



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 06-03-2018 (punto N 18)

Delibera N 211 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 della Relazione sulla Qualità della Prestazione sui risultati raggiunti nel 2017 da A.R.S.

Presenti

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO	FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO
MARCO REMASCHI	STEFANIA SACCARDI	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 (A.R.S.);

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;

Richiamata la delibera della Giunta Regionale n. 140 del 21/02/2017 con la quale si è approvato il Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa per l'anno 2017 di A.R.S. 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. 871 del 07/08/2017 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 2017 di A.R.S., che la rimodulazione degli obiettivi di cui al Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa dell'ente approvato con la citata delibera n. 140/2017, 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. 279 del 05/04/2016), 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 2017, con riferimento agli obiettivi, agli indicatori ed ai valori target contenuti nel Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa di A.R.S.;

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 2017 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 2017 della Giunta Regionale e degli enti dipendenti;

Valutato di rinviare, per la conoscenza dei risultati individuali raggiunti nel 2017 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 riepilogati 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 2017 da parte del Direttore di A.R.S.;

Visti gli esiti della trattazione avvenuta in Comitato di Direzione, in ultimo nella seduta del 01/03/2018;

A voti unanimi

DELIBERA

- 1) di approvare la Relazione sulla Qualità della Prestazione 2017 di A.R.S., 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 2017 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 2017, 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 2017 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 2017

*sulla Qualità della Prestazione
Agenzia Regionale di Sanità*

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 2017, dalla struttura di A.R.S. **rispetto ai singoli obiettivi programmati**, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

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. 279 del 05/04/2016, i contenuti della **Relazione sulla Qualità della Prestazione** rappresentano la **conclusione dell'intero ciclo di Programmazione, Monitoraggio e Valutazione**, relativamente all'esercizio **2017**, 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. 140 del 21/02/2017 e successiva rimodulazione avvenuta con delibera n. 871 del 07/08/2017).

Nel Piano della Qualità della Prestazione Organizzativa (PQPO) per l'anno 2017 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 2017 sono stati individuati i seguenti obiettivi strategici:

1. **valutare le innovazioni organizzative in sanità;**
2. **sistemi di sorveglianza delle strategie vaccinali in toscana;**
3. **iniziative in merito alla non autosufficienza;**
4. **valutare le innovazioni tecnologiche in sanità;**
5. **sviluppo di sistemi di valutazione qualitativi;**
6. **una P.A. trasparente e leggera: innovazione, semplificazione, contenimento della spesa;**
7. **trasparenza e anticorruzione.**

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 2017 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 2017 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 2017;
- **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. 137 e n. 212, rispettivamente, del 21/02/2017 e del 07/03/2017):

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:

$$\frac{(\text{valore conseguito 2017}) \times 100}{(\text{valore target 2017})}$$

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 94,87%, per l'esercizio 2017, gli obiettivi strategici** (organizzativi) posti con il PQPO 2017.

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.

AGENZIA REGIONALE DI SANITA' - Monitoraggio finale 2017

I	OBBIETTIVI STRATEGICI	II	DECLINAZIONE OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI E INDICATORI						Collegamento con i progetti del DEFES 2017 e con il PQPO della Giunta Regionale	MONITORAGGIO		PERCENTUALI DI CONSEGUIMENTO		NOTE				
				Risultato atteso	Modalità calcolo indicatore (numeratore/denominatore)	Valore iniziale	Valore target 2017	Valore target 2018 - 2019	Peso %		Eventuale benchmark	NOTE	Responsabile attuazione	Valore conseguito dall'indicatore		Note di monitoraggio	Fonte dati	Indicatore	Risultato
1	Valutare la innovazione organizzativa in sanità	1.1	1.1 SANITA' DI INIZIATIVA	Modello di valutazione definito e condiviso con i competenti settori della D. Salute entro tre mesi dalla definizione della modalità di gestione degli assistiti complessi (...), e dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare da parte della "Commissione permanente per la sanità d' iniziativa" come previsto nella DPR n. 650/2015	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.1	Valutazione d'impatto dell'attuazione della nuova sanità d'iniziativa entro il 31/12/2019	5,00%	-	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Come segnalato per il precedente monitoraggio, il documento tecnico definito dalla Commissione permanente per la Sanità d'iniziativa è stato recepito modificando tra la medicina generale e la Regione Toscana. Lo stesso secondo ha anche definito il set degli indicatori per la valutazione della performance e sui elaborazioni saranno fornite da ARS a partire dal 2018. Il piano di analisi per la valutazione di impatto complessivo del progetto, già predisposto entro il 30/09/2017, contemporaneamente a quanto previsto nel precedente monitoraggio, non è stato concluso con il COMRAS in quanto tale organo attualmente non è ancora stato ricostituito. È stato pertanto preliminarmente condiviso con il dirigente regionale del settore competente che ne ha approvato la struttura	Accordo deliberato con la DPR n. 930 del 29 agosto 2017; Mail di condivisione del disegno di studio con il dirigente regionale del settore competente inviata in data 07/11/2017	100,00%	100,00%	-	
			1.2 NUOVE ZONE DESTRETTO	Modello di valutazione definito e condiviso con i competenti settori della D. Salute entro tre mesi dalla pubblicazione della modifica della Lr. n. 40/2005 relativamente alla tematica pertinente	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.2	Valutazione d'impatto della modifica della Lr. n. 40/2005 entro il 31/12/2019	5,00%	-	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	La bozza dello studio di impatto della organizzazione è stata condivisa con i responsabili dei settori competenti della D. Salute entro i tempi stabiliti. I dirigenti responsabili hanno approvato l'impatto dello studio e pertanto tale documento può essere considerato definitivo	Mail di approvazione della bozza di studio di impatto da parte del dirigente regionale del settore competente	100,00%	100,00%	-	
			1.3 APPROPRIATEZZA	indagine sulla cura, il consenso di prestazioni e requisiti 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	Report con informazioni sugli effetti a distanza di un anno dai riordini del SSR entro il 10/12/2017	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.3	Aggiornamento della valutazione dell'impatto al 2018 entro il 31/12/2019	10,00%	-	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	L'aggiornamento dello studio di impatto sul periodo al primo semestre 2017 è stato effettuato entro i tempi stabiliti	Documento con indicatori di valutazione al primo semestre 2017 inviato dal Dott. Profili al dirigente regionale del settore competente in data 26/11/2017. Tale documento è stato successivamente discusso con la Dott.ssa Plovi in data 20/12/2017	100,00%	100,00%	-
			1.4 RETI CLINICHE	Produzione di archivi informativi per le aree cliniche infologia e grande trauma	-	entro il 31/03/2017	-	-	-	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Definizione con i clinici dell'archivio informativi per l'area clinica di grande trauma e sua realizzazione. Per la telefonia dell'archivio informativo sono stati predisposti e pubblicati i principali indicatori sul portale MacDi di ARS	e-mail inviata il 31/03/2017 ai dirigenti ARS interessati per l'invio su grande trauma. Per la telefonia si veda il portale MacDi di ARS: https://www.ars.toscana.it/portal/area-dati-manipolazione.html?d=00&selezione=3	100,00%	75,00%	Per quanto concerne il secondo indicatore, stante la mancata conclusione della fase del cronoprogramma, si computa un conseguimento pari al peso assegnato alla sola prima fase	
				Consolidamento sistema di monitoraggio basato su dati comuni nei studi e stema aggiornato al 2015	Report sistema di monitoraggio basato su dati comuni nei studi e stema aggiornato al 2015	rispetto del cronoprogramma 1.1.4	Aggiornamento della valutazione dell'impatto al 2018 entro il 31/12/2019	-	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	50%	È stato definito il sistema di monitoraggio per la rete tempo dipendente del politrauma, con i riferimenti clinici e organizzativo della rete. Si mantiene il rielaborato già segnalato nello sviluppo del sistema per RTA, a carico della componente clinica	Report di presentazione del monitoraggio della rete politrauma revisionato secondo quanto previsto dalla delibera n.1389 del 27/12/2016	50,00%	-	-		
			1.5 RETE PEDIATRICA	Condivisione set di indicatori con Settore di competenza e con Direzione AOU Meyer entro il 31/07/2017	Calcolo dei valori della lista degli indicatori individuati di monitoraggio per l'anno 2016	rispetto del cronoprogramma 1.1.5	Aggiornamento annuale lista indicatori	-	-	Observatore di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Sono stati prodotti 4 data set sulla presa in carico dei soggetti in età pediatrica al pronto soccorso ed altrettanto analizzabili per la principale patologia pediatrica ed approfondimenti in tema dei bambini con bisogni complessi. È stata prodotta documentazione di commento e bozza di documento della serie dei documenti ARS in cura che uscirà a gennaio 2018.	Documentazione condivisa con la direzione competente e con i membri della Rete Pediatrica Regionale	100,00%	100,00%	-		
				Produzione data set entro il 31/10/2017	Calcolo dei valori della lista degli indicatori individuati di monitoraggio per l'anno 2017	rispetto del cronoprogramma 1.1.6	Aggiornamento annuale data set	-	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Tutti i documenti sono stati condivisi con la direzione competente e con i membri della Rete Pediatrica Regionale secondo le scadenze previste	-	100,00%	100,00%	-		
1.6 RETE OSPEDALIERA	Reporti semestrali sui volumi delle attività di ricovero ospedaliari nel D.M. n. 70/2015 ed in specifiche delibere regionali e trimestrali sui tempi di programmazione della attività chirurgiche	-	rispetto del cronoprogramma 1.1.6	Reporti semestrali sui volumi delle attività di ricovero ospedaliari nel D.M. n. 70/2015 ed in specifiche delibere regionali e trimestrali sui tempi di programmazione della attività chirurgiche. Al 30/06/2015 sarà predisposto un rapporto su tutto il periodo di osservazione (biennio 2015-2018)	15,00%	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Il terzo report trimestrale sul monitoraggio dei tempi di attesa chirurgici è stato completato e trasmesso al Direttore della D. Salute ed al Responsabile del settore competente (Dott.ssa Mechli). È in fase di predisposizione il quarto report trimestrale sui tempi di attesa e sui report per il periodo gennaio - novembre. Il report relativo al primo semestre del volume delle prestazioni comprese nel DM70/2015 è stato completato e trasmesso in ottobre	e-mail inviata a Dott.ssa Plovi e Dott.ssa Mechli ed alla trasmissione report monitoraggio tempi di attesa report semestrale monitoraggio esiti trasmesso in ottobre.	100,00%	100,00%	-					
1.7 ACCESSO ALLE CURE	Analisi comparata dei consumi sanitari della popolazione toscana secondo il livello di deprivazione materiale	Produzione data set entro il 31/10/2017	rispetto del cronoprogramma 1.1.7	Aggiornamento annuale data set	5,00%	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Sulla base del documento ARS N° 90 "La disuguaglianza di salute in Toscana: determinanti e "conseguenze" sono stati effettuati approfondimenti per tre temi: 1. la gestione territoriale delle malattie croniche e il diabete; 2. il percorso diagnostico terapeutico del SSR nelle patologie oncologiche: oggetto di screening; 3. l'associazione fra catturi "fragili" livello di deprivazione e stato di salute. I dati ed i report di commento sono stati prodotti nei tempi prestabiliti	Dati e report di commento prodotti il 31 ottobre 2017	100,00%	100,00%	-					
	Analisi dell'efficacia di almeno tre campagne vaccinali di prevenzione di patologia (su minori ed adulti) attraverso utilizzo dati informatizzati delle 3 aziende USL Toscane	Produzione Report entro 30/11/2017	-	rispetto del cronoprogramma 2.1	Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno	10,00%	-	Observatore di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Sono stati analizzati gli aspetti operativi adottati in tre Paesi europei (Regno Unito, Germania e Francia) per mantenere alta la copertura di popolazione per le seguenti vaccinazioni: morbillo, papillooma virus umano (HPV) e meningococco C. I tre Paesi sono stati scelti poiché rappresentativo delle eccellenze di copertura per gruppi target di popolazione. Le strategie vaccinali di questi paesi sono state comparate con il sistema italiano e quello toscano. Il report di commento è stato prodotto nei tempi prestabiliti	Report di commento redatto il 30/09/2017	100,00%	100,00%	-				
2	Sistemi di sorveglianza delle strategie vaccinali in Toscana	2.1	EFFICACIA DELLE STRATEGIE VACCINALI DELLA REGIONE TOSCANA	Analisi dell'efficacia di almeno tre campagne vaccinali di prevenzione di patologia (su minori ed adulti) attraverso utilizzo dati informatizzati delle 3 aziende USL Toscane	Produzione Report entro 30/11/2017	-	rispetto del cronoprogramma 2.1	Analisi di almeno un ulteriore piano vaccinale per patologia per anno	10,00%	-	Observatore di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Sono stati analizzati gli aspetti operativi adottati in tre Paesi europei (Regno Unito, Germania e Francia) per mantenere alta la copertura di popolazione per le seguenti vaccinazioni: morbillo, papillooma virus umano (HPV) e meningococco C. I tre Paesi sono stati scelti poiché rappresentativo delle eccellenze di copertura per gruppi target di popolazione. Le strategie vaccinali di questi paesi sono state comparate con il sistema italiano e quello toscano. Il report di commento è stato prodotto nei tempi prestabiliti	Report di commento redatto il 30/09/2017	100,00%	100,00%	-	
			Misurazione del livello di tutela della popolazione anziana nei sottosegmenti: identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale sanitario e assistenziale; proposte per il miglioramento della gestione assistenziale	Report sull'attuale livello di tutela della popolazione anziana non autosufficiente entro il 30/12/2017	rispetto del cronoprogramma 3.1	Report sulla tutela della popolazione anziana non autosufficiente, identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale e assistenziale; proposte per il miglioramento della gestione assistenziale e il governo dei servizi entro il 31/10/2019	10,00%	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	È stata definita una prima bozza del modello di lettura del livello di tutela dell'anziano non autosufficiente. È stato identificato un gruppo di lavoro e si sono svolti n. 3 incontri che hanno portato alla definizione del modello di lettura definitivo, sulla base del quale è stato finalmente prodotto un report concluso entro i tempi stabiliti, trasmesso ai dirigenti regionali settore competenti	Mail della Dott. ssa Cellini di trasmissione del report conclusivo al dirigente di riferimento il 21/12/2017	100,00%	100,00%	-			
3	Iniziativa in merito alla loro soddisfazione	3.1	ASSISTENZA DI LUNGO TERMINE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	Misurazione del livello di tutela della popolazione anziana nei sottosegmenti: identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale sanitario e assistenziale; proposte per il miglioramento della gestione assistenziale	Report sull'attuale livello di tutela della popolazione anziana non autosufficiente entro il 30/12/2017	rispetto del cronoprogramma 3.1	Report sulla tutela della popolazione anziana non autosufficiente, identificazione e soddisfazione dei bisogni formativi del personale e assistenziale; proposte per il miglioramento della gestione assistenziale e il governo dei servizi entro il 31/10/2019	10,00%	-	Observatore per la Qualità ed Equità Osservatorio di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	È stata definita una prima bozza del modello di lettura del livello di tutela dell'anziano non autosufficiente. È stato identificato un gruppo di lavoro e si sono svolti n. 3 incontri che hanno portato alla definizione del modello di lettura definitivo, sulla base del quale è stato finalmente prodotto un report concluso entro i tempi stabiliti, trasmesso ai dirigenti regionali settore competenti	Mail della Dott. ssa Cellini di trasmissione del report conclusivo al dirigente di riferimento il 21/12/2017	100,00%	100,00%	-		
			Analisi della qualità di almeno 4 flussi (oc) concordati con la Direzione Distretti di Cittadinanza e coesione sociale; dati produttivi alla loro informatizzazione e alla loro utilizzazione	Report entro 30/11/2017	-	rispetto del cronoprogramma 4.1	Analisi di qualità di altri due flussi per anno	10,00%	-	Observatore di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Sono stati analizzati con metodi standard la qualità di 10 flussi (oc): SDO, Pronto Soccorso, DPA, SP, Inv. CAV, IRRO, SALM, Anagrafe Anziani. Nella specificità per ognuno di questi flussi sono stati analizzati: eventuale presenza di dati duplicati, eccessivo uso di valori di riferimento e dati mancanti, incompletezza di valori, presenza di ripetizioni con altre sorgenti dati, ridondanze e disomogeneità fra flussi. Il report di commento è stato prodotto nei tempi prestabiliti	Report definitivo prodotto entro il 30 novembre 2017	100,00%	100,00%	-		
4	Valutare la innovazione tecnologica e alla loro sanità	4.1	AZIONE PER LA QUALITÀ DEI DATI SANITARI E AMMINISTRATIVI DEI FLUSSI INFORMATIVI IN USO	Analisi della qualità di almeno 4 flussi (oc) concordati con la Direzione Distretti di Cittadinanza e coesione sociale; dati produttivi alla loro informatizzazione e alla loro utilizzazione	Report entro 30/11/2017	-	rispetto del cronoprogramma 4.1	Analisi di qualità di altri due flussi per anno	10,00%	-	Observatore di Epidemiologia	DEFES - progetto n. 21	100%	Sono stati analizzati con metodi standard la qualità di 10 flussi (oc): SDO, Pronto Soccorso, DPA, SP, Inv. CAV, IRRO, SALM, Anagrafe Anziani. Nella specificità per ognuno di questi flussi sono stati analizzati: eventuale presenza di dati duplicati, eccessivo uso di valori di riferimento e dati mancanti, incompletezza di valori, presenza di ripetizioni con altre sorgenti dati, ridondanze e disomogeneità fra flussi. Il report di commento è stato prodotto nei tempi prestabiliti	Report definitivo prodotto entro il 30 novembre 2017	100,00%	100,00%	-	

AGENZIA REGIONALE DI SANITA' – Monitoraggio finale 2017																			
I	OBIETTIVI STRATEGICI	II	DECLINAZIONE OBIETTIVO	RESULTATI ATTESI E INDICATORE									Collegamento con i progetti del DEF 2017 o con il PQPO della Giunta Regionale	MONITORAGGIO			PERCENTUALI DI CONSEGUIMENTO		NOTE
				Risultato atteso	Modalità calcolo indicatore (numeratore/denominatore)	Valore iniziale	Valore target 2017	Valore target 2018 – 2019	Peso %	Eventuale benchmark	NOTE	Responsabile attuazione		Valore conseguito dall'indicatore	Note di monitoraggio	Fonte dati	Indicatore	Risultato	
5	Sviluppo di sistemi di valutazione qualitativi	5.1	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	Acquisizione del software di raccolta dati e della metodologia della loro lettura ed analisi	-	rispetto del cronogramma S.1	Individuazione di 1-2 setting assistenziali (paziente e caregiver formale o informale) di implementazione del sistema di valutazione	5,00%	-	-	Osservatorio per la Qualità ed Equità	DEF – progetto n. 21	50%	Dopo aver acquisito lo strumento operativo, prosegue la definizione del setting e il coinvolgimento dei clinici e caregiver per l'acquisizione del materiale narrativo, è stato sottoposto il materiale per l'approvazione da parte dei Comitati Etici	Strumento on line Digital Medicine Narrative (DMN) (già disponibile al link: https://digitalnarrative.medicina.com/it/) e successive riunioni con referenti del setting coinvolti Trasmissione materiale CE in data 29/11/2017	50,00%	50,00%	Stante la mancata conclusione della seconda fase del cronoprogramma, si computa un conseguimento pari al 50% assegnato alla sola prima fase
6	Una PA trasparente e soggetta a innovazione, semplificazione, contenimento della spesa	6.1	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.	76,05%	-	-	2,50%	-	Indicatore valutato esclusivamente ai fini della prestazione individuale del Direttore (non viene valutato, quindi, ai fini della prestazione organizzativa). La percentuale di raggiungimento è parametrata al giudizio rilasciato dal personale coordinato. Il valore consentivo dell'obiettivo è rappresentato dalla percentuale di gradimento/soddisfazione risultata ai termini dell'indagine	Direzione - Settore amministrazione	PQPO – trasversale	84,43	La compilazione del questionario è avvenuta su base volontaria e garantendo l'anonimato dei rispondenti e si è svolta nella seconda metà del mese di dicembre 2017. Il questionario somministrato è composto da 12 affermazioni (fattori di rilevazione), 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'affidabilità, rispetto ai dipendenti partecipanti è stata del 100%, con 14 questionari completati su 14 potenziali rispondenti. La percentuale di conseguimento complessiva dell'obiettivo, ricavata tramite conversione dell'indice medio di soddisfazione attraverso l'utilizzo della "scala di conversione", è stata pari al 84,43% e cioè questa componente alla valutazione media riportata dai questionari di 5,7	Direzione	84,43%	84,43%	Non rientra nel campo della valutazione della qualità della prestazione organizzativa
7	Trasparenza e anticorruzione	7.1	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 2017/2019	Attuazione misure sulla trasparenza previste per l'anno 2017	-	100,00%	100,00%	2,50%	-	La verifica circa il conseguimento dell'obiettivo sarà effettuata dal Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza. Nell'ambito del PTPCT 2017/2019 verranno specificate le misure organizzative da adottare, sia in tema di trasparenza che anticorruzione, ed i conseguenti cronoprogrammi utili per verificarne la realizzazione	Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza	PQPO – trasversale	100%	Definizione criteri per l'adozione di appositi disciplinari di regolamentazione dei contenuti di competenza sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dai titolari di rapporti contrattuali. Definizione del percorso di maturatura dei processi amministrativi di supporto, incremento sezioni della trasparenza del sito web ARS rispetto agli adempimenti dovuti per legge	Riunioni interne e documenti di report. Sito ARS https://www.ars.toscana.it/ /agenzia/amministrazione/trasparenza/strumenti	100,00%	100,00%	-
																MEDIA PONDERATA		94,87%	

