**Piano annuale e Piano di miglioramento 2016**

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

****

Data redazione: 14 marzo 2017 Data pubblicazione: 20 marzo 2017

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. 19
3. azioni migliorative previste per l’anno successivo pag.20
4. evidenza del coinvolgimento del personale nella valutazione pag.20
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 2016: 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** |
| **1-2 Informatizzazione** | **Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.**  | **12 MESI** |
| **Introduzione del tablet per la firma grafometrica.** | **9 MESI** |
| **3-Comunicazione** | **Ampiamento della porzione del portale dedicata alla qualità** | **12 MESI** |
| **4-5 Sistema di Qualità**  | **Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013** | **12 MESI** |
| **Addestramento impiegate per gestione della valutazione e monitoraggio della qualità**  | **12 MESI** |
| **6 Cultura** | **Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale** | **12 MESI** |
| **7-Sicurezza sul lavoro** | **Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza** **Prove pratiche spegnimento incendi****Prove di evacuazione con nuova check-list****Individuazione spunti di miglioramento e loro attuazione** | **Continuo 12 MESI** |
| **8-D. Lgs. 231/2001** | **Formazione e informazione del personale** | **12 MESI** |
| **9-Risorse umane** | **Verifica della organizzazione**  | **12 MESI** |

1. **Progetti per reparto o servizio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **TEMPISTICA** |
| **10-21 Area socio-sanitaria** | 10 - Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione* Nuova realizzazione del programma di Animazione informatizzato
 | **6 MESI** |
| 11 - Trovare attività interne per ospiti più autonomi | **12 MESI** |
| 12 - Attraverso la somministrazione del Mini Mental State selezionare ospiti con deterioramento cognitivo per programmare attività specifiche | **12 MESI** |
| 13 - Programmare e realizzare una gita al Parco faunistico delle Cornelle | **10 MESI** |
| 14 - Ambito 2 - coinvolgimento del territorioTrovare attività esterne per ospiti più autonomi | **12 MESI** |
| 15 - Pubblicizzare le attività interne nell’ambito comunaleCoinvolgimento di varie realtà del territorio (Oratorio, Scuola materna, Biblioteca, Alpini) | **12 MESI** |
| 16 - Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Predisposizione del progetto Fisioterapico | **12 MESI** |
| 17 - Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benesseremodifica del progetto con inserimento righe:* Azioni consigliate
* Sono state accolte? (si,no, parzialmente-vedi note)

Messa a regime nuove modifiche | **3 MESI****12 MESI** |
| 18 - Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiverRidefinizione del ruolo del tutor, approfondimento del tema e verifica del suo stato di attuazione, eventuale implementazione ove carente | **12 MESI** |
| 19 - Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure* Tutela dei diritti del malato (controllo periodico della presenza nei soggiorni di tutta la documentazione obbligatoria, come Carta dei Servizi, Legge 128 sul dolore, Diritti degli ammalati)
 | **9 MESI** |
| 1. - Terapia del dolore e cure palliative (verifica che siano compilate sempre le scale relative da parte delle IP per riscontrare miglioramenti dovuti alle cure)
 | **12 MESI** |
| 21 - Assistenza al personale (burn-out stress lavoro correlato) – sostegno psicologico, Iniziative di condivisione extra-lavoro | **12 MESI** |

1. **Obiettivi di miglioramento dei servizi**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **22 Nutrizione e benessere** | 22 - Redazione di una Scheda di valutazione dell’adeguatezza del cibo Utilizzo periodico concordato della scheda (audit pianificato ed attuato) | **4 MESI** |
| **23 Riconoscimento Ospiti**  | 23 - Mezzi di riconoscimento per ospiti con wandering che dovessero uscire dalla struttura | **12 MESI** |
| **24 servizio IP** | 24 - Produzione Istruzione operativa per ospiti colonizzati da infezioni  | **9 MESI** |
| **25 Servizio medico** | 25 - Redazione ed utilizzo prospetto per IP con valori soglia per profilo glicemico e pressorio con indicazione farmaci conseguenti | **9 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, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.  | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 2 | Introduzione del tablet per la firma grafometrica. | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 3 | Ampiamento della parte del portale dedicata alla qualità | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 4 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013 | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 5 | Addestramento impiegate per gestione della valutazione e monitoraggio della qualità  | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 6 | Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 7 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza  | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 8 | 231/2001 Formazione e informazione del personale | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 9 | Verifica della organizzazione  | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 10 | Nuovo programma di animazione informatizzato | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 11 | Trovare attività interne per ospiti più autonomi | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 12 | Attività per ospiti con deterioramento cognitivo | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 13 | Gita al parco delle Cornelle | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 14 | Attività esterne per ospiti autonomi | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 15 | Pubblicizzare attività e coinvolgere realtà di Civate | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 16 | Predisposizione progetto fisioterapico | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 17 | Modifica PI con due righe e messa a regime nuove modifiche | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 18 | Ridefinizione ruolo del tutor | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 19 | Controllo periodico documentazione nei reparti | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 20 | Utilizzo scale dolore da parte delle IP | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 21 | Iniziative di condivisione extra-lavoro | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 22 | Redazione ed utilizzo scheda audit adeguatezza cibo | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 23 | Mezzi riconoscimento ospiti con wandering | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 24 | Produzione istruzione operativa per ospiti colonizzati da infezioni  | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 25 | Redazione prospetto con valori soglia profilo glicemico e pressorio e indicazione farmaci conseguenti | 5 | 5 | 3 | 13 |

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:** |
| 22 | Redazione ed utilizzo scheda audit adeguatezza cibo | 13 | 30-04-2016 |
| 19 | Controllo periodico documentazione nei reparti | 13 | 30-09-2016 |
| 24 | Produzione istruzione operativa per ospiti colonizzati da infezioni  | 13 | 30-09-2016 |
| 25 | Redazione prospetto con valori soglia profilo glicemico e pressorio e indicazione farmaci conseguenti | 13 | 30-09-2016 |
| 3 | Ampiamento della parte del portale dedicata alla qualità | 13 | 31-12-2016 |
| 4 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013 | 13 | 31-12-2016 |
| 5 | Addestramento impiegate per gestione della valutazione e monitoraggio della qualità  | 13 | 31-12-2016 |
| 8 | 231/2001 Formazione e informazione del personale | 13 | 31-12-2016 |
| 9 | Verifica della organizzazione  | 13 | 31-12-2016 |
| 11 | Trovare attività interne per ospiti più autonomi | 13 | 31-12-2016 |
| 16 | Predisposizione progetto fisioterapico | 13 | 31-12-2016 |
| 17 | Modifica PI con due righe e messa a regime nuove modifiche | 13 | 31-03-2016 31-12-2016 |
| 20 | Utilizzo scale dolore da parte delle IP | 13 | 31-12-2016 |
| 10 | Nuovo programma di animazione informatizzato | 11 | 30-06-2016 |
| 2 | Introduzione del tablet per la firma grafometrica. | 11 | 30-09-2016 |
| 1 | Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.  | 11 | 31-12-2016 |
| 6 | Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale | 11 | 31-12-2016 |
| 7 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza  | 11 | 31-12-2016 |
| 12 | Attività per ospiti con deterioramento cognitivo | 11 | 31-12-2016 |
| 18 | Ridefinizione ruolo del tutor | 11 | 31-12-2016 |
| 21 | Iniziative di condivisione extra-lavoro | 11 | 31-12-2016 |
| 13 | Gita al parco delle Cornelle | 9 | 31-10-2016 |
| 14 | Attività esterne per ospiti autonomi | 9 | 31-12-2016 |
| 15 | Pubblicizzare attività e coinvolgere realtà di Civate | 9 | 31-12-2016 |
| 23 | Mezzi riconoscimento ospiti con wandering | 9 | 31-12-2016 |

*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** |
| **1-2 Informatizzazione** | **Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.**  | **N° funzionalità aggiunte** |
| **Introduzione del tablet per la firma grafometrica.** | **Presenza ed utilizzo in reparto** |
| **3-Comunicazione** | **Ampiamento della porzione del portale dedicata alla qualità** | **N° documenti aggiunti** |
| **4-5 Sistema di Qualità**  | **Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013** | **% procedure revisionate** |
| **Addestramento impiegate per gestione della valutazione e monitoraggio della qualità**  | **elenco operazioni svolte in autonomia** |
| **6 Cultura** | **Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale** | **N° quaderni pubblicati** |
| **7-Sicurezza sul lavoro** | **Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza** **Prove pratiche spegnimento incendi****Prove di evacuazione con nuova check-list****Individuazione spunti di miglioramento e loro attuazione** | **N° prove****N° prove****% spunti attuati** |
| **8-D. Lgs. 231/2001** | **Formazione e informazione del personale** | **% personale formato** |
| **9-Risorse umane** | **Verifica della organizzazione**  | **Ridefinizione o conferma modello organizzativo** |

1. **Progetti per reparto o servizio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **INDICATORI** |
| **10-21 Area socio-sanitaria** | 10 - Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione* Nuova realizzazione del programma di Animazione informatizzato
 | **N° ospiti inseriti** |
| 11 - Trovare attività interne per ospiti più autonomi | **Attività iniziate** |
| 12 - Attraverso la somministrazione del Mini Mental State selezionare ospiti con deterioramento cognitivo per programmare attività specifiche | **% ospiti con attività specifiche** |
| 13 - Programmare e realizzare una gita al Parco faunistico delle Cornelle | **Data Programmata** **Data Effettuazione**  |
| 14 - Ambito 2 - coinvolgimento del territorioTrovare attività esterne per ospiti più autonomi | **Attività iniziate** |
| 15 - Pubblicizzare le attività interne nell’ambito comunaleCoinvolgimento di varie realtà del territorio (Oratorio, Scuola materna, Biblioteca, Alpini) | **N° eventi realizzati** |
| 16 - Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Predisposizione del progetto Fisioterapico | **Presenza progetto** |
| 17 - Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benesseremodifica del progetto con inserimento righe:* Azioni consigliate
* Sono state accolte? (si,no, parzialmente-vedi note)

Messa a regime nuove modifiche | **Presenza righe****% PI compilati** |
| 18 - Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiverRidefinizione del ruolo del tutor, approfondimento del tema e verifica del suo stato di attuazione, eventuale implementazione ove carente | **N° Riunioni**  |
| 19 - Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure* Tutela dei diritti del malato (controllo periodico della presenza nei soggiorni di tutta la documentazione obbligatoria, come Carta dei Servizi, Legge 128 sul dolore, Diritti degli ammalati)
 | **Presenza audit mensili** |
| 1. - Terapia del dolore e cure palliative (verifica che siano compilate sempre le scale relative da parte delle IP per riscontrare miglioramenti dovuti alle cure)
 | **% scale compilate** |
| 21 - Assistenza al personale (burn-out stress lavoro correlato) – sostegno psicologico, Iniziative di condivisione extra-lavoro | **N° iniziative promosse****(almeno una)** |

1. **Obiettivi di miglioramento dei servizi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **AREA**
 | **OBIETTIVI ED AZIONI** | **INDICATORI** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **22 Nutrizione e benessere** | 22 - Redazione di una Scheda di valutazione dell’adeguatezza del cibo Utilizzo periodico concordato della scheda (audit pianificato ed attuato) | **Data adozione scheda****% audit rispetto a pianificazione** |
| **23 Riconoscimento Ospiti**  | 23 - Mezzi di riconoscimento per ospiti con wandering che dovessero uscire dalla struttura | **Data inizio utilizzo** |
| **24 servizio IP** | 24 - Produzione Istruzione operativa per ospiti colonizzati da infezioni  | **Data adozione istruzione Operativa** |
| **25 Servizio medico** | 25 - Redazione ed utilizzo prospetto per IP con valori soglia per profilo glicemico e pressorio con indicazione farmaci conseguenti | **Data adozione prospetto** |

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** |
| 22 | Redazione ed utilizzo scheda audit adeguatezza cibo | 30-04-201631-12-2016 | Data adozione31-05 / 31-08 / 31-12 |
| 19 | Controllo periodico documentazione nei reparti | 30-09-2016 | 30-04 / 31-07 / 30-09 |
| 24 | Produzione istruzione operativa per ospiti colonizzati da infezioni  | 30-09-2016 | 30-04 / 31-05 / 31-07 / 30-09 |
| 25 | Redazione prospetto con valori soglia profilo glicemico e pressorio e indicazione farmaci conseguenti | 30-09-2016 | 30-04 / 31-05/ 31-07 / /30-09 |
| 3 | Ampiamento della parte del portale dedicata alla qualità | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 4 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013 | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 5 | Addestramento impiegate per gestione della valutazione e monitoraggio della qualità  | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 8 | 231/2001 Formazione e informazione del personale | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 9 | Verifica della organizzazione  | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 11 | Trovare attività interne per ospiti più autonomi | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 16 | Predisposizione progetto fisioterapico | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 17 | Modifica PI con due righe e messa a regime nuove modifiche | 31-03-2016 31-12-2016 | 31-0330-04 / 31-08 / 31-12 |
| 20 | Utilizzo scale dolore da parte delle IP | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 10 | Nuovo programma di animazione informatizzato | 30-06-2016 | 31-03 / 30-04 / 31-05 / 30-06 |
| 2 | Introduzione del tablet per la firma grafometrica. | 30-09-2016 | 31-03 / 31-05 / 31-07 / 30-09 |
| 1 | Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.  | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 6 | Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 7 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza  | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 12 | Attività per ospiti con deterioramento cognitivo | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 18 | Ridefinizione ruolo del tutor | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 21 | Iniziative di condivisione extra-lavoro | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 13 | Gita al parco delle Cornelle | 31-10-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-10 |
| 14 | Attività esterne per ospiti autonomi | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 15 | Pubblicizzare attività e coinvolgere realtà di Civate | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |
| 23 | Mezzi riconoscimento ospiti con wandering | 31-12-2016 | 30-04 / 31-08 / 31-12 |

La tabella è stata adottata il 10 Maggio 2016

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' |
| N° | Descrizione  | FATTIBILITA' ENTRO | INDICATORE | data raggiungimento | punteggio |
| 22 | Redazione ed utilizzo scheda audit adeguatezza cibo | 30-04-2016 | Data adozione | 24-03-2016 e 13 audit | 15 |
| 19 | Controllo periodico documentazione nei reparti | 30/09/2016 | Riscontro da check-list | si | 15 |
| 24 | Produzione istruzione operativa per ospiti colonizzati da infezioni  | 30/09/2016 | Data adozione | Non applicabile per DGR 14/02/2014 n° 1127 |  |
| 25 | Redazione prospetto con valori soglia profilo glicemico e pressorio e indicazione farmaci conseguenti | 30/09/2016 | Data adozione | 29-12-2016 | 10 |
| 3 | Ampiamento della parte del portale dedicata alla qualità | 31/12/2016 | N° documenti aggiunti  | 2 | 15 |
| 4 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013 | 31/12/2016 | % procedure revisionate | 100% | 15 |
| 5 | Addestramento impiegate per gestione della valutazione e monitoraggio della qualità  | 31/12/2016 | N° ed elenco operazioni svolte in autonomia | 4 | 15 |
| 8 | 231/2001 Formazione e informazione del personale | 31/12/2016 | % personale formato | Legge in revisione | 0 |
| 9 | Verifica della organizzazione  | 30/06/2016 | Ridefinizione o conferma modello organizzativo | Verifica servizio fisioterapico | 15 |
| 11 | Trovare attività interne per ospiti più autonomi | 31/12/2016 | N° attività iniziate | 4 | 14 |
| 16 | Predisposizione progetto fisioterapico | 31/12/2016 | Presenza del progetto | si | 15 |
| 17 | Modifica PI con due righe e messa a regime nuove modifiche | 31/12/2016 | %PI compilati | 98,2%Verifica ATS | 15 |
| 20 | Utilizzo scale dolore da parte delle IP | 31/12/2016 | % scale compilate | 100% | 15 |
| 10 | Nuovo programma di animazione informatizzato | 30/06/2016 | % ospiti inseriti | 100% | 15 |
| 2 | Introduzione del tablet per la firma grafometrica. | 30/09/2016 | Presenza ed utilizzo in reparto | Marzo 2017 | 9 |
| 1 | Completamento della cartella sanitaria informatizzata, con i relativi automatismi, controlli di appropriatezza ed iter.  | 31/12/2016 | N° funzionalità aggiunte | 7 | 15 |
| 6 | Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale | 31/12/2016 | N° quaderni pubblicati sul portale | 0 | 7 |
| 7 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza  | 31/12/2016 | N° prove pratiche spegnimento incendi | Acquistato materiale, corsi | 11 |
| N° prove di evacuazione | 5 | 15 |
| 12 | Attività per ospiti con deterioramento cognitivo | 31/12/2016 | % ospiti con attività specifiche | 100% | 15 |
| 18 | Ridefinizione ruolo del tutor | 31/12/2016 | N° riunioni | Progetto accantonato = 0 | 0  |
| 21 | Iniziative di condivisione extra-lavoro | 31/12/2016 | N° iniziative promosse | 4 |  15 |
| 13 | Gita al parco delle Cornelle | 31/10/2016 | Data programma/data effettuazione | 26/8 5/9 |  15 |
| 14 | Attività esterne per ospiti autonomi | 31-12-2016 | N° attività | 3 | 15 |
| 15 | Pubblicizzare attività e coinvolgere realtà di Civate | 31-12-2016 | N° eventi realizzati | 3 | 15 |
| 23 | Mezzi riconoscimento ospiti con wandering | 31-12-2016 | Data inizio utilizzo | No | 0 |

Proposta di lettura del grafico: su 30 obiettivi, 20 sono stati raggiunti con risultati soddifacenti, 4 con risultati sufficienti o parziali, 1 con risultati scarsi e 5 non sono stati raggiunti o si è constatato che erano non applicabili.

La percentuale di raggiungimento degli obiettivi è stata dell’88,72%, cioè 346 punti ottenuti su 390 possibili

1. eventuali criticità rilevate

Gli esiti del secondo anno di attività sono stati presentati sinteticamente in una riunione di staff dei responsabili il 13 marzo 2016.

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 a causa di fattori esterni che non erano stati previsti, o a decisioni in corso d’anno che hanno portato a non perseguire più tali obiettivi, anche alla luce di consultazione di documenti o Delibere.

1. azioni migliorative previste per l’anno successivo

Rispetto al primo anno di attuazione, i risultati, anche grazie alla rimodulazione delle date di scadenza, ha dato i suoi risultati positivi. Alla luce degli esiti negativi o non completamente positivi di alcuni obiettivi, siamo chiamati a valutare meglio la possibilità di realizzazione o allungare i tempi quando intervengono attori esterni, 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
* 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

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 tre anni di esistenza del portale, i visitatori della parte relativa alla qualità sono quasi 14000)

Allegato 1

**Schede di valutazione dei singoli obiettivi**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Messa a regime di 7 funzionalità aggiuntive

Obiettivo n° ***2*** Descrizione: **introduzione del tablet per la firma grafometrica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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** | 9 |  |  |  |  |  |

La tavoletta per la raccolta della firma è stata acquistata e lasciata alla software-house per le prove del caso. Il ritardo nell’applicazione è dovuto alla ditta archiviatrice, per mettere a punto un sistema di archiviazione per i files prodotti in questa modalità. Pare che siamo i primi in Italia a richiedere questa funzionalità. Mentre la cosa ci fa onore, questo ci fa perdere tempo.

Obiettivo n° ***3*** Descrizione **Ampliamento della parte del portale dedicata alla qualità**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Due documenti aggiunti: la relazione sul miglioramento della qualità del 2015 e la customer 2016.

Obiettivo n° ***4*** Descrizione Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2013

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

100% delle procedure approvate entro la data di scadenza

Obiettivo n° 5 Descrizione Addestramento delle impiegate per la gestione della valutazione e monitoraggio della qualità

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

**Vengono svolte 4 attività in autonomia rispetto all’anno prima**

Obiettivo n° ***6*** Descrizione **verifica ulteriori dati storici per quaderni su Civate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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** | 7 |  |  |  |  |  |

Trovati pochi spunti e risultati parziali, non sufficienti alla pubblicazione

Obiettivo n° ***7*** Descrizione ***Miglioramento del sistema di gestione della sicurezza – prove pratiche di spegnimento incendi***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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** | 11 |  |  |  |  |  |

Acquistato il materiale per la squadra. Nel corso dell’anno 6 ASA/IP della cooperativa hanno superato il corso per rischio elevato dei VVFF, che comprende lo spegnimento. Le prove da fare in struttura sono state posticipate al 2017

Obiettivo n° ***7*** bis Descrizione ***Miglioramento del sistema di gestione della sicurezza – prove pratiche di evacuazione***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Sono state effettuate cinque prove di evacuazione, molte più di quanto richiesto (una l’anno).

Obiettivo n° ***8*** Descrizione: **Formazione sul D. Lgs. 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** | 0 |  |  |  |  |  |

Avendo saputo che la legge è in revisione, abbiamo deciso di spostare nel 2017 la formazione per adeguarla alle variazioni intervenute.

Obiettivo n° 9 Descrizione: **Verifica dell’organizzazione**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Nel 2016 si sono dedicati almeno tre mesi alla revisione ed organizzazione del servizio fisioterapico.

Obiettivo n° ***10*** Descrizione **Programma di animazione informatizzato**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

**Realizzato al 100%**

Obiettivo n° ***11*** Descrizione **attività interne per ospiti autonomi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Accettate dagli ospiti 3 attività su 4

Obiettivo n° ***12*** Descrizione ***attività specifiche per ospiti con deterioramento cognitivo***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

* raggiunto il 100%.

Obiettivo n° ***13*** Descrizione ***Gita al parco delle Cornelle***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 gita è stata sostituita con una uscita presso l’isoletta faunistica del Lago di Pusiano, prevista per fine agosto ma effettuata il 5 settembre causa maltempo

Obiettivo n° ***14*** Descrizione ***attività esterne per ospiti autonomi***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

* Attività effettuate 3: presso Istituto Bertacchi Lecco, mercato di Valmadrera, Bar Nell Cafè di Civate

Obiettivo n° ