzati delle 3 Aziende UsI Toscane.	Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno.			

OBIETTIVI 2018

RISULTATI ATTESI E INDICATORI							Collegamento con i progetti del DEFR 2018 o con il PQPO della Giunta Regionale
Valore iniziale	Valore target 2018	Valore target 2019 – 2020	Peso %	NOTE	Responsabile attuazione		
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.1	Valutazione d'impatto dell'attuazione della nuova sanità d'iniziativa entro il 31/12/2019.	8,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.2	Valutazione d'impatto della modifica della l.r. n. 40/2005 entro il 31/12/2019.	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.3	Aggiornamento della valutazione dell'impatto al 2018 entro il 31/12/2019.	10,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-		Attuazione programma di incontri con i gruppi di lavoro per la discussione delle raccomandazioni cliniche definite dalle società scientifiche nel contesto del progetto Choosing Wisely Italy		Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21		
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.4	Aggiornamento della valutazione dell'impatto al 2018 entro il 31/12/2019.	8,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.5	Aggiornamento annuale data set.	4,00%	-	Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.6	Rapporti semestrali sui volumi delle attività di ricovero e rapporti trimestrali sui tempi di programmazione delle attività chirurgiche. Al 30/06/2019 sarà predisposto un rapporto su tutto il periodo di osservazione (biennio 2017-2018).	10,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.7	Aggiornamento annuale data set sulle due sotto popolazioni.	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.8	Produzione report.	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 1.1.9	Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno.	8,00%	-	Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	

OBIETTIVI 2018 (segue)

I	OBIETTIVI STRATEGICI	II	DECLINAZIONE OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI E INDICATORI (segue)	
				Risultato atteso	Modalità calcolo indicatore (numeratore/denominatore)
2	Sviluppo di nuovi sistemi di valutazione in ambito socio-sanitario.	2.1	MIGLIORAMENTO STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	2.1 ASSISTENZA DI LUNGO TERMINE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI Misurazione del livello di tutela della popolazione anziana non autosufficiente; identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale sanitario e assistenziale; proposte per il miglioramento della governance assistenziale.	Proposta di miglioramento del flusso di dati correnti RFC 115 e 118 (Assistenza domiciliare e residenziale).
		2.2		2.2 AZIONI PER LA QUALITÀ DEI DATI SANITARI Analisi della qualità flussi doc e centralizzazione del calcolo degli indicatori di programmazione e controllo.	Analisi di qualità di ulteriori due flussi sanitari correnti in aggiunta a quelli analizzati nel 2017. Presa in carico di n. 185 indicatori MES di valutazione delle performance (Regione Toscana e Network Regioni).
		2.3		2.3 SVILUPPO DI SISTEMI DI VALUTAZIONE QUALITATIVI DEGLI ESITI Sviluppo di indicatori di esito che riportano le esperienze di cura di pazienti e caregiver professionali e non.	Definizione di un setting assistenziale (paziente e caregiver formale o informale) di implementazione del sistema di valutazione e test di fattibilità. Raccolta e analisi narrative dai centri coinvolti, tramite portale; individuazione degli indicatori soggettivi da materiale narrativo.
3	Una PA trasparente e leggera: innovazione, semplificazione, contenimento della spesa.	3.1	AZIONI PER L'EFFICACIA, L'EFFICIENZA, LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ DEI PROCESSI E PER IL BENESSERE ORGANIZZATIVO	3.1 CLIMA ORGANIZZATIVO, LEADERSHIP E PARTECIPAZIONE Assicurare un indirizzo coerente con gli obiettivi strategici e rispetto alla capacità di coordinamento della struttura.	Giudizio qualitativo del personale coordinato, rilevato attraverso un apposito questionario, circa la capacità di indirizzo e coordinamento del Direttore.
		3.2		3.2 DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA TRASPARENZA E DELLA LOTTA ALLA CORRUZIONE Realizzazione delle misure di natura organizzativa, in tema di trasparenza e anticorruzione, definite nel PTPCT 2018/2020.	Attuazione misure sulla trasparenza previste per l'anno 2018. Attuazione misure sull'anticorruzione previste per l'anno 2018.
				3.3 MAPPATURA DEI PROCESSI SECONDO LA METODOLOGIA LEAN THINKING Reingegnerizzazione e ottimizzazione dei processi primari e di supporto.	Ridisegno processi supporto e primari e produzione report entro il 10/12/2018.
		3.4		3.4 ADESIONE WORKPLACE HEALTH PROMOTION (WHP) Realizzazione del programma regionale "WHP" inserito nel progetto n.9 del Piano Regionale per la Prevenzione PRP 2014-2018 per la realizzazione di interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro.	Realizzazione di almeno 3 buone pratiche su almeno 2 delle 6 aree tematiche del programma.
				3.5 MISURARE L'EFFICACIA DELL'ATTIVITÀ DI RICERCA, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DI ARS a supporto delle Direzioni di Regione Toscana	Costruzione di un metodo qualitativo di rilevazione della percezione e dell'efficacia delle azioni di ARS da parte delle Direzioni di RT

