**Piano annuale e Piano di miglioramento 2015**

Relazione annuale (DGR.2569/14 all.1 punto 3.2.4.i2)

****

Data: 8 marzo 2016

Responsabile **Roberto De Capitani**

**Indice**

Premessa pag.3

1. risultati conseguiti a seguito degli obiettivi ed attività proposte pag. 16
2. eventuali criticità rilevate pag. 18
3. azioni migliorative previste per l’anno successivo pag.19
4. evidenza del coinvolgimento del personale nella valutazione pag.19
5. modalità di diffusione dei risultati della presente relazione agli interessati

 pag.20

Allegati pag.21

**Premessa**

Ai fini della presente relazione – che è la prima del genere - pare utile riepilogare brevemente come si è giunti a costruire gli obiettivi e quali siano stati pensati per il 2015.

Gli obiettivi sono stati divisi in tre tipologie:

1. Obiettivi strategici: definiti dalla Direzione, hanno lo scopo di indirizzare l’azione di tutta l’organizzazione. La maggior parte di essi sono misurabili solo in termini qualitativi. Sono obiettivi la cui realizzazione non sempre dipende esclusivamente dall’organizzazione, ma da fattori esterni quali, per esempio, l’accesso a finanziamenti pubblici, l’ottenimento di autorizzazioni, la regolamentazione di norme regionali ed i raggiungimenti di accordi con altri Enti pubblici o privati. **La Direzione è la diretta responsabile del raggiungimento** degli obiettivi strategici fissati. In certe occasioni gli obiettivi strategici potrebbero demandare l’inizio di un percorso di progettazione.
2. Progetti per reparto o servizio per l’anno 2015: i progetti di reparto o servizio sono uno strumento a disposizione delle diverse **equipe di lavoro** per innovare, realizzare, sperimentare diverse metodologie ed applicare diversi strumenti in un contesto di progettazione, vale a dire in condizioni controllate di studio con fasi di verifica, riesame e, se necessario, validazione.
3. Obiettivi di miglioramento dei servizi: gli obiettivi di miglioramento dei servizi riguardano direttamente i diversi servizi offerti dall’organizzazione. Questi obiettivi sono il risultato, oltre che della costante osservazione del lavoro svolto quotidianamente, anche dell’analisi dei dati di ritorno a disposizione, come ad es. il rilevamento della soddisfazione degli utenti, famigliari, volontari e personale, il rilevamento sul benessere organizzativo, i dati sull’andamento dei servizi, gli eventi sentinella ed il carico assistenziale. Le diverse **responsabili di reparto e l’equipe multidisciplinare** hanno un ruolo decisivo nella scelta degli obiettivi di miglioramento per l’anno successivo. **Il Direttore Sanitario o medico responsabile** aiuta ad analizzare i dati, identificare possibili obiettivi di miglioramento, dare suggerimenti ed indirizzi.

**Gli obiettivi strategici sono stati individuati dalla Direzione, mentre gli altri obiettivi sono stati elaborati dai vari responsabili e riportati alla Direzione, che li ha inseriti nel prospetto.**

1. **Obiettivi strategici**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **TEMPISTICA** |
| **1-3 Informatizzazione** | **Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.** **Cambiamento della Azienda fornitrice del sistema di firma digitale, per disfunzioni riscontrate nelle chiavette INFOCERT, passando a NAMIRIAL.****Definizione del tablet ideale per il lavoro nei reparti.** | **12 mesi****6 mesi****9 mesi** |
| **4-Comunicazione** | **Sostituzione della telefonia interna sfruttando la tecnologia VOIP grazie alla dorsale in fibra ottica già installata nell’Ente** | **12 mesi** |
| **5-Sistema di Qualità 1** | **Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2012.** | **12 mesi** |
| **6-Sistema di Qualità 2** | **Miglioramento organizzativo e documentale con prioritaria attenzione al consenso informato** | **6 mesi** |
| **7-8 Cultura** | **Termine dei restauri della cappella Nord e suo utilizzo.** **Restauro e ritinteggiatura della volta dell’aula centrale previo ottenimento autorizzazione.** | **6 mesi****18 mesi** |
| **9-Sicurezza sul lavoro** | **Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza**  | **Continuo** |
| **10-Ambiente** | **Attuazione della politica ambientale 2014****Presidio delle procedure ambientali** | **Continuo****12 mesi** |
| **11-D. Lgs. 231/2001** | **Miglioramento del presidio dei reati ex D. Lgs. 231/2001 Revisione delle procedure con attenzione alla segregazione dei compiti e della tracciabilità, miglioramento dei flussi verso OdV** | **Continuo****12 mesi** |
| **12-Risorse umane** | **Migliore definizione della organizzazione** **Redazione del documento richiesto dalla DGR.2569/14** | **4 mesi** |

1. **Progetti per reparto o servizio per l’anno 2015**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **TEMPISTICA** |
| **13-18 Area socio-sanitaria** | Ambito 1 - educativo, di animazione , di socializzazioneAdeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015Miglioramento dell’appropriatezza ex DGR 1765**Conclusione del progetto biennale di Animazione** | **6 mesi****6 mesi****12 mesi** |
| Ambito 2 - coinvolgimento del territorioRevisione del ruolo dei volontari Definizione di una procedura per questa figura per regolamentarne la presenzaAttuazione della convenzione stipulata col Comune di Civate a gennaio 2015 | **12 mesi****4 mesi****12 mesi** |
| **Ambito 3 -** mantenimento delle abilità cognitive e motorie* Adeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015, attraverso condivisione con i responsabili di reparto e servizio dei requisiti richiesti dalla DGR 2569 ed azioni di adeguamento.
* Miglioramento dell’appropriatezza ex DGR 1765, attraverso revisione dei FASAS degli ospiti per verificare il grado di appropriatezza e studiare azioni correttive in caso di scostamento
* **Predisposizione del progetto Fisioterapico**
 | **4 mesi****6 mesi****12 mesi** |
| Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere* Adeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015

Approfondimento del tema e verifica del suo stato di attuazione, eventuale implementazione**Registrazione delle attività degli ospiti** | **4 mesi****6 mesi** |
| Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiverAdeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015Approfondimento del tema e verifica del suo stato di attuazione, eventuale implementazione | **6 mesi** |
| Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cureAdeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015Condivisione con i responsabili di reparto e servizio dei requisiti richiesti dalla DGR 2569 ed azioni di adeguamentoMiglioramento dell’appropriatezza ex DGR 1765 Revisione dei FASAS degli ospiti per verificare il grado di appropriatezza e studiare azioni correttive in caso di scostamentoMiglioramento della qualità ai sensi del Risk management Eventi formativi ed autovalutazione di capitoli degli standard JCI – Long Term Care | 1. **Mesi**

**6 mesi** **12 mesi** |

1. **Obiettivi di miglioramento dei servizi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **TEMPISTICA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **19 Nutrizione e benessere** | **Nella sala pranzo centrale. Migliorare l’aspetto nutrizionale dell’ospite offrendo diete appropriate e facilitandone la somministrazione con visibilità rapida delle stesse diete (colori diversi per le diverse diete)** | **6 mesi** |
| **20-21 Servizio infermieristico**  | **Scambio professionale fra IP Migliorare l’assistenza infermieristica offerta, usufruendo delle diverse esperienze e conoscenze presenti fra le IP di recente formazione o di maggiore esperienza, tramite mini incontri mensili per condivisione di esperienze e discussione sulle nuove linee guida** **Ampliamento dell’utilizzo dei PC da parte delle Infermiere professionali** | **12 mesi****12 mesi** |

Per avere una linea guida per costruire il sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati ci siamo appoggiati al seguente documento:



Il processo richiederebbe una serie di valutazioni da fare in equipe, ma in questa prima esperienza di applicazione tutti i passaggi sono stati seguiti dalla Direzione, anzi alcuni passaggi sono stati saltati, come ad es. questo:

*“Inizialmente per ognuna delle iniziative di miglioramento viene compilata una scheda con le seguenti informazioni:*

*– Una sintetica descrizione dell’iniziativa*

*– Il contributo potenziale, espresso in termini qualitativi, che l’iniziativa può dare alle politiche e strategie dell’amministrazione*

*– I tempi di realizzazione*

*– Una stima delle risorse necessarie per la realizzazione sia in termini di impegno delle persone (mesi/uomo) e delle competenze necessarie, sia in termini di costi e investimenti.”*

La Direzione ha poi compilato la tabella dei livelli di priorità:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A | B | C | D | E |
| **Iniziative di miglioramento**  | **Importanza – valore – contributo che può dare alla organizzazione** (Pesi 5 – 3 - 1) | **Capacità di realizzazione della struttura**(5 – 3 - 1) | **Tempi**(1 - 3) | **Livello di****priorità**(B+C+D) |
| 1 | Completamento della cartella sanitaria informatizzata | 5 | 3 | 2 | 10 |
| 2 | Sostituzione chiavette firma digitale | 5 | 1 | 3 | 9 |
| 3 | Definizione del tablet ideale | 3 | 3 | 2 | 8 |
| 4 | Telefonia Voip | 3 | 1 | 3 | 7 |
| 5 | Revisione procedure 2012 | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 6 | Consenso informato | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 7 | Restauri chiesa cappella nord | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 8 | Tinteggiatura Chiesa | 3 | 3 | 1 | 7 |
| 9 | Sistema di gestione della sicurezza | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 10 | Politiche e procedure ambientali | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 11 | Revisione procedure secondo 231/2001 | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 12 | Migliore Redazione documento 2569/2014 | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 13 | Ambito 1 | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 14 | Ambito 2 | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 15 | Ambito 3 | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 16 | Ambito 4 | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 17 | Ambito 5 | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 18 | Ambito 6 | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 19 | Nutrizione e benessere | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 20 | Servizio infermieristico scambio professionale | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 21 | Servizio infermeristico ampliamento uso PC | 5 | 3 | 3 | 11 |

Come si procede nella compilazione:

1. Si elenca nella colonna A tutte le iniziative di miglioramento prese in considerazione riportandone sinteticamente la descrizione e l’indicazione del sottocriterio da cui sono state tratte.

2. Relativamente alla colonna B, con Impatto si intende l’importanza o il peso dei vari sottocriteri individuati nell’ambito della costruzione della matrice “Importanza – Valore”. Per ogni iniziativa si inserisce quindi il punteggio di importanza (“elevato”, “medio” o “scarso”), con valore 5 – 3 - 1.

3. Si consideri la “capacità” dell’amministrazione di porre in atto le singole iniziative di miglioramento e se ne definisca il valore (“elevato”, “medio” o “scarso”), con l’utilizzo dei criteri sottostanti, e inserendo il dato nella colonna C della tabella per l’assegnazione delle priorità.

Con il termine capacità si fa riferimento principalmente al grado di autonomia dell’amministrazione (tra cui le dipendenze dal livello politico) e alla disponibilità del complesso delle risorse che l’amministrazione deve impiegare per portare a termine l’iniziativa in esame, tra cui sia le risorse umane (numero e competenza) sia le risorse materiali (attrezzature, sistemi informatici, processi, budget per investimenti, ..).

**Criteri di definizione del punteggio per il parametro “Importanza - valore”**

**Importanza elevata 5 PUNTI**

Ha un contributo rilevante su uno o più fattori critici di successo (soddisfazione clienti, efficienza della struttura, motivazione o competenza del personale, miglioramento dei servizi)

**Importanza media 3 PUNTI**

 Ha un qualche contributo, comunque chiaramente percepibile su almeno un fattore critico di successo (soddisfazione clienti, efficienza della struttura, motivazione o competenza del personale, miglioramento dei servizi)

**Importanza scarsa 1 PUNTI**

 Ha un contributo scarso o nullo su fattori critici di successo (soddisfazione clienti, efficienza della struttura, motivazione o competenza del personale, miglioramento dei servizi)

**Criteri di definizione del punteggio per il parametro “Capacità”**

***Capacità elevata* 5 PUNTI**

È attuabile con l’impiego di risorse relativamente modeste

È attuabile con le sole risorse dell’amministrazione

E’ attuabile con piena autonomia dell’amministrazione

***Capacità media* 3 PUNTI**

Può richiedere un impiego ragionevole di risorse

È attuabile con le sole risorse dell’amministrazione

L’attuazione dipende in parte da vincoli esterni

***Capacità scarsa* 1 PUNTO**

Richiederà un impiego consistente di risorse

Dipende da fattori esterni all’amministrazione

L’attuazione dipende completamente da vincoli esterni

4. Si riporti nella colonna D il punteggio corrispondente al numero di mesi in cui il progetto può essere attuato.

**Criteri di definizione del punteggio per il parametro “Tempo”**

***Tempi brevi* 3 PUNTI** Il progetto può essere completato entro 12 mesi dall’avvio.

***Tempi medi* 2 PUNTI** Il progetto può essere completato entro 24 mesi dall’avvio.

***Tempi lunghi* 1 PUNTO** Il progetto può essere completato entro 36 mesi dall’avvio.

5. Si determina la priorità di ciascuna iniziativa di miglioramento sommando i punteggi assegnati per i 3 parametri e riportando il dato nella colonna E.

6. Si elencano infine le iniziative di miglioramento in ordine decrescente di priorità.

*Fase D – Scelta delle priorità*

Questa fase è condotta in prima persona dai responsabili dell’amministrazione e consiste in una riunione della Direzione con lo di staff dei responsabili.

Illustrato il contenuto della tabella delle priorità e per ciascuna iniziativa di miglioramento, il Direttore approfondisce le motivazioni per cui sono stati assegnati i punteggi associati a tempi e capacità.

La disponibilità della tabella per l’assegnazione delle priorità consente di mettere a fuoco in modo efficace le iniziative di miglioramento sulle quali concentrarsi maggiormente, ma la scelta delle priorità non può essere un fatto puramente meccanicistico e pertanto la tabella va considerata nulla più di un utile strumento orientativo.

Una volta presentata la tabella la Direzione avvia la discussione a livello di ogni iniziativa di miglioramento per giudicare la validità e correttezza delle motivazioni che hanno portato all’assegnazione del livello di priorità così ottenuto, apportando tutte le modifiche che appaiono necessarie (verificare ad esempio se ci siano iniziative che hanno come prerequisito la realizzazione di altre azioni, situazioni molto critiche che richiedono un’immediata attuazione, e altro ancora).

Alla fine della discussione si ottiene una scala di priorità condivisa dai responsabili i quali a questo punto stabiliscono quante azioni di miglioramento si ritiene di poter lanciare in funzione dell’impatto delle iniziative, della capacità e del tempo necessario a condurle a termine.

Orientativamente il numero delle iniziative scelte come priorità va rapportato alla complessità delle iniziative stesse.

Inoltre occorre considerare che, al di là delle iniziative giudicate strategiche e che quindi devono essere attivate comunque, sarebbe opportuno scegliere almeno un’iniziativa che si possa concludere in tempi brevi (4-6 mesi) per dimostrare al personale, a tutti i livelli, che l’autovalutazione è efficace e produce risultati a valore aggiunto e aumentare il coinvolgimento e la partecipazione.

TABELLA RIVISTA IN ORDINE DI PRIORITA’ IDENTIFICATO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Iniziative di miglioramento**  | **Livello di****priorità**(B+C+D) |  **Fattibilità entro il:** |
| 6 | Consenso informato | 13 | 30-06-2015 |
| 5 | Revisione procedure 2012 | 13 | 04-12-2015 |
| 10 | Politiche e procedure ambientali | 13 | 04-12-2015 |
| 11 | Revisione procedure secondo 231/2001 | 13 | 04-12-2015 |
| 14 | Ambito 2 | 11 | 30-04-2015 |
| 13 | Ambito 1 | 11 | 30-06-2015 |
| 15 | Ambito 3 | 11 | 30-06-2015 |
| 16 | Ambito 4 | 11 | 30-06-2015 |
| 18 | Ambito 6 | 11 | 30-06-2015 |
| 19 | Nutrizione e benessere | 11 | 30-06-2015 |
| 9 | Sistema di gestione della sicurezza | 11 | 31-12-2015 |
| 20 | Servizio infermieristico scambio professionale | 11 | 31-12-2015 |
| 21 | Servizio infermeristico ampliamento uso PC | 11 | 31-12-2015 |
| 1 | Completamento della cartella sanitaria informatizzata | 10 | 31-12-2015 |
| 2 | Sostituzione chiavette firma digitale | 9 | 30-06-2015 |
| 7 | Restauri chiesa cappella nord | 9 | 30-06-2015 |
| 12 | Migliore Redazione documento 2569/2014 | 9 | 30-04-2015 |
| 17 | Ambito 5 | 9 | 30-06-2015 |
| 3 | Definizione del tablet ideale | 8 | 30-09-2015 |
| 4 | Telefonia Voip | 7 | 31-12-2015 |
| 8 | Tinteggiatura Chiesa | 7 | 30-06-2016 |

*QUESTA TABELLA E’ STATA PRESENTATA ALLO STAFF DEI RESPONSABILI IN DATA 4 FEBBRAIO 2015*

*Realizzazione del progetto*

I progetti possono essere realizzati, a seconda delle loro caratteristiche, tramite le due dimensioni organizzative dell’amministrazione, la dimensione verticale o gerarchica e quella trasversale o interfunzionale.

