



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 04-03-2019 (punto N 15)

Delibera N 249 del 04-03-2019

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 della Relazione sulla Qualità della Prestazione sui risultati raggiunti nel 2018 da ARS

Presenti

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

Assenti

MONICA BARNI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
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 (ARS);

Visto il Capo III bis del regolamento di attuazione della L.R. 1/2009 e, in particolare, l'articolo 28 quinquies che disciplina il Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa (PQPO), documento programmatico annuale con proiezione triennale, adottato annualmente dalla Giunta;

Considerato che ai sensi dell'articolo 28 sexies del Regolamento citato al punto precedente, entro il 30 aprile di ogni anno la Giunta regionale approva la Relazione sulla Qualità della Prestazione che evidenzia i risultati raggiunti nell'anno precedente e ne assicura la conoscenza attraverso la pubblicazione sul proprio sito istituzionale;

Ricordato che l'articolo 45 del Regolamento di cui sopra prevede che le disposizioni ivi riportate si applicano, in quanto compatibili, al personale degli enti e degli organismi dipendenti della Regione;

Visto il quarto comma dell'articolo 82 undecies 1 della citata Legge Regionale n. 40/2005 che prevede che la Relazione sulla Qualità della Prestazione di ARS sia predisposta dal Direttore dell'Agenzia, a conclusione dell'intero ciclo di programmazione, misurazione e valutazione, e sia approvata dalla Giunta Regionale;

Richiamata la delibera della Giunta Regionale n. 202 del 06/03/2018 con la quale si è approvato il Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa per l'anno 2018 di ARS e nel quale sono stati individuati gli obiettivi strategici strettamente collegati al mandato istituzionale stabilito dalla legge istitutiva;

Richiamata, inoltre, la delibera della Giunta Regionale n. 887 del 06/08/2018 con la quale si è provveduto ad approvare sia il monitoraggio circa l'andamento delle attività connesse agli obiettivi strategici di cui al primo semestre 2018 di ARS, che la rimodulazione degli obiettivi di cui al Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa dell'ente approvato con la citata delibera n. 202/2018, in considerazione dell'evoluzione del contesto di riferimento;

Considerata la necessità, codificata entro le linee guida del ciclo di Programmazione, Monitoraggio e Valutazione (approvate con delibera della Giunta Regionale n. 77 del 10/02/2014 e modificate, in ultimo, con delibera n. 229 del 06/03/2018), di effettuare una verifica finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi della Giunta Regionale e degli enti dipendenti, inseriti nei rispettivi Piani della Qualità della Prestazione Organizzativa;

Preso atto del monitoraggio, allegato al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato A), circa l'andamento delle attività connesse agli obiettivi strategici al termine del 2018, con riferimento agli obiettivi, agli indicatori ed ai valori target contenuti nel Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa di ARS;

Considerato il percorso condiviso di discussione ed analisi critica circa i criteri di valutazione (esplicitati nell'allegato A al presente atto) e gli esiti del monitoraggio finale relativo al conseguimento degli obiettivi 2018 della Giunta Regionale e degli enti dipendenti, che ha coinvolto i vertici amministrativi degli enti dipendenti, i Direttori di riferimento e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);

Visto il parere rilasciato, ai sensi del comma 7 bis dell'articolo 28 duodecies del Regolamento di cui sopra, dall'Organismo Indipendente di Valutazione in ordine al metodo ed alle procedure seguiti per l'effettuazione del monitoraggio sui risultati e per la redazione della Relazione sulla Qualità della Prestazione relativa al conseguimento degli obiettivi organizzativi 2018 della Giunta Regionale e degli enti dipendenti;

Valutato di rinviare, per la conoscenza dei risultati individuali raggiunti nel 2018 dal personale dell'agenzia, ai necessari adempimenti, da adottarsi a cura dei competenti responsabili, successivamente alla chiusura del ciclo di valutazione individuale, che saranno tempestivamente riiepilogati nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet dell'ente;

Valutato, altresì, di rinviare ad apposito atto, da assumersi dalla Giunta Regionale, la valutazione sul risultato conseguito per l'anno 2018 da parte del Direttore di ARS;

Visti gli esiti della trattazione avvenuta in Comitato di Direzione, in ultimo nella seduta del 28/02/2019;

A voti unanimi

DELIBERA

- 1) di approvare la Relazione sulla Qualità della Prestazione 2018 di ARS, così come riportata nell'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- 2) 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;
- 3) di rinviare, attraverso la tempestiva pubblicazione nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet dell'ente, la conoscenza degli esiti riepilogativi dei risultati individuali raggiunti nel 2018 dal personale, ai necessari adempimenti da adottarsi a cura dei competenti responsabili;
- 4) di trasmettere all'Organismo Indipendente di Valutazione la presente delibera al fine della necessaria validazione della Relazione sulla Qualità della Prestazione 2018, da provvedersi tenendo conto degli esiti dei processi di valutazione individuali che verranno resi noti all'OIV non appena conclusi;
- 5) di demandare ad apposito atto la valutazione sul risultato conseguito per l'anno 2018 dal Direttore dell'Agenzia;