OBIETTIVI 2018 (segue)							
RISULTATI ATTESI E INDICATORI (segue)							Collegamento con i progetti del DEFR 2018 o con il PQPO della Giunta Regionale
Valore iniziale	Valore target 2018	Valore target 2019 – 2020	Peso %	NOTE	Responsabile attuazione		
-	rispetto del cronoprogramma 2.2.1	Report sulla tutela della popolazione anziana non autosufficiente, identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale e proposta correzioni da apportare all'organizzazione e al governo dei servizi entro il 31/10/2019.	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità e Osservatorio di Epidemiologia	DEFR – progetto n. 21	
-	rispetto del cronoprogramma 2.2.2	Analisi di qualità di un altro flusso per anno.	15,00%	-	Osservatorio di Epidemiologia	Osservatorio di Epidemiologia	
-		Conclusioni del percorso di acquisizione degli indicatori mancanti (n.140).		-	Osservatorio di Epidemiologia	Osservatorio di Epidemiologia	
-	rispetto del cronoprogramma 2.2.3	Messa a regime del sistema di raccolta e di valutazione delle narrative.	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità	DEFR – progetto n. 21	
84,43% (dato finale 2017)	rispetto del cronoprogramma 3.3.1	-	2,50%	Indicatore valutato esclusivamente ai fini della prestazione individuale del Direttore (non verrà valutato, quindi, ai fini della prestazione organizzativa). La percentuale di raggiungimento sarà parametrata al giudizio rilasciato dal personale coordinato. Il valore a consuntivo dell'obiettivo sarà rappresentato dalla percentuale di gradimento/ soddisfazione risultante al termine dell'indagine.	Direzione - Settore amministrazione	PQPO – trasversale	
-	100,00%	-	2,50%	La verifica circa il conseguimento dell'obiettivo sarà effettuata dal Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza. Nell'ambito del PTPCT 2018/2020 verranno specificate le misure organizzative da adottare, sia in tema di trasparenza che di anticorruzione, ed i conseguenti cronoprogrammi utili per verificarne la realizzazione.	Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza	PQPO – trasversale	
-	100,00%	-					
-	rispetto del cronoprogramma 3.3.3	-	3,00%	-	Direzione	PQPO – trasversale	
-	rispetto del cronoprogramma 3.3.4	Mantenimento delle buone pratiche del primo anno e realizzazione di ulteriori buone pratiche su altre aree tematiche.	2,00%	-	Direzione	PQPO – trasversale	
-	rispetto del cronoprogramma 3.3.5	Applicazione metodo individuato ad almeno due attività del PQPO	2,00%	Il cronoprogramma è in corso di definizione e sarà formalizzato con l'occasione dell'approvazione del monitoraggio semestrale 2018	Direzione	PQPO – trasversale	
			100,00%				

cronoprogramma 1.1.1

SANITA' DI INIZIATIVA

RISULTATO ATTESO: Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto della Nuova Sanità d'Iniziativa.

Indicatore: Raccolta delle liste degli arruolati dai medici di famiglia per i vari target previsti nella sanità d'iniziativa. Calcolo degli indicatori di arruolamento. Predisposizione delle procedure di analisi che verranno eseguite a inizio 2019 una volta consolidati i flussi sanitari per l'anno 2018.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Raccolta liste arruolati dei medici di famiglia per i vari target attivati.	Liste pazienti arruolati	15/1/2018	15/5/2018	Francesconi	60,00%
2	Predisposizione delle procedure di analisi.	Procedure di analisi	16/5/2018	30/11/2018	Francesconi	40,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.2

NUOVE ZONE DISTRETTO

RISULTATO ATTESO - Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto del riordino delle nuove zone distretto.