Infatti se i progetti di miglioramento sono relativi a reparti o a unità organizzate in modo autonomo, i progetti saranno assegnati a capi di quell’area e saranno inglobati nel piano operativo della funzione.

Nel caso in cui i progetti siano trasversali all’organizzazione è più opportuno organizzare gruppi di lavoro interfunzionali con un responsabile a livello adeguato che, relativamente a questa attività, risponde direttamente alla Direzione.

Sono comunque accettabili anche scelte organizzative alternative come quella di realizzare tutti i progetti di miglioramento tramite gruppi di lavoro ad hoc, che lavorano a tempo pieno sul progetto e che sono coordinati da responsabili nominati dalla Direzione.

PROGRAMMA ANNUALE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA’

**Obiettivi**

**In questa sezione riprendiamo gli obiettivi identificati nel piano annuale, definendone gli indicatori. Prima però vanno fatte delle premesse.**

Monitoraggio e Valutazione[[1]](#footnote-1)

Il controllo di avanzamento dei progetti si basa sulla verifica del rispetto dei piani e dei risultati intermedi, che devono essere definiti come tappe di avvicinamento agli obiettivi finali, e che devono permettere di accertare il corretto sviluppo del progetto o le necessità di cambiamenti e miglioramenti.

Con i termini “monitoraggio” e “valutazione” si fa riferimento sia a ***tecniche*** di rilevazione di informazioni, sia a ***processi*** attraverso cui queste informazioni vengono rese disponibili e analizzate dagli attori della elaborazione e attuazione di progetti.

In particolare:

il ***monitoraggio*** è il sistema informativo che rende disponibili dati sullo stato di avanzamento dei progetti e del Piano in cui i progetti sono inseriti;

la ***valutazione in itinere*** utilizza le informazioni rese disponibili dal sistema di monitoraggio e da altre eventuali rilevazioni ad hoc per giudicare l’esigenza di modificare le specifiche di attuazione o addirittura il disegno progettuale originario, oltre che per coordinare le attività dei soggetti impegnati nella realizzazione dei progetti e del Piano;

la ***valutazione ex post*** è utile per esprimere giudizi complessivi sull’efficacia delle realizzazioni una volta che progetti e Piano sono conclusi; si basa anche sulle informazioni rese disponibili dal sistema di monitoraggio, ma in particolare viene elaborata sulla base di indagini progettate ad hoc.

*La misurazione nelle attività di monitoraggio e valutazione: la costruzione di indicatori e indici*

La misurazione della capacità realizzativa (monitoraggio e valutazione in itinere) e dell’utilità (valutazione ex post) di un intervento avviene attraverso “***indicatori***”, e cioè le definizione relative ai fenomeni da misurare in quanto rappresentativi per l’analisi delle varie componenti di un intervento; e “***indici***”, e cioè le effettive misure rilevate per mostrare l’andamento dell’indicatore scelto. Attraverso un indice, quindi, si produce una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito.

Un indicatore, attraverso il suo indice, non rappresenta tutto un intervento, ma riassume il comportamento di un fenomeno ritenuto significativo.

Ad esempio, per misurare il successo di un intervento di semplificazione procedurale, si potrà misurare la riduzione dei tempi medi di gestione di una pratica, oppure il numero delle pratiche che superano un certo standard; oppure ancora la soddisfazione degli utenti. Esempi di indici correlati in questi casi sono:

a) (tempi delle procedure gestite nel periodo X)/numero procedure gestite nel periodo X;

b) numero pratiche con gestione > N giorni

c) n. risposte positive/n. intervistati

Questi indicatori non descrivono di per sé tutto quanto è stato realizzato, ma si focalizzano su alcuni fenomeni ritenuti rilevanti: la tempestività di gestione, la capacità di evitare disagi rilevanti, la

capacità di incrociare le esigenze degli utenti.

L’importante, è che i fenomeni misurati siano in grado di rappresentare in modo appropriato, singolarmente o in batteria, ciò che vogliamo conoscere dell’andamento e dei risultati di un progetto.

E’ opportuno perciò chiedersi sempre **cosa viene misurato da un indicatore e dal suo indice**. Un indicatore può presentarsi sotto la forma molto semplice di un valore assoluto (fatturato medio acquisito fuori Italia di imprese supportate in azioni promozionali in paesi esteri; numero di giovani che dopo un certo corso di laurea hanno trovato lavoro), o di un indice costituito da un rapporto tra due grandezze (numero di coloro che hanno trovato lavoro rispetto al numero di coloro che hanno frequentato quel corso di laurea, ecc.), oppure ancora di un algoritmo più complesso che consideri più fattori.

Non esistono indicatori validi una volta per tutte; la letteratura costituisce sempre un utile riferimento, ma è sempre importante riflettere sull’appropriatezza di una misura rispetto alla realtà che si tratta di indagare.