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

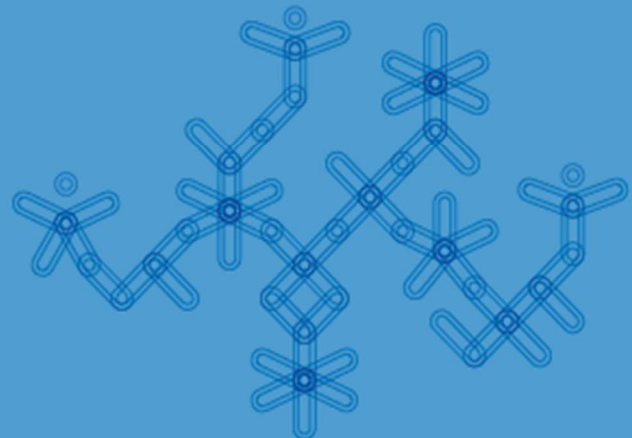
Il Direttore Generale
ANTONIO DAVIDE BARRETTA



Regione Toscana



Relazione sulla Qualità della Prestazione 2018



PREMESSA

La redazione della **Relazione sulla Qualità della Prestazione** è disciplinata dall'articolo 28 sexies del Decreto del Presidente della Giunta Regionale 24 marzo 2010, n. 33/R ad oggetto "*Regolamento di attuazione della Legge Regionale 08/01/2009, n. 1 (Testo unico in materia di organizzazione ed ordinamento del personale)*"; a norma di tale articolo la Relazione **evidenzia i risultati raggiunti**, nell'esercizio 2018, dalla struttura di ARS **rispetto ai singoli obiettivi programmati**, con rilevazione degli eventuali scostamenti. La predisposizione della RQP è, inoltre, prevista anche dall'articolo 82 undecies 1 della Legge Regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 (*Disciplina del servizio sanitario regionale*) come un adempimento da effettuarsi a carico del Direttore dell'Agenzia a conclusione dell'intero ciclo di programmazione, misurazione e valutazione.

Coerentemente con quanto previsto entro le Linee guida del ciclo di Programmazione, Monitoraggio e Valutazione, approvate con delibera della Giunta Regionale n. 77 del 10/02/2014 e modificate, in ultimo, con la delibera della Giunta Regionale n. 229 del 06/03/2018, i contenuti della **Relazione sulla Qualità della Prestazione** rappresentano la **conclusione dell'intero ciclo di Programmazione, Monitoraggio e Valutazione**, relativamente all'esercizio **2018**, delle prestazioni di tutta la struttura amministrativa dell'Agenzia, che ha visto il suo inizio con l'approvazione del Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa (approvazione avvenuta con delibera Giunta Regionale n. 202 del 06/03/2018 e successiva rimodulazione avvenuta con delibera n. 887 del 06/08/2018).

Nel Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa (PQPO) per l'anno 2018 sono stati **definiti**, in armonia con quanto contenuto nei documenti programmatici regionali, **obiettivi di valenza strategica rappresentanti la descrizione dei risultati che l'Agenzia si è prefissa di raggiungere per eseguire con successo gli indirizzi politico programmatici**.

Gli obiettivi strategici sono da intendersi, quindi, quali obiettivi **di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese dei portatori di interesse** e sono programmati su base triennale e aggiornati annualmente con riferimento alle priorità dell'Agenzia. Nel PQPO per l'anno 2018 sono stati individuati i seguenti obiettivi strategici:

1. **valutare le innovazioni organizzative in ambito socio-sanitario;**
2. **sviluppo di nuovi sistemi di valutazione in ambito socio-sanitario;**
3. **una PA trasparente e leggera: innovazione, semplificazione, contenimento della spesa;**

Il **conseguimento degli obiettivi strategici ha coinvolto l'intera struttura** dell'Agenzia in quanto gli stessi si caratterizzano per un impatto fortemente trasversale sulla "macchina burocratica". Ciò non toglie, ovviamente, che certi obiettivi siano da attribuirsi più marcatamente alla competenza di alcune unità organizzative piuttosto che a quella di altre, ma i medesimi, proprio in relazione al loro carattere strategico, sono stati conseguiti con il contributo dell'intera struttura.

Il **monitoraggio circa lo stato di avanzamento degli obiettivi strategici** individuati, in aderenza con quanto riportato entro il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, **è finalizzato alla misurazione del contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che una**

struttura/unità organizzativa/area di responsabilità apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

La scheda-obiettivo consente, quindi, di rappresentare lo stato dell'arte conclusivo circa l'effettuazione delle attività connesse al conseguimento degli obiettivi strategici 2018 con riferimento agli indicatori, ai valori target ed ai risultati attesi. In particolare, **per ognuno degli indicatori contenuti nel Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa 2018 sono state rappresentate le seguenti informazioni:**

- **il valore conseguito dall'indicatore**, come risultante dal monitoraggio condotto;
- **le note di monitoraggio**, con le quali si è provveduto a descrivere sinteticamente lo stato dell'arte conclusivo con riferimento all'attività compiuta nell'esercizio 2018; per gli indicatori procedurali (ove presenti) è fatto rinvio al relativo cronoprogramma sul quale è stato effettuato un monitoraggio dettagliato delle singole attività;
- **la fonte dati**, con la quale si è specificata la fonte dalla quale sono state tratte le informazioni relative ai precedenti due punti;
- **a livello di "indicatore" e di "risultato"** (per i risultati composti da più indicatori la percentuale esprime la media dei relativi valori, a meno che non sia indicato diversamente) è riportata, altresì, la **percentuale determinata a seguito di un'analisi tecnica effettuata in base ai criteri di cui al successivo elenco** (tratti da quelli contenuti nelle Delibere della Giunta regionale n. 209 e n. 229 del 06/03/2018):