Indicatore - Calcolo degli indicatori previsti nel set di monitoraggio per l'anno 2017 da utilizzare successivamente come baseline nel confronto pre e post riforma.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione operativa delle schede indicatori secondo il modello di valutazione condiviso	Schede indicatori	1/1/2018	30/4/2018	Francesconi	40,00%
2	Calcolo degli indicatori previsti nel set di monitoraggio	Set indicatori calcolati	1/5/2018	31/7/2018	Francesconi	60,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.3

APPROPRIATEZZA

RISULTATO ATTESO - Indagine sulle cure, il consumo di prestazioni e l'equità di accesso ai servizi sanitari a supporto del riordino del sistema sanitario regionale con particolare riguardo alla variabilità per Azienda USL e zona/distretto di residenza.

Indicatore - Discussione del report con informazioni sugli effetti a distanza di un anno dal riordino del SSR aggiornate al primo semestre 2018 con gli stakeholders di riferimento.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Perfezionamento dello schema di analisi e condivisione con i principali stakeholders	Schema analisi perfezionato e condiviso	1/1/2018	31/3/2018	Francesconi	40,00%
2	Aggiornamento report sull'impatto al secondo semestre 2017	Report	1/4/2018	30/6/2018	Francesconi	20,00%
3	Discussione dei report con gli stakeholders entro 30 giorni dal loro aggiornamento	Verbale riunione	1/7/2018	28/12/2018	Francesconi	40,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

APPROPRIATEZZA

RISULTATO ATTESO - Indagine sulle cure, il consumo di prestazioni e l'equità di accesso ai servizi sanitari a supporto del riordino del sistema sanitario regionale con particolare riguardo alla variabilità per Azienda USL e zona/distretto di residenza.

Indicatore - Predisposizione e avvio programma di incontri con i gruppi di lavoro dei dipartimenti interaziendali per la discussione delle raccomandazioni cliniche definite dalle società scientifiche nel contesto del progetto Choosing Wisely Italy

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Predisposizione programma di incontri con i gruppi di lavoro dei dipartimenti interaziendali per la discussione delle raccomandazioni cliniche definite dalle società scientifiche nel contesto del progetto Choosing Wisely Italy	Programma disponibile	15/1/2018	30/4/2018	Francesconi	50,00%
2	Avvio programma di incontri con i gruppi di lavoro dei dipartimenti interaziendali per la discussione delle raccomandazioni cliniche definite dalle società scientifiche nel contesto del progetto Choosing Wisely Italy	Verbale dell'incontro per la discussione delle raccomandazioni con almeno due gruppi di lavoro	1/5/2018	30/11/2018	Francesconi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.4

RETI CLINICHE

RISULTATO ATTESO - Monitoraggio dell'impatto dell'attuazione dei documenti di programmazione delle reti cliniche tempo-dipendenti approvati con la deliberazione n. 1380 del 27/12/2016.
 Indicatore - Sviluppo e messa a regime di metodiche di valutazione dei sistemi di rete.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Sviluppo di metodiche di valutazione dei sistemi di rete	Approvazione contenuti pagina web	1/1/2018	31/5/2018	Gemmi	50,00%
2	Messa a regime di metodiche di valutazione dei sistemi di rete	Report valutazioni primo semestre 2018	1/6/2018	10/12/2018	Gemmi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.5

RETE PEDIATRICA

RISULTATO ATTESO - Identificazione e condivisione con il settore di competenza della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale e la direzione dell'AOU Meyer degli indicatori di monitoraggio e di esito della presa in carico dei soggetti in età pediatrica e predisposizione di un archivio informatico con i risultati degli indicatori.
 Indicatore - Aggiornamento annuale dataset entro il 31/10/2018 e produzione data set entro il 10/12/2018.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Calcolo data set indicatori	Documento indicatori calcolati	1/1/2018	31/10/2018	Voller	40,00%
2	Produzione informatica data set	Elenco indicatori calcolati	1/8/2018	10/12/2018	Voller	60,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.6

RETE OSPEDALIERA

RISULTATO ATTESO - Volumi, esiti, tempi di programmazione attività chirurgiche.