RISULTATO ATTESO						
SANITA' DI INIZIATIVA - Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto della Nuova Sanità d'Iniziativa						
<i>Valore target - Modello di valutazione definito e condiviso con i competenti settori della D. Salute entro tre mesi dalla "definizione delle modalità di gestione degli assistiti complessi [...] e dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare" da parte della "Commissione permanente per la sanità d'iniziativa" come previsto nella DGR n. 650/2016</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione bozza del metodo di valutazione di impatto della nuova sanità d'iniziativa	Bozza documento	01/01/2017	30/09/2017	Francesconi	50,00%
2	Condivisione del metodo, suo perfezionamento e trasmissione al settore competente della Direzione Diritti alla Salute	Trasmissione al settore RT competente	01/10/2017	10/12/2017	Francesconi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
NUOVE ZONE DISTRETTO - Definizione e condivisione con i principali stakeholder del modello di valutazione d'impatto del riordino delle nuove zone distretto						
<i>Valore target - Modello di valutazione definito e condiviso con i competenti settori della D. Salute entro tre mesi dalla pubblicazione della modifica della l.r. n. 40/2005 relativamente alla tematica pertinente</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione bozza del metodo di valutazione di impatto del riordino delle nuove zone distretto	Bozza documento	01/01/2017	30/09/2017	Francesconi	50,00%
2	Condivisione del metodo, suo perfezionamento e trasmissione al settore competente della Direzione Diritti alla Salute	Trasmissione al settore RT competente	01/10/2017	10/12/2017	Francesconi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
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						
<i>Valore target - Report con informazioni sugli effetti a distanza di un anno dal riordino del SSR entro il 10/12/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Produzione report sull'impatto anno 2016	Bozza schema	01/01/2017	30/04/2017	Francesconi	50,00%
2	Aggiornamento report sull'impatto al primo semestre 2017	Report	01/05/2017	10/12/2017	Francesconi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
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 2 - Consolidamento sistemi di monitoraggio dei PDTA definiti e predisposizione report preliminari</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione sistema di monitoraggio dei PDTA e definizione report su anno 2016	Report 2016	01/01/2017	31/05/2017	Gemmi	50,00%
2	Perfezionamento sistema di monitoraggio e predisposizione report sul primo semestre 2017	Report primo semestre 2017	01/06/2017	10/12/2017	Gemmi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
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 1 - Condivisione entro 31/07/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione set di indicatori	Report 2016	01/01/2017	31/05/2017	Voller	50,00%
2	Condivisione set di indicatori con Settore di competenza e con Direzione AOU Meyer	Documento di condivisione	01/06/2017	31/07/2017	Voller	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
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 2 - Produzione data set entro il 31/10/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Calcolo data set indicatori	Documento indicatori calcolati	01/08/2017	30/09/2017	Voller	30,00%
2	Produzione informatica data set	Elenco indicatori calcolati	01/10/2017	31/10/2017	Voller	70,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
RETE OSPEDALIERA - Volumi, esiti, tempi di programmazione attività chirurgiche						
<i>Valore target - 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</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Primo Rapporto sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non.	Rapporto tempi di programmazione	01/01/2017	30/04/2017	Gemmi	25,00%
2	Secondo Rapporto sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non.	Rapporto tempi di programmazione	01/05/2017	30/07/2017	Gemmi	25,00%
3	Terzo Rapporto sui tempi di programmazione delle principali attività di chirurgia programmata, oncologica e non.	Rapporto tempi di programmazione	01/08/2017	31/10/2017	Gemmi	25,00%
4	Esiti clinici e volumi di attività per quelle patologie segnalate nel D.M. n.70/2015 ed in specifiche delibere regionali	Rapporto volumi/esiti	01/02/2017	30/09/2017	Gemmi	25,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