1. gli indicatori conseguiti in ritardo sono decurtati di una percentuale che è proporzionale all'entità del ritardo: la percentuale è calcolata come rapporto tra il tempo teorico necessario come da valore target e il tempo effettivo occorso per il conseguimento dell'indicatore; nel caso in cui il compimento di alcune fasi di un cronoprogramma evidenzia un ritardo rispetto alla data di fine prevista, se il ritardo è stato successivamente riassorbito ed il procedimento si è comunque concluso entro la data finale prevista, lo stesso è da considerarsi in linea con le scadenze assegnate;
2. in presenza di un valore non quantificabile, la percentuale di conseguimento dell'indicatore è calcolata con riferimento al ritardo (in analogia con quanto fatto secondo il punto precedente) da stimarsi sulla base delle informazioni contenute nella nota di monitoraggio, a fronte dell'eventuale cronoprogramma approvato; qualora nella nota di monitoraggio non vi siano elementi utili per stimare il ritardo la percentuale di conseguimento dell'indicatore è posta pari a zero;
3. per gli indicatori numerici (anche quelli finanziari) è attribuita la percentuale di conseguimento in base alla seguente formula:

$$\frac{(\text{valore conseguito 2018}) \times 100}{(\text{valore target 2018})}$$

4. nel caso in cui la valutazione del risultato che emerge in sede tecnica sia superiore alla valutazione espressa nella nota di monitoraggio, viene assunto quest'ultimo valore.

E' stata effettuata, inoltre, una valutazione contestualizzata: nella misura in cui alcuni obiettivi non sono stati pienamente raggiunti per ragioni non direttamente imputabili alla responsabilità del soggetto valutato, si è provveduto a neutralizzare il mancato conseguimento del risultato, escludendo dalla valutazione gli indicatori (o fasi dei relativi cronoprogrammi) interessati da "cause esterne".

- **eventuali specifiche relativamente ai criteri utilizzati per la determinazione delle percentuali** (colonna note).

A seguito della realizzazione del monitoraggio finale (si veda la scheda-obiettivo a pagina seguente), sono stati ritenuti **complessivamente conseguiti, nella percentuale del 96,81%, per l'esercizio 2018, gli obiettivi strategici** (organizzativi) posti con il PQPO 2018.

Per completezza si riportano, infine, nelle pagine immediatamente successive alla rappresentazione della scheda-obiettivo, anche i cronoprogrammi definiti per valutare il conseguimento degli obiettivi procedurali con il relativo monitoraggio di dettaglio delle singole fasi/attività.

AGENZIA REGIONALE DI SANITA' (ARS) - MONITORAGGIO FINALE 2018																		
I	OBIETTIVI STRATEGICI	II	DECLINAZIONE OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI E INDICATORI								Collegamento con i progetti del DEF 2018 e con il PQPO della Giunta Regionale	MONITORAGGIO			PERCENTUALI DI CONSEGUIMENTO		NOTE
				Risultato atteso	Modalità calcolo indicatore (numeratore/denominatore)	Valore iniziale	Valore target 2018	Valore target 2019 - 2020	Peso %	NOTE	Responsabile attuazione		Valore conseguito dall'indicatore	Note di monitoraggio e motivazioni circa le eventuali modifiche al PQPO	Fonte dati	Indicatore	Risultato	
1	Valutare le innovazioni organizzative in ambito socio-sanitario	EFFETTI DEL RIORDINO DEL SSR disponibilità di una visione sistemica di significative aree delle performance globali 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 armatori dai medici di famiglia per i vari target previsti nella sanità d'iniziativa. Calcolo degli indicatori di armamento. Predispozione delle procedure di analisi che verranno eseguite a inizio 2019 una volta consolidati i flussi sanitari per l'anno 2018	-	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	DEF - progetto n. 21	-	Considerato che non è stato possibile conseguire le attività previste nel cronoprogramma per le cause ivi esplicitate, l'obiettivo è da ritenersi non valutabile. Si veda anche quanto dettagliato in proposito nel relativo cronoprogramma	Direttore	-	-	obiettivo non valutabile per quanto riportato nella nota di monitoraggio	
			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	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.2	Valutazione d'impatto della modifica della L. n. 40/2005 entro il 31/12/2019	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	100,00%	Calcolo degli indicatori precedentemente individuati per l'anno 2017	set indicatori calcolati	100,00%	100,00%	-	
			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 dei report con informazioni sugli effetti a distanza di un anno dal riordino del SSR aggiornate al primo semestre 2018 con gli stakeholders di riferimento	-	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	DEF - progetto n. 21	100,00%	Aggiornamento del report all'anno 2017 e discussione del documento con le Direzioni Sanitarie	Report e adg incontro con Direzioni Sanitarie	100,00%	-	-	
			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 27/12/2015	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	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.4	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	10,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	100,00%	Realizzazione degli incontri programmati in data 08/06/2018 con i professionisti dell'area medica dell'area Vasta Nord Ovest; in data 23/10/2018 con i Direttori UOOC medicina Interna dei Dipartimenti aziendali dell'ASL Sud Est ed in data 31/10/2018 è stata effettuata la presentazione degli indicatori sanitari "Choosing Wisely" ai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie. Infine è stato realizzato un ulteriore incontro in data 12/12/2018 con i Direttori delle UOOC Medicina Interna dell'ASL Toscana Centro	Produzione report area medica, calendario provvisorio degli incontri	100,00%	100,00%	-	
			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	Sviluppo e messa a regime di metodiche di valutazione dei sistemi di rete	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.5	Aggiornamento della valutazione dell'impatto al 2018 entro il 31/12/2019	8,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	100,00%	Publicazione del portale web consultabile e fruibile dalla home page del sito ARS, con credenziali di accesso (http://flowmap.ars.toscana.it)	Applicativo web based FlowMap presente su server ARS	100,00%	100,00%	-	
			1.6 RETE OSPEDALIERA Voluntà, esiti, tempi di programmazione attività chirurgiche	Aggiornamento annuale dataset entro il 31/10/2018 e produzione data set entro il 10/12/2018	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.6	Aggiornamento annuale data set	4,00%	-	Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	100,00%	Produzione dataset e produzione tabelle degli indicatori	Documento word e database indicatori	100,00%	100,00%	-	
			1.7 ACCESSO ALLE CURE Analisi complete dei consumi sanitari della popolazione toscana secondo il livello di deprivazione materiale	Rapporti semestrali sui volumi delle attività di ricovero segnalate nel D.M. n. 70/2015 ed in specifiche delibere regionali e trimestrali sui tempi di programmazione delle attività chirurgiche	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.7	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 Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	95,62%	E' stato redatto e diffuso il terzo report trimestrale 2018 e discusso con le Direzioni Sanitarie e Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. Completata l'analisi degli indicatori del DM70, che è stata pubblicata tra le funzionalità del software FlowMap	Report trimestrale; Applicativo web based FlowMap presente su server ARS	95,62%	95,62%	Applicato ritardo nella valutazione dell'ultima fase con peso 20% (valutata al 15,62%)	
			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 del profilo di salute e/o dei consumi sanitari di sotto popolazioni: disabili passibili di intervento regionale (Progetto "PASS" Percorsi Assistenziali per Soggetti con Bisogni Speciali) e detenuti in Toscana	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.8	Aggiornamento annuale data set sulle due sotto popolazioni	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	88,99%	Redazione e pubblicazione documento serie In Cfr n. 15 su salute detenuti in Toscana (https://www.ars.toscana.it/magis/2018_in_cfr_salute_detenuti_2.pdf) e report su consumi sanitari della popolazione in condizioni di disabilità passibile del progetto PASS	Report e Documento Serie In Cfr	88,99%	88,99%	Applicato ritardo nella valutazione della prima e nella terza fase con peso 25% (valutata, rispettivamente, al 15,91% ed al 23,08%)	
			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 USL Toscane	Analisi e validazione dati del programma di osservazione dei livelli essenziali di assistenza (ProLEA)	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.9	Produzione report	5,00%	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	73,49%	Publicazione e registrazione del software PROLEA e suo utilizzo per valutazione dell'andamento degli effetti della riforma del SSR	Portale PROLEA presente su WEB https://prolea.ars.toscana.it/ e registrato SIAE	73,49%	73,49%	Applicato ritardo nella valutazione della prima e seconda fase con peso 40% e del 30% (valutata, rispettivamente, al 37,92% ed al 5,57%)	
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 USL Toscane	Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.9	Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno	8,00%	-	Osservatorio di Epidemiologia	DEF - progetto n. 21	100,00%	Redazione report su strategia vaccinale su influenza attraverso la comparazione di 3 paesi europei	Report	100,00%	100,00%	-				