Indicatore - Rapporti semestrali sui volumi delle attività di ricovero (segnalate nel D.M. n. 70/2015 ed in specifiche delibere regionali) e rapporti trimestrali sui tempi di programmazione delle attività chirurgiche.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Primo Rapporto trimestrale sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non	Rapporto tempi di programmazione	1/1/2018	10/5/2018	Gemmi	20,00%
2	Secondo Rapporto trimestrale sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non	Rapporto tempi di programmazione	1/4/2018	10/8/2018	Gemmi	20,00%
3	Terzo Rapporto trimestrale sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non	Rapporto tempi di programmazione	1/7/2018	10/11/2018	Gemmi	20,00%
4	Esiti clinici e volumi di attività per quelle patologie segnalate nel D.M. n.70/2015 ed in specifiche delibere regionali (secondo semestre 2017)	Rapporto volumi/esiti	1/2/2018	30/4/2018	Gemmi	20,00%
5	Esiti clinici e volumi di attività per quelle patologie segnalate nel D.M. n.70/2015 ed in specifiche delibere regionali (primo semestre 2018)	Rapporto volumi/esiti	1/7/2018	15/10/2018	Gemmi	20,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.7

ACCESSO ALLE CURE

RISULTATO ATTESO - Analisi comparata dei consumi sanitari della popolazione toscana secondo il livello di deprivazione materiale.

Indicatore - Analisi del profilo di salute e/o dei consumi sanitari di due sotto popolazioni: disabili passibili di intervento regionale (Progetto "PASS" Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali) e detenuti in Toscana.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Stima della popolazione disabile passibile di intervento programma regionale PASS	Dataset	1/1/2018	31/7/2018	Voller	25,00%
2	Rilevazione presso gli istituti penitenziari della Toscana dello stato di salute dei detenuti	Dataset	1/1/2018	31/7/2018	Voller	25,00%
3	Analisi consumi sanitari popolazione disabile	Indicatori	1/8/2018	10/12/2018	Voller	25,00%
4	Analisi dati della rilevazione su detenuti in Toscana	Indicatori	1/8/2018	10/12/2018	Voller	25,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.8

OSSERVAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

RISULTATO ATTESO - Realizzazione di un report di analisi e monitoraggio degli eventuali scostamenti tra gli impegni assunti con il Patto per la Salute.

Indicatore - Analisi e validazione dati del programma di osservazione dei livelli essenziali di assistenza (ProLEA).

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Completamento del portale PROLEA	Portale	1/1/2018	30/9/2018	Gemmi	40,00%
2	Analisi e validazione dei dati base	Report ad uso interno	1/7/2018	31/7/2018	Gemmi	30,00%
3	Analisi e validazione incrementale dei dati	Report ad uso interno	1/10/2018	10/12/2018	Gemmi	30,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 1.1.9

EFFICACIA DELLE STRATEGIE VACCINALI DELLA REGIONE TOSCANA
RISULTATO ATTESO - Analisi dell'efficacia delle campagne vaccinali di prevenzione di patologia (su minori ed adulti) attraverso utilizzo dati informatizzati delle 3 Aziende Usl Toscane
Indicatore - Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Scelta della ulteriore campagna vaccinale rispetto al 2017 e condivisione con il Settore competente della D.G. Salute	Documento	1/2/2018	30/4/2018	Voller	10,00%
2	Ricerca bibliografica della campagna vaccinale prescelta così come implementata da almeno 3 paesi europei	Report	1/5/2018	30/9/2018	Voller	30,00%
3	Redazione Report	Report	1/10/2018	30/11/2018	Voller	60,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 2.2.1

ASSISTENZA DI LUNGO TERMINE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
RISULTATO ATTESO - Misurazione del livello di tutela della popolazione anziana non autosufficiente; identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale sanitario e assistenziale; proposte per il miglioramento della governance assistenziale.
Indicatore - Proposta di miglioramento del flusso di dati correnti RFC 115 e 118 (Assistenza domiciliare e residenziale).

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione dei dati mancanti nelle attuali RFC per permettere un adeguato monitoraggio dei servizi	Lista dati mancanti	11/1/2018	31/5/2018	Francesconi	50,00%
2	Proposta di miglioramento del flusso di dati correnti RFC 115 e 118 (Assistenza domiciliare e residenziale)	Proposta disponibile	1/6/2018	21/12/2018	Francesconi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 2.2.2

AZIONI PER LA QUALITA' DEI DATI SANITARI RISULTATO ATTESO - Analisi della qualità flussi doc e centralizzazione del calcolo degli indicatori di programmazione e controllo. Indicatore - Analisi di qualità di ulteriori due flussi sanitari correnti in aggiunta a quelli analizzati nel 2017.						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Scelta dell'ulteriore flusso attraverso condivisione con il Settore competente	Documento	1/3/2018	30/4/2018	Voller	20,00%
2	Analisi di qualità dei dati	Data set	1/5/2018	15/10/2018	Voller	40,00%
3	Predisposizione e stesura report	Report definitivo	16/10/2018	10/12/2018	Voller	40,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

AZIONI PER LA QUALITA' DEI DATI SANITARI RISULTATO ATTESO - Analisi della qualità flussi doc e centralizzazione del calcolo degli indicatori di programmazione e controllo. Indicatore - Presa in carico di n. 185 indicatori MES di valutazione delle performance (Regione Toscana e Network Regioni).						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Calcolo dei 70 indicatori (valutati) del Network Regioni	Indicatori	1/1/2018	30/4/2018	Voller	40,00%
2	Calcolo dei 45 indicatori (valutati) del sistema Regione Toscana	Indicatori	1/5/2018	30/6/2018	Voller	20,00%
3	Calcolo dei 70 indicatori (non valutati) del sistema Regione Toscana e del Network Regioni	Indicatori	1/7/2018	10/12/2018	Voller	40,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 2.2.3

SVILUPPO DI SISTEMI DI VALUTAZIONE QUALITATIVI DEGLI ESITI
RISULTATO ATTESO - Sviluppo di indicatori di esito che riportano le esperienze di cura di pazienti e caregiver professionali e non

Indicatore - Definizione di un setting assistenziale (paziente e caregiver formale o informale) di implementazione del sistema di valutazione e test di fattibilità.

Raccolta e analisi narrative dai centri coinvolti, tramite portale;
 individuazione degli indicatori soggettivi da materiale narrativo.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Implementazione del portale e raccolta del materiale narrativo	Raccolta materiale narrativo	1/2/2018	31/7/2018	Gemmi	50,00%
2	Analisi del materiale narrativo	Produzione indicatori soggettivi	1/8/2018	10/12/2018	Gemmi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 3.3.1

CLIMA ORGANIZZATIVO, LEADERSHIP E PARTECIPAZIONE

RISULTATO ATTESO - Assicurare un indirizzo coerente con gli obiettivi strategici e rispetto alla capacità di coordinamento della struttura.

Indicatore - Giudizio qualitativo del personale coordinato, rilevato attraverso un apposito questionario, circa la capacità di indirizzo e coordinamento del Direttore.

Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Presentazione dei contenuti dell'indagine ai soggetti individuati alla compilazione del questionario	E-mail e/o riunione di presentazione	1/11/2018	30/11/2018	Tarli	50,00%
2	Somministrazione del questionario	Questionario somministrato	1/12/2018	31/12/2018	Tarli	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 3.3.3

MAPPATURA DEI PROCESSI SECONDO LA METODOLOGIA LEAN THINKING RISULTATO ATTESO - Reingegnerizzazione e ottimizzazione dei processi primari e di supporto. Indicatore - Ridisegno processi supporto e primari e produzione report entro il 10/12/2018.						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Assessment: analisi e fotografia della situazione iniziale di partenza (AS-IS) e individuazione di eventuali inefficienze e sprechi.	Report	15/1/2018	30/6/2018	Gemmi	50,00%
2	Reengineering: riprogettazione organizzativa sulla base di quanto emerso nell'attività di Assessment.	Report	1/7/2018	10/12/2018	Gemmi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

cronoprogramma 3.3.4

ADESIONE WORKPLACE HEALTH PROMOTION (WHP) RISULTATO ATTESO - Realizzazione del programma regionale "WHP" inserito nel progetto n°9 del Piano Regionale per la Prevenzione PRP 2014-2018 per la realizzazione di interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro. Indicatore - Realizzazione di almeno 3 buone pratiche su almeno 2 delle 6 aree tematiche del programma.						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione di obiettivi e buone pratiche di intervento, concordando il percorso di realizzazione delle buone pratiche nell'ambito delle aree tematiche individuate.	Richiesta di adesione al programma	15/1/2018	30/4/2018	Vannucci	30,00%
2	Analisi dei bisogni attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro interno con l'obiettivo di pianificare ed organizzare la realizzazione delle attività sulla base delle buone pratiche raccomandate.	Somministrazione questionario ai lavoratori	1/5/2018	31/7/2018	Vannucci	30,00%
3	Pianificazione degli interventi: realizzazione di almeno 3 buone pratiche su almeno 2 delle 6 aree tematiche del programma.	Azioni realizzate	1/8/2018	10/12/2018	Vannucci	40,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

www.ars.toscana.it