RISULTATO ATTESO						
ACCESSO ALLE CURE - analisi comparata dei consumi sanitari della popolazione toscana secondo il livello di deprivazione materiale						
<i>Valore target - Produzione data set entro il 31/10/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Schema analisi dei consumi sanitari	Bozza schema	01/02/2017	30/06/2017	Voller	40,00%
2	Redazione data set consumi sanitari	Data set	01/07/2017	31/10/2017	Voller	60,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

EFFICACIA DELLE STRATEGIE VACCINALI DELLA REGIONE TOSCANA RISULTATO ATTESO Analisi dell'efficacia di almeno tre campagne vaccinali di prevenzione di patologia (su minori ed adulti) attraverso utilizzo dati informatizzati delle 3 aziende Usl Toscane <i>Valore target - Produzione Report entro 30/11/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Scelta delle tre campagne vaccinali e condivisione con il Settore competente della D. Salute	Documento	01/02/2017	30/04/2017	Voller	20,00%
2	Acquisizione data set informatizzati dalle aziende Usl	Data set	01/05/2017	15/09/2017	Voller	40,00%
3	Ricerca bibliografica delle tre campagne vaccinali così come implementate da almeno 3 paesi europei	Report	01/05/2017	30/09/2017	Voller	20,00%
4	Redazione Report	Report	01/10/2017	30/11/2017	Voller	20,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

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. <i>Valore target - Report sull'attuale livello di tutela della popolazione anziana non autosufficiente entro il 10/12/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Definizione dello schema del report sull'attuale livello di tutela della popolazione anziana non autosufficiente	Schema report	01/01/2017	30/04/2017	Francesconi	50,00%
2	Predisposizione del report conclusivo	Report conclusivo	01/05/2017	10/12/2017	Francesconi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

AZIONI PER LA QUALITA' DEI DATI SANITARI E AMMINISTRATIVI DEI FLUSSI INFORMATIVI IN USO RISULTATO ATTESO Analisi della qualità di almeno 4 flussi doc concordati con la Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale: dalla produzione dei dati alla loro informatizzazione e alla loro utilizzazione <i>Valore target - Report entro 30/11/2017</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Scelta dei 4 flussi DOC attraverso condivisione con il Settore competente	Documento	01/02/2017	30/03/2017	Voller	20,00%
2	Analisi di qualità dei dati	Data set	01/04/2017	15/09/2017	Voller	40,00%
3	Predisposizione e stesura report	Report definitivo	15/09/2017	30/11/2017	Voller	40,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

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 <i>Valore target - Acquisizione del software di raccolta dati e della metodologia della loro lettura ed analisi</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Acquisizione del software di raccolta del materiale narrativo	acquisizione software	01/01/2017	30/04/2017	Gemmi	50,00%
2	Acquisizione delle competenze per la lettura/analisi del materiale narrativo	schema di definizione di indicatori soggettivi da materiale narrativo	01/05/2017	10/12/2017	Gemmi	50,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%

CLIMA ORGANIZZATIVO, LEADERSHIP E PARTECIPAZIONE						
RISULTATO ATTESO Assicurare un indirizzo coerente con gli obiettivi strategici e rispetto alla capacità di coordinamento della struttura						
<i>Valore target - Giudizio qualitativo del personale coordinato, rilevato attraverso un apposito questionario, circa la capacità di indirizzo e coordinamento del Direttore</i>						
Nr. fase	Descrizione fase	Output	Inizio previsto	Fine prevista	Dirigente Responsabile	Peso %
1	Comunicazione e-mail ai soggetti partecipanti individuati circa la somministrazione del questionario	E-mail di comunicazione	01/09/2017	31/10/2017	Tarli	25,00%
2	Riunione di presentazione dei contenuti dell'indagine	Riunione di presentazione	01/11/2017	30/11/2017	Tarli	25,00%
3	Implementazione della procedura software per la somministrazione del questionario ai soggetti partecipanti	Riunione di lavoro con ufficio ICT	01/11/2017	30/11/2017	Tarli	25,00%
4	Somministrazione del questionario	Questionario somministrato	01/12/2017	31/12/2017	Tarli	25,00%
Peso complessivo delle fasi (100%)						100,00%