AGENZIA REGIONALE DI SANITA' (ARS) - MONITORAGGIO FINALE 2018																			
I	OBIETTIVI STRATEGICI	II	DECLINAZIONE OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI E INDICATORI							Collegamento con i progetti del DFPR 2018 e con il PQPO della Giunta Regionale	MONITORAGGIO			PERCENTUALI DI CONSEGUIMENTO		NOTE		
				Risultato atteso	Modalità calcolo indicatore (numeratore/denominatore)	Valore iniziale	Valore target 2018	Valore target 2019 - 2020	Peso %	NOTE		Responsabile attuazione	Valore conseguito dall'indicatore	Note di monitoraggio e motivazioni circa le eventuali modifiche al PQPO	Fonte dati	Indicatore		Risultato	
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	Proposta di miglioramento del flusso di dati correnti RF 115 e 118 (Assistenza domiciliare e residenziale)	-	rispetto del cronoprogramma 2.2.1	Report sulle tutele della popolazione anziana non autosufficiente, identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale e proposte connesse da apportare all'organizzazione e al governo dei servizi entro il 31/10/2018	5,00%	-	Observatorio per la Qualità ed Equità Observatorio di Epidemiologia	DFPR - progetto n. 21	100,00%	Trasmissione proposta al Direttore di ARS ed alle PG competenti della Direzione Diritto di Cittadinanza e Coesione Sociale in data 17/12/2018	Email di trasmissione proposta	100,00%	100,00%	-	
				2.2 AZIONI PER LA QUALITÀ DEI DATI SANITARI	Analisi di qualità di ulteriori due flussi sanitari correnti in aggiunta a quelli analizzati nel 2017	-	rispetto del cronoprogramma 2.2.2	Analisi di qualità di un altro flusso per anno	15,00%	-	Observatorio di Epidemiologia	Observatorio di Epidemiologia	100,00%	Individuazione dei due flussi da analizzare; predisposizione dell'analisi dati; progettazione del sistema di visualizzazione dei dati via web; Presentazione del prototipo web realizzato in occasione della riunione mensile del 29/11/18 della Direzione Diritto di Cittadinanza e Coesione Sociale in data 17/12/2018	prototipo web visual-an.toscana.it/qualita_flussi	100,00%	-		
				Presenza in carico di n. 200 indicatori MES di valutazione delle performance (Network Region)	-	-	Conclusioni del percorso di acquisizione degli indicatori mancanti (n. 30) entro aprile 2019	-	Observatorio di Epidemiologia	100,00%	Calcolo di n. 176 indicatori MES (Network Region) di cui n. 170 allineati e corretti e n. 6 da allineare risultati MES		Sistema valutazione Network region/MES	100,00%	-				
				2.3 SVILUPPO DI SISTEMI DI VALUTAZIONE QUALITATIVI DEGLI ESITI	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 di materiale narrativo	-	rispetto del cronoprogramma 2.2.3	Messa a regime del sistema di raccolta e di valutazione delle narrative	5,00%	-	Observatorio per la Qualità ed Equità		DFPR - progetto n. 21	100,00%	Completamento della fase di analisi e definizione di un set di indicatori soggettivi per il miglioramento del percorso assistenziale e della qualità di vita del punto di vista del caregiver	Corpo di narrazioni raccolto mediante piattaforma web dedicata. Set degli indicatori soggettivi	100,00%	100,00%	-
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	84,43% (dato finale 2017)	rispetto del cronoprogramma 3.3.1	Indicatore valutato esclusivamente al fine della prestazione individuale del Direttore (non viene valutato, quindi, al fine della prestazione organizzativa). La percentuale di raggiungimento sarà parametrata al giudizio rilasciato dal personale coordinato. Il valore a consuntivo percentuale sarà rappresentato dalla differenza di gradimento/soddisfazione risultante al termine dell'indagine	2,50%	-	Direzione - Settore amministrazione	PQPO - trasversale	77,24%	La compilazione del questionario è avvenuta su base volontaria e garantendo l'anonimato dei rispondenti. Il questionario è stato amministrato in data 15 novembre 2018 nel corso della seduta del Comitato tecnico scientifico di ARS. Il questionario somministrato è composto da 12 affermazioni (fatti o rilevazioni), attraverso le quali i rispondenti erano chiamati a esprimere il loro livello di accordo/disaccordo sulla base di una scala Likert a 7 valori. L'affluenza, rispetto ai dipendenti partecipanti è stata del 100%, con 15 questionari completati su 15 potenziali rispondenti. La percentuale di conseguimento complessivo dell'obiettivo, ricavata tramite conversione dell'indice medio di soddisfazione attraverso l'utilizzo della "scala di conversione", è stato pari al 77,24% e così quella corrispondente alla valutazione media riportata dai questionari di 5,1.	Direzione	77,24%	77,24%	Non rientra nel computo della valutazione della qualità della prestazione organizzativa	
				Attenzione misure sulla trasparenza previste per l'anno 2018	-	100,00%	-	-	100,00%	Revisione ed aggiornamento delle sezioni di Amministrazione trasparente su sito istituzionale ARS	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	100,00%	-	-					
				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	-	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%	Approvazione manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi. Nomina Responsabile della gestione documentale, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. Responsabile della conservazione. Responsabile del servizio per la tenuta del protocollo. Approvazione indicazioni operative per l'effettuazione degli affidamenti a mezzo procedure regolatorie di cui all'art. 36 comma 2 lett. a) b) e c) al fine di adeguare la modalità di affidamento e i controlli a quanto previsto dalle Linee Guida n. 4 dell'ANAC. Istituzione della funzione di controllo direzionale per il monitoraggio delle attività secondo il budget e obiettivi definiti (masterplan). Costituzione dello Staff di Direzione. Mappatura processi primari all'interno della catena del valore individuale. Definire procedure su sito istituzionale per inoltri segnalazioni di condotte illecite (i.e. whistleblowing).	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	100,00%	100,00%	-	
				3.3 MAPPATURA DEI PROCESSI SECONDO LA METODOLOGIA LEAN THINKING	Redisegno processi supporto e primari e produzione report entro il 10/12/2018	-	rispetto del cronoprogramma 3.3.3	-	3,00%	-	Direzione	PQPO - trasversale	97,38%	Termine della fase di reinsediamento dei processi di supporto e mappatura "AS-15" dei processi primari secondo un calendario di incontri programmati	Report redesigno processo di supporto e documento di sintesi mappatura processi primari	97,38%	97,38%	Applicato ritardo nella valutazione dell'ultima fase con peso 50%, (valutata al 47,38%)	
				3.4 ADESIONE WORKPLACE HEALTH PROMOTION (WHP)	Realizzazione del programma regionale "WHP" inserito nel progetto n.3 del Piano Regionale per la Prevenzione PGR 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	-	rispetto del cronoprogramma 3.3.4	Mantenimento delle buone pratiche e realizzazione di ulteriori buone pratiche su altre aree tematiche	2,00%	-	Direzione	PQPO - trasversale	100,00%	Le Aree Tematiche scelte nel primo anno sono state: 1) la promozione di una corretta alimentazione e 2) la promozione dell'attività fisica. Gli interventi realizzati nelle due aree hanno riguardato: la ricerca di fornitori del pranzo per il personale di ARS che rispettino le linee guida di sana alimentazione, l'affissione di cartelli sulla Pramide Alimentare Toscana (PAT) in corrispondenza di tutti i distributori di caffè e nella sala ARS adibita a refettorio; la consegna a tutto il personale di materiale sulla PAT e messaggi promozionali a busta paga; l'affissione di posters con l'indicazione dei percorsi cicloabili più sicuri per giungere sul posto di lavoro dai Comuni limitrofi; l'affissione di cartelli che incentivano l'uso delle scale anziché degli ascensori, in corrispondenza dei 3 piani della sede ARS	Rendicontazione interventi realizzati per ASI competente	100,00%	100,00%	-
				3.5 MISURE PER L'EFFICACIA DELL'ATTIVITÀ DI RICERCA, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DI ARS	Costruzione di un metodo qualitativo di rilevazione della percezione e dell'efficacia delle azioni di ARS da parte delle Direzioni di RT	-	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	76,67%	Individuazione del metodo di rilevazione, in particolare attraverso la conduzione di focus group con il metodo "Metapan" e sua applicazione in data 03/12/2018 con responsabili dei settori della Direzione Diritto di Cittadinanza e Coesione Sociale e in data 06/12/2018 con rappresentanti clinici delle professioni sanitarie.	Report di sintesi dei risultati dei metapan realizzati	76,67%	76,67%	Applicata riduzione nella valutazione della seconda fase con peso 70%, (valutata al 46,67%) perché la verifica doveva essere fatta con un stakeholder	
												100,00%			MEDIA PONDERATA	96,81%			