**Vediamo ora la tabella degli obiettivi, con i relativi indicatori**

1. **Obiettivi strategici**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **INDICATORI** |
| **Informatizzazione** | **Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter. Cambiamento della Azienda fornitrice del sistema di firma digitale, per disfunzioni riscontrate nelle chiavette INFOCERT, passando a NAMIRIAL.****Definizione del tablet ideale per il lavoro nei reparti.** | **Indicatore:****% chiavette nuove,** **tablet nuovi e adeguati per tipo e numero** |
| **Comunicazione** | **Sostituzione della telefonia interna sfruttando la tecnologia VOIP grazie alla dorsale in fibra ottica già installata nell’Ente** | **Indicatore: % di telefoni installati**  |
| **Sistema di Qualità 1** | **Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2012.** | **Indicatore:****% procedure revisionate** |
| **Sistema di Qualità 2** | **Miglioramento organizzativo e documentale con prioritaria attenzione al consenso informato** | **Indicatore:****% procedure revisionate** |
| **Cultura** | **Termine dei restauri della cappella Nord e suo utilizzo.** **Restauro e ritinteggiatura della volta dell’aula centrale previo ottenimento autorizzazione.** | **Indicatore:****Cappella nord fruibile Inizio restauro volta aula centrale** |
| **Sicurezza sul lavoro** | **Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza**  | **Indicatore:****Risultato della check-list migliore della precedente somministrazione** |
| **Ambiente** | **Attuazione della politica ambientale 2014****Presidio delle procedure ambientali** | **Indicatore:****% procedure revisionate** |
| **D. Lgs. 231/2001** | Miglioramento del presidio dei reati ex D. Lgs. 231/2001 Revisione delle procedure con attenzione alla segregazione dei compiti e della tracciabilità, miglioramento dei flussi verso OdV | **Indicatore:****% procedure revisionate** |
| **Risorse umane** | Migliore definizione della organizzazione Redazione del documento richiesto dalla DGR.2569/14 | **Indicatore:****documento esistente e con organizzazione definita** |

1. **Progetti per reparto o servizio per l’anno 2015**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area socio-sanitaria** | Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazioneAdeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015Miglioramento dell’appropriatezza ex DGR 1765**Conclusione del progetto biennale di Animazione** | **Indicatori:** **presenza PI e PAI nuova versione****% appropriatezza****Verifica attuazione progetto** |
| Ambito 2 - coinvolgimento del territorioRevisione del ruolo dei volontari Definizione di una procedura per questa figura per regolamentarne la presenzaAttuazione della convenzione stipulata col Comune di Civate a gennaio 2015 | **Indicatore:****presenza procedura****n° eventi programmati dal Comune** |
| **Ambito 3 -** mantenimento delle abilità cognitive e motorie* Adeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015, attraverso condivisione con i responsabili di reparto e servizio dei requisiti richiesti dalla DGR 2569 ed azioni di adeguamento.
* Miglioramento dell’appropriatezza ex DGR 1765, attraverso revisione dei FASAS degli ospiti per verificare il grado di appropriatezza e studiare azioni correttive in caso di scostamento
* **Predisposizione del progetto Fisioterapico**
 | **Indicatore:****Presenza PI e PAI nuova versione****% appropriatezza****Presenza progetto fisioterapico** |
| Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere* Adeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015
* Approfondimento del tema e verifica del suo stato di attuazione, eventuale implementazione

**Registrazione delle attività degli ospiti** | **Indicatore:****% ospiti con PAI compilato su queste voci** |
| Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiverAdeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015Approfondimento del tema e verifica del suo stato di attuazione, eventuale implementazione | **Indicatore:****n° famiglie sostenute** |
| Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cureAdeguamento alla DGR 2569 del 31-10-2015Condivisione con i responsabili di reparto e servizio dei requisiti richiesti dalla DGR 2569 ed azioni di adeguamentoMiglioramento dell’appropriatezza ex DGR 1765 Revisione dei FASAS degli ospiti per verificare il grado di appropriatezza e studiare azioni correttive in caso di scostamentoMiglioramento della qualità ai sensi del Risk management Eventi formativi ed autovalutazione di capitoli degli standard JCI – Long Term Care | **Indicatore:****% punteggio nella check list umanizzazione****% appropriatezza****% punteggio nella check list risk management** |

1. **Obiettivi di miglioramento dei servizi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nutrizione e benessere** | **Nella sala pranzo centrale. Migliorare l’aspetto nutrizionale dell’ospite offrendo diete appropriate e facilitandone la somministrazione con visibilità rapida delle stesse diete (colori diversi per le diverse diete)** | **Indicatore:****presenza di diete con cartoncini di colori diversi e facilmente visibili** |
| **Servizio infermieristico 1**  | **Scambio professionale fra IP per migliorare l’assistenza infermieristica offerta, usufruendo delle diverse esperienze e conoscenze presenti fra le IP di recente formazione o di maggiore esperienza, tramite mini incontri mensili per condivisione di esperienze e discussione sulle nuove linee guida** **Ampliamento dell’utilizzo dei PC da parte delle Infermiere professionali** | **Indicatori:****1 - % report delle riunioni con firma dei partecipanti/n° riunioni,** **2- maggior grado di soddisfazione professionale fra le IP**1. **- % utilizzo del PC**
2. **-N° di funzioni utilizzate (es. registro eventi, distribuzione farmaci, alcune scale) /n° di funzioni possibili**
 |

Considerando quanto detto finora, possiamo programmare i seguenti tempi di monitoraggio:

TABELLA RIVISTA IN ORDINE DI PRIORITA’ IDENTIFICATO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Iniziative di miglioramento**  |  **Fattibilità entro il:** | **Monitoraggi in itinere o ex-post** |
| 6 | Consenso informato | 30-06-2015 | 30-04 / 31-05 / 30-06 |
| 5 | Revisione procedure 2012 | 04-12-2015 | 30-04 / 30-08 /04-12 |
| 10 | Politiche e procedure ambientali | 04-12-2015 | 30-06 / 30-08 /04-12 |
| 11 | Revisione procedure secondo 231/2001 | 04-12-2015 | 30-04 / 30-08 /04-12 |
| 14 | Ambito 2 | 30-04-2015 | 10-05 ex post |
| 13 | Ambito 1 | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 15 | Ambito 3 | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 16 | Ambito 4 | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 18 | Ambito 6 | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 19 | Nutrizione e benessere | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 9 | Sistema di gestione della sicurezza | 31-12-2015 | 30-06 / 31-08 /31-12 |
| 20 | Servizio infermieristico scambio professionale | 31-12-2015 | 30-06 / 31-08 /31-12 |
| 21 | Servizio infermieristico ampliamento uso PC | 31-12-2015 | 30-06 / 31-08 /31-12 |
| 1 | Completamento della cartella sanitaria informatizzata | 31-12-2015 | 30-06 / 31-08 /31-12 |
| 2 | Sostituzione chiavette firma digitale | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 7 | Restauri chiesa cappella nord | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 12 | Migliore Redazione documento 2569/2014 | 30-04-2015 | **10-05 ex post** |
| 17 | Ambito 5 | 30-06-2015 | 31-05 / 30-06 |
| 3 | Definizione del tablet ideale | 30-09-2015 | 30-06 / 31-08 / 30-09 |
| 4 | Telefonia Voip | 31-12-2015 | 30-06 / 30-09 /31-12 |
| 8 | Tinteggiatura Chiesa | 30-06-2016 | 31-12 |

La tabella è stata adottata il 23 Aprile 2015

Per ogni obiettivo verrà utilizzata, ove applicabile, la seguente griglia di verifica.

Esempio: Obiettivo n° \_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Punteggio totale** |  |  |  |  |  |  |

VERIFICHE IN ITINERE

E’ stato predisposto un file in excel in cui sono riportate le scadenze dei diversi monitoraggi in itinere e le scadenze finali degli obiettivi (evidenziate in giallo), come da tabella precedente.

Il primo monitoraggio è avvenuto a fine aprile (pochi giorni dopo aver adottato il piano) e poi successivamente come da prospetti allegati alla relazione.

1. **risultati conseguiti a seguito degli obiettivi ed attività proposte**

Partiamo da un prospetto riassuntivo, poi i singoli obiettivi si trovano specificati in allegato

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | VERIFICA PROGRAMMA ANNUALE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' | situazione al 29-01-2016 |
| OBIETTIVO N° | INIZIATIVA DI MIGLIORAMENTO | PRIORITA' | FATTIBILITA' ENTRO | INDICATORE | data raggiungimento | punteggio |
| 1 | COMPLETAMENTO CARTELLA SANITARIA ELETTRONICA | 10 | 31/12/2015 | % obiettivi raggiunti/obiettivi condivisi con ASL | 15/12/2015 | 15 |
| 2 | SOSTITUZIONE CHIAVETTE FIRMA DIGITALE | 9 | 30/06/2015 | % chiavette attivate /n° utenti | 30/06/2015 | 15 |
| 3 | DEFINIZIONE TABLET IDEALE | 8 | 30/09/2015 | acquistato con soddisfazione | ritardo per difficoltà della software house a rendere compatibile la firma grafometrica con il loro software |  0 |
| 4 | TELEFONIA VOIP | 7 | 31/12/2015 | n° telefoni installati /numero utenze | 28/01/2016 |  13 |
| 5 | REVISIONE PROCEDURE 2012 | 13 | 04/12/2015 | % procedure revisionate | 04/12/2015 | 15 |
| 6 | CONSENSO INFORMATO | 13 | 30/06/2015 | % Consensi ottenuti |  55% al 30/9/2015 |  0 poi 6 |
| 7 | RESTAURI CAPPELLA NORD | 9 | 30/06/2015 | rispetto o meno del termine lavori | 30/06/2015 | 15 |
| 8 | TINTEGGIATURA CHIESA (pluriennale) | 7 | 30/06/2016 | lavori iniziati o no | decisione della Presidente di procrastinare l'inizio |  0 |
| 9 | SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA | 11 | 31/12/2015 | risultato check-list ASL Verona | 31/08/2015 | 14 |
| 10 | POLITICHE E PROCEDURE AMBIENTALI | 13 | 04/12/2015 | % procedure revisionate | 30/11/2015 | 15 |
| 11 | REVISIONE PROCEDURE SECONDO 231/2001 | 13 | 04/12/2015 | % procedure revisionate | 04/12/2015 | 15 |
| 12 | MIGLIORE REDAZIONE DOCUMENTO 2569/2014 | 9 | 30/04/2015 | documento esistente e organizzazione definita | 30/04/2015 | 15 |
| 13 | AMBITO 1 - educativo | 11 | 30/06/2015 | % appropriatezza | 30/09/2015 | 6 poi 10 |
| 14 | AMBITO 2 - coinvolgimento territorio | 11 | 30/04/2015 | Procedura per volontari fatta | 30/04/2015 | 15 |
| 15 | AMBITO 3 - abilità motorie | 11 | 30/06/2015 | % appropriatezza | 31/08/2015 | 7 poi 10 |
| 16 | AMBITO 4 - educazione alla salute | 11 | 30/06/2015 | % ospiti con PAI compilato | 31/10/2015 | 2 poi 10 |
| 17 | AMBITO 5 - sostegno al caregiver | 9 | 30/06/2015 | n° famiglie sostenute | 31/10/2015 | 6 poi 10 |
| 18 | AMBITO 6 - umanizzazione delle cure | 11 | 30/06/2015 | % appropriatezza | 30/06/2015 | 15 |
| 19 | NUTRIZIONE E BENESSERE | 11 | 30/06/2015 | % cartoncini diete rispetto all'atteso | 22/07/2015 | 0 poi 13 |
| 20 | SERVIZIO IP SCAMBIO ESPERIENZE | 11 | 31/12/2015 | % firme riunioni /totale IP | le IP avevano programmato l'attività senza chiedere l'autorizzazione alla Cooperativa, ma non c'era la copertura economica, perché sarebbero state ore extra |  0 |
| 21 | SERVIZIO IP UTILIZZO PC | 11 | 31/12/2015 | % funzioni utilizzate /funzioni possibili | installata nuova versione programma |  2 |

Proposta di lettura del grafico: su 21 obiettivi, 12 sono stati raggiunti con risultati soddifacenti, 4 con risultati sufficienti o parziali, 2 con risultati scarsi e 3 non sono stati raggiunti.