RISULTATO ATTESO 1.1. SANITA' DI INIZIATIVA - Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto della Nuova Sanità d'Iniziativa Valore target - entro il 30/11/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Raccolta liste arruolati dei medici di famiglia per i vari target attivati	liste pazienti arruolati	15/01/2018	15/05/2018	Francesconi	60,00%	-	Non è stato possibile svolgere la fase in quanto i medici di famiglia non hanno attuato l'arruolamento per i vari target previsti nella sanità d'iniziativa secondo gli indirizzi della DGR 650/2016. Infatti, nonostante, con il contributo di ARS, sia stato realizzato tramite ESTAR un software per la gestione dei pazienti da arruolare secondo il nuovo modello e sia stata avviata la formazione degli operatori coinvolti, l'avvio della presa in carico è attualmente condizionato dalla indisponibilità sopraggiunta da parte dei medici di famiglia che hanno richiesto di utilizzare una cartella clinica integrata con i propri gestionali per l'inserimento dati, ponendo tale condizione come pregiudiziale all'avvio della presa in carico	Direzione
2	Predisposizione delle procedure di analisi	procedure di analisi	16/05/2018	30/11/2018	Francesconi	40,00%	-	Conseguentemente a quanto argomentato nella fase di cui sopra, non è stato quindi possibile svolgere la presente fase in quanto, considerando il recepimento del Piano Nazionale della Cronicità, come previsto nell'accordo stato regioni del 15 settembre 2016, con la Delibera n. 826 del 23/07/2018 ed il conseguente mandato al settore regionale competente di dare piena attuazione alle strategie di intervento previste dal PNC, il modello di riferimento è in fase di revisione con necessità di rivedere anche le procedure analisi dati volte alla sua valutazione	Direzione
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 1.2 NUOVE ZONE DISTRETTO - Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto del riordino delle nuove zone distretto Valore target - entro il 31/07/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Definizione operativa delle schede indicatori secondo il modello di valutazione condiviso	schede indicatori	01/01/2018	30/04/2018	Francesconi	40,00%	27/04/2018	Fase conclusa	email di condivisione del documento tecnico (schede) del 27/04/2018
2	Calcolo degli indicatori previsti nel set di monitoraggio	set indicatori calcolati	01/05/2018	31/07/2018	Francesconi	60,00%	26/07/2018	Fase conclusa	email di trasmissione set indicatori calcolati
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 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 Valore target - entro il 28/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Perfezionamento dello schema di analisi e condivisione con i principali stakeholders	schema analisi perfezionato e condiviso	01/01/2018	31/03/2018	Francesconi	40,00%	25/01/2018	E' stata condivisa in data 25/01/2018 con i membri della III Commissione consiliare del CR il documento con lo schema di analisi perfezionato	email inviata a Presidente Scaramelli
2	Aggiornamento report sull'impatto al secondo semestre 2017	Report	01/04/2018	30/06/2018	Francesconi	20,00%	04/06/2018	Fase conclusa, documento redatto	email condivisione report del 04/06/2018
3	Discussione dei report con gli stakeholders entro 30 giorni dal loro aggiornamento	Verbale riunione	01/07/2018	28/12/2018	Francesconi	40,00%	13/06/2018	Fase conclusa, documento discusso con le Direzioni Sanitarie in data 13/06/2018	odg incontro
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 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 Valore target - entro il 28/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Perfezionamento dello schema di analisi e condivisione con i principali stakeholders	schema analisi perfezionato e condiviso	01/01/2018	31/03/2018	Francesconi	40,00%	25/01/2018	E' stata condivisa in data 25/01/2018 con i membri della III Commissione consiliare del CR il documento con lo schema di analisi perfezionato	email inviata a Presidente Scaramelli
2	Aggiornamento report sull'impatto al secondo semestre 2017	Report	01/04/2018	30/06/2018	Francesconi	20,00%	04/06/2018	Fase conclusa, documento redatto	email condivisione report del 04/06/2018
3	Discussione dei report con gli stakeholders entro 30 giorni dal loro aggiornamento	Verbale riunione	01/07/2018	28/12/2018	Francesconi	40,00%	13/06/2018	Fase conclusa, documento discusso con le Direzioni Sanitarie in data 13/06/2018	odg incontro
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 <i>Valore target - entro il 10/12/2018</i>							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Sviluppo di metodiche di valutazione dei sistemi di rete	Approvazione contenuti pagina web 2016	01/01/2018	31/05/2018	Gemmi	50,00%	28/05/2018	Fase completata	applicativo web FlowMap
2	Messa a regime di metodiche di valutazione dei sistemi di rete	Report valutazioni primo semestre 2018	01/06/2018	10/12/2018	Gemmi	50,00%	20/11/2018	Portale completato con la pubblicazione sul sito e la consegna delle credenziali ai Direttori delle Aziende (Generali e Sanitari) ed ai Referenti della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale	report interattivo su portale web FlowMap
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 <i>Valore target - entro il 10/12/2018</i>							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Calcolo data set indicatori	Documento indicatori calcolati	01/01/2018	31/10/2018	Voller	40,00%	31/10/2018	Fase conclusa	Documento word riassuntivo degli indicatori prodotti
2	Produzione informatica data set	Elenco indicatori calcolati	01/08/2018	10/12/2018	Voller	60,00%	10/10/2018	Fase conclusa	Database indicatori
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 1.6 RETE OSPEDALIERA - Volumi, esiti, tempi di programmazione attività chirurgiche Valore target - entro il 15/10/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Primo Rapporto sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non	Rapporto tempi di programmazione	01/01/2018	10/05/2018	Gemmi	20,00%	01/02/2018	Fase realizzata	rapporto Tempi di attesa per chirurgia programmata con dati gennaio-novembre 2017
2	Secondo Rapporto sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non	Rapporto tempi di programmazione	01/04/2017	10/08/2018	Gemmi	20,00%	02/05/2018	Fase realizzata	rapporto Tempi di attesa per chirurgia programmata con dati consolidati anno 2017
3	Terzo Rapporto trimestrale sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non	Rapporto tempi di programmazione	01/07/2018	10/11/2018	Gemmi	20,00%	10/07/2018	Fase realizzata	rapporto Tempi di attesa per chirurgia programmata con dati primo trimestre 2018
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	01/02/2018	30/04/2018	Gemmi	20,00%	30/04/2018	Fase realizzata	Completamento dell'analisi degli indicatori del DM70
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	01/07/2018	15/10/2018	Gemmi	20,00%	14/11/2018	Fase realizzata	Report monitoraggio indicatori di esito
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 1.7 ACCESSO ALLE CURE - Analisi comparata dei consumi sanitari della popolazione toscana secondo il livello di deprivazione materiale Valore target - entro 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Stima della popolazione disabile passibile di intervento programma regionale PASS	Dataset	01/01/2018	31/07/2018	Voller	25,00%	30/11/2018	Fase realizzata	dataset
2	Rilevazione presso gli istituti penitenziari della Toscana dello stato di salute dei detenuti	Dataset	01/01/2018	31/07/2018	Voller	25,00%	30/04/2018	Fase realizzata	dataset
3	Analisi consumi sanitari popolazione disabile	Indicatori	01/08/2018	10/12/2018	Voller	25,00%	21/12/2018	Fase realizzata	Documento word
4	Analisi dati della rilevazione su detenuti in Toscana	Indicatori	01/08/2018	10/12/2018	Voller	25,00%	30/09/2018	Fase realizzata	Documento serie In Cifre
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 Valore target - entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Completamento del portale PROLEA	Portale	01/01/2018	30/09/2018	Gemmi	40,00%	15/10/2018	Fase completata	portale Prolea pubblicato su sito web ARS
2	Analisi e validazione dei dati base	Report ad uso interno	01/07/2018	31/07/2018	Gemmi	30,00%	14/12/2018	Fase completata	Documento depositato in sede di registrazione
3	Analisi e validazione incrementale dei dati	Report ad uso interno	01/10/2018	10/12/2018	Gemmi	30,00%	05/10/2018	Fase completata, discussione delle schede con il Direttore Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale	schede report
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 Valore target - entro il 30/11/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Scelta della ulteriore campagna vaccinale rispetto al 2017 e condivisione con il Settore competente della D. Salute	Documento	01/02/2018	30/04/2018	Voller	10,00%	30/04/2018	Fase realizzata	Flussi DOC
2	Ricerca bibliografica della campagna vaccinale prescelta così come implementata da almeno 3 paesi europei	Report	01/05/2018	30/09/2018	Voller	30,00%	28/09/2018	Fase realizzata	Documento word Bibliografia
3	Redazione Report	Report	01/10/2018	30/11/2018	Voller	60,00%	29/11/2018	Fase realizzata	Report
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 Valore target - entro il 21/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Definizione dei dati mancanti nelle attuali RFC per permettere un adeguato monitoraggio dei servizi	Lista dati mancanti	11/01/2018	31/05/2018	Francesconi	50,00%	25/05/2018	Fase conclusa con consegna documentazione	prospetto sintetico
2	Proposta di miglioramento del flusso di dati correnti RFC 115 e 118 (Assistenza domiciliare e residenziale)	Proposta disponibile	01/06/2018	21/12/2018	Francesconi	50,00%	17/12/2018	Fase conclusa con trasmissione proposta al Direttore di ARS ed alle PO competenti della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale	Proposta inviata
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 2.2 AZIONI PER LA QUALITA' DEI DATI SANITARI - 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 Valore target - entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Scelta dell'ulteriore flusso attraverso condivisione con il Settore competente	Documento	01/03/2018	30/04/2018	Voller	20,00%	30/04/2018	Fase realizzata	Flussi DOC
2	Analisi di qualità dei dati	Data set	01/05/2018	15/10/2018	Voller	40,00%	01/10/2018	Fase realizzata	prototipo web