1. eventuali criticità rilevate

Gli esiti del primo semestre di attività sono stati presentati sinteticamente in una riunione di staff dei responsabili l’8 Luglio 2015.

Il 15 Luglio l’esperienza del primo semestre è stata esposta in un incontro pubblico organizzato dalla ASL per le diverse UDO, presentando successi ed insuccessi rilevati fino a quel momento. Le slide di quell’incontro sono allegate alla presente relazione.

Le criticità rilevate sono specificate per ogni obiettivo non pienamente raggiunto negli allegati della presente.

Volendo comunque anticipare in questo paragrafo i temi ricorrenti, potremmo dire che vi sono state criticità legate alla tempistica di realizzazione, non correttamente programmata, o a fattori esterni che non erano stati previsti, o a decisioni in corso d’anno che hanno portato a non perseguire più tali obiettivi.

1. azioni migliorative previste per l’anno successivo

Alla luce degli esiti negativi o non completamente positivi di alcuni obiettivi, si rimoduleranno le date di scadenza / realizzazione con una più oculata programmazione.

1. evidenza del coinvolgimento del personale nella valutazione

Il personale è stato coinvolto nelle diverse fasi:

* alcuni obiettivi sono stati formulati dalla coordinatrici IP consegnando un modulo alla Direzione
* vi sono state riunioni in cui sono stati presentati gli obiettivi ed il loro monitoraggio
* i singoli responsabili hanno fornito i dati richiesti
* il personale è stato formato in modo specifico circa alcuni obiettivi
* questa relazione è stata condivisa con i responsabili prima di essere emanata

A titolo di esempio vengono riportati qui di seguito due dei fogli firme raccolti di volta in volta, che sono raccolti nel faldone “Coinvolgimento degli operatori – lavoro di equipe”

  

1. modalità di diffusione dei risultati della presente relazione agli interessati
* la presente relazione viene pubblicata sul portale della Fondazione: [www.casadelcieco.org](http://www.casadelcieco.org)

(in due anni di esistenza del portale, i visitatori della parte relativa alla qualità sono quasi 8000)

Allegato 1

**Schede di valutazione dei singoli obiettivi**

Obiettivo n° ***1*** Descrizione: Completamento cartella sanitaria informatica

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

Pur richiedendo un duplice intervento esterno (ditta fornitrice e disponibilità del certificatore), i tempi sono stati rispettati. Obiettivo raggiunto, ma da mantenere nel tempo per garantire la fornitura di chiavette ad ogni cambio di personale. Sottoscritto il mandato di affidamento del sistema di archiviazione sostitutiva nel mese di Ottobre 2015.

Obiettivo n° ***2*** Descrizione ***sostituzione chiavette firma digitale***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

Pur richiedendo un duplice intervento esterno (ditta fornitrice e disponibilità del certificatore), i tempi sono stati rispettati. Obiettivo raggiunto, ma da mantenere nel tempo per garantire la fornitura di chiavette ad ogni cambio di personale.

Obiettivo n° ***3*** Descrizione Definizione del tablet ideale

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 0 |  |  |  |  |  |

Pur avendo previsto l’acquisto di tablet per la firma grafometrica fin da luglio, la ditta fornitrice del software ha incontrato grosse difficoltà ad integrare il sistema di firma digitale con quella grafometrica. Al momento i problemi non sono ancora risolti. Obiettivo non raggiunto.

Obiettivo n° ***4*** Descrizione Installazione telefonia Voip

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 13 |  |  |  |  |  |

Iter di installazione terminato il 28-01-2016, con ritardo inferiore al mese rispetto al termine prefissato del 31-12-2015

Obiettivo n° 5 Descrizione Revisione delle procedure del 2012

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

Anche se è costata molto in termini di investimento di tempo da parte di tutti, l’obiettivo è stato raggiunto rispettando il termine prefissato del 04-12-2015

Obiettivo n° ***6*** Descrizione ***consenso informato***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 6 |  |  |  |  |  |

N.B. l’obiettivo fissato era stato predisposto considerando quanto riferito nel corso ASL sulla DGR. 2569, ovvero il reperimento delle firme di ospiti e parenti per il consenso informato alla contenzione. Alla luce del lavoro svolto con la dott.ssa Maestroni della ASL e del successivo incontro pubblico con il Giudice Tutelare Federica Trovò, il raggiungimento dell’obiettivo si è rivelato impossibile da raggiungere in tempi brevi, dovendo necessariamente percorrere la strada dell’ADS in diversi casi. Questo ha protratto i tempi di realizzazione, riprogrammando la scadenza dell’obiettivo. Il reperimento delle firme è diventato routinario.

Obiettivo n° ***7*** Descrizione ***restauri chiesa cappella nord***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

La programmazione di un tempo adeguato ha permesso di finire nei tempi prefissati.

Obiettivo n° ***8*** Descrizione Tinteggiatura Chiesa aula centrale (pluriennale, termine 2016)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 0 |  |  |  |  |  |

La programmazione di questi lavori richiede un tempo adeguato in quanto devono essere acquisiti i permessi da parte della Soprintendenza. Allo stato attuale la Presidente ha deciso di soprassedere momentaneamente all’inizio di queste pratiche per cui difficilmente verrà terminato

Obiettivo n° 9 Descrizione Sistema di Gestione della Sicurezza

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 14 |  |  |  |  |  |

Il risultato previsto, cioè quello di migliorare il risultato della checklist della ASL di Verona sulla Sicurezza è stato raggiunto. Il punteggio è soddisfacente perché è stato ottenuto quanto atteso. Si tratta di un obiettivo continuo, da portare avanti nel tempo.

Obiettivo n° ***10*** Descrizione Politiche e procedure ambientali

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

* Il risultato è stato raggiunto nei tempi previsti

Obiettivo n° ***11*** Descrizione revisione procedure secondo 231/2001

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

* Il risultato è stato raggiunto. Il processo è continuo e prevede la revisione triennale delle procedure tese a prevenire i reati previsti dal D. Lgs.231/2001.

Obiettivo n° ***12*** Descrizione ***migliore redazione documento 2569/2014***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

* Il risultato è stato raggiunto. Il lavoro di affinamento è proseguito con un gruppo di lavoro con il Dott. Riva dell’ASL di Lecco. Il primo incontro è stato il 5 maggio 2015.

Obiettivo n° ***13*** Descrizione ***ambito 1 - educativo***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 6 |  |  |  |  |  |

La compilazione dei nuovi PI segue la programmazione delle equipe pertanto il completamento richiede almeno sei mesi. Avendo iniziato in maggio andava rimodulata la scadenza. (errore di valutazione sui tempi di realizzazione)

Obiettivo n° ***14*** Descrizione ***ambito 2 coinvolgimento del territorio***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

* Il risultato è stato raggiunto poiché prevedeva la stesura dei documenti (domanda e regolamento) relativi ai volontari.

Obiettivo n° ***15*** Descrizione ***ambito 3 – abilità motorie***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 10 |  |  |  |  |  |

La compilazione dei nuovi PI segue la programmazione delle equipe pertanto il completamento richiede almeno sei mesi. Avendo iniziato in maggio non era possibile rispettare la scadenza. (errore di valutazione sui tempi di realizzazione)

Obiettivo n° ***16*** Descrizione ***ambito 4 – educazione alla salute compilazione apposita riga del nuovo PI***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 10 |  |  |  |  |  |

La compilazione dei nuovi PI segue la programmazione delle equipe, pertanto il completamento richiede almeno sei mesi. Avendo iniziato in maggio non poteva essere rispettata la scadenza. (errore di valutazione sui tempi di realizzazione)

Obiettivo n° ***17*** Descrizione ***ambito 5 sostegno al caregiver***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 6 |  |  |  |  |  |

Il sostegno alle famiglie ed al caregiver non si verifica costantemente, è influenzato da fattori esterni che impediscono una programmazione. E’ invece possibile monitorare e misurare i colloqui tra medici e famigliari, colloqui che costituiscono un concreto sostegno durante l’evoluzione del ricovero, e che sono reperibili per lo più nell’apposita riga di diario.

Obiettivo n° ***18*** Descrizione ***ambito 6 – compilazione scala dolore***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 15 |  |  |  |  |  |

La prassi di compilare la scala del dolore per ogni ospite, in vigore dall’autunno scorso, ha dato i suoi frutti, anche se non siamo al 100%, ma al 95,65%, comunque di tutto rispetto.

Obiettivo n° ***19*** Descrizione ***nutrizione e benessere – cartoncini diete***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 13 |  |  |  |  |  |

Questo obiettivo era in teoria il più semplice e breve da raggiungere. Si è invece rivelato un fiasco alla prima verifica, essendo in grave ritardo la persona incaricata. Il tempo di realizzazione è stato poi velocissimo, ma il punteggio finale risente dei tempi non rispettati (22 giorni di ritardo)

Obiettivo n° ***20*** Descrizione Scambio di esperienze fra IP

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 0 |  |  |  |  |  |

* Il risultato non è stato raggiunto. Le coordinatrici IP avevano previsto la possibilità di scambi di esperienze fra le neo laureate e le più esperte, in ambo i versanti. Purtroppo non avevano previsto che questo avrebbe avuto dei costi in termini di ore lavorative. La Cooperativa non ha garantito tale copertura.

Obiettivo n° 21 Descrizione Servizio IP – maggiore utilizzo del PC nel lavoro

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attributi** |  |  |  |  |  |  |
| RISULTATI | **Esito della Misurazione attraverso gli indicatori** | Nessun risultato  | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | perfomance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati  | buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati  | eccellenti performance sostenute nel tempo in tutte le aree  |
| **Rispetto dei tempi prefissati** | Tempi non rispettati |  |  | Tempi rispettati con lievi ritardi |  | Pieno rispetto |
| **Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?** | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali |  | Raggiunti in parte  |  | Pienamente raggiunti e appropriati  |
| **Punteggio** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | **Punteggio totale** | 2 |  |  |  |  |  |

Il risultato non si può considerare raggiunto. La software-house aveva previsto di installare una nuova versione del programma con la gestione delle diagnosi infermieristiche.

La partnership con una Università per la sperimentazione delle NANDA International ha dilatato i tempi di studio e di realizzazione di versioni riviste e riprogettate del software per lavorare in ambiente WEB. In dicembre è stata diffusa una pubblicazione ma ad oggi il programma non è ancora installato.

Si è invece implementata nel 2015 la nuova scrivania di tutte le figure, e le IP ne hanno beneficiato come del resto altri, perciò lo strumento di lavoro viene sempre più sfruttato, in attesa di nuovi sviluppi. La valutazione è quindi scarsa solo in funzione di quanto si sarebbe potuto fare.

1. http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/t-autoval/Linee\_autov\_miglioramento.pdf [↑](#footnote-ref-1)