3	Predisposizione e stesura report	Report definitivo	16/10/2018	10/12/2018	Voller	40,00%	29/11/2018	Fase realizzata con la redazione del report finale. Presentazione del prototipo web realizzato in occasione della riunione mensile della Direzione Diritti di Cittadinanza con i controlli di gestione aziendali delle ASL Toscane	Report finale
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 2.2 AZIONI PER LA QUALITA' DEI DATI SANITARI - Analisi della qualità flussi doc e centralizzazione del calcolo degli indicatori di programmazione e controllo Indicatore - Presa in carico di n. 200 indicatori MES di valutazione delle performance (Network Regioni) Valore target - entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Calcolo dei 70 indicatori (valutati) del Network Regioni	Indicatori	01/01/2018	30/04/2018	Voller	40,00%	30/04/2018	Fase realizzata	Sistema valutazione Network regioni/MES
2	Calcolo dei 70 indicatori (non valutati) del sistema Regione Toscana e del Network Regioni	Indicatori	01/05/2018	10/12/2018	Voller	60,00%	10/12/2018	Calcolo di n. 106 indicatori MES (Network Regioni) di cui n. 100 allineati e corretti e n. 6 da allineare a risultati MES	Sistema valutazione Network regioni/MES
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 Valore target – entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Implementazione del portale e raccolta del materiale narrativo	raccolta materiale narrativo	01/02/2018	31/07/2018	Gemmi	50,00%	31/07/2018	Fase conclusa	Server WEB
2	Analisi del materiale narrativo	produzione indicatori soggettivi	01/08/2018	10/12/2018	Gemmi	50,00%	10/12/2018	Fase conclusa	Report con indicatori soggettivi
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 3.1 CLIMA ORGANIZZATIVO, LEADERSHIP E PARTECIPAZIONE – Assicurare un indirizzo coerente con gli obiettivi strategici e rispetto alla capacità di coordinamento della struttura Valore target – entro il 31/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Presentazione dei contenuti dell'indagine ai soggetti individuati alla compilazione del questionario	E-mail e/o riunione di presentazione	01/11/2018	30/11/2018	Tarli	50,00%	13/11/2018	Presentazione del questionario e trasmissione del medesimo ai Dirigenti ed alle PO dell'Agenzia con email del 13/11/2018.	email e questionario allegato
2	Somministrazione del questionario	Questionario somministrato	01/12/2018	31/12/2018	Tarli	50,00%	15/11/2018	Questionario somministrato in data 15/11/2018 in occasione della seduta del Comitato Tecnico scientifico di ARS.	odg seduta comitato e questionari compilati
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 3.3 MAPPATURA DEI PROCESSI SECONDO LA METODOLOGIA LEAN THINKING – Reingegnerizzazione e ottimizzazione dei processi primari e di supporto Valore target – entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Assessment: analisi e fotografia della situazione iniziale di partenza (AS-IS) e individuazione di eventuali inefficienze e sprechi	Report	15/01/2018	30/06/2018	Gemmi	50,00%	20/04/2018	Fase conclusa su processi di supporto	Presentazione con mappatura, stato 'as is' e piani di reingegnerizzazione
2	Reengineering: riprogettazione organizzativa sulla base di quanto emerso nell'attività di Assessment	Report	01/07/2018	10/12/2018	Gemmi	50,00%	19/12/2018	Mappatura su processi primari	Report
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 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 Valore target – entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
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	15/01/2018	30/04/2018	Vannucci	30,00%	13/04/2018	Fase realizzata	Richiesta PEC a Regione Toscana del 13/04/18
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 e questionario ai lavoratori	01/05/2018	31/07/2018	Vannucci	30,00%	04/06/2018	Fase realizzata	Report risultati del questionario somministrato
3	Pianificazione degli interventi: realizzazione di almeno 3 buone pratiche su almeno 2 delle 6 aree tematiche del programma	Azioni realizzate	01/08/2018	10/12/2018	Vannucci	40,00%	10/12/2018	Azioni realizzate come da programma di lavoro	Rendicontazione all'ASL competente
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			

RISULTATO ATTESO 3.5 MISURARE L'EFFICACIA DELL'ATTIVITA' DI RICERCA MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DI ARS - a supporto delle Direzioni di Regione Toscana Valore target - entro il 10/12/2018							MONITORAGGIO		
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %	Fine effettiva (se entro il 31/12)	Note di monitoraggio	Fonte dati
1	Definizione di un metodo di percezione del valore delle azioni di Ars da parte dei molteplici stakeholders	metodologia	01/06/2018	30/06/2018	Vannucci	30,00%	28/06/2018	Metodologia scelta da verificare nella fase successiva	verbale comitato esecutivo e comitato tecnico scientifico
2	Raccolta dei principali elementi di valore percepiti da tre diversi stakeholders significativi	elenco degli elementi di valore raccolti	01/07/2018	10/12/2018	Vannucci	70,00%	06/12/2018	Fase conclusa, realizzazione incontri con due stakeholders significativi (referenti regionali e clinici)	Report su esiti focus group attraverso metaplan
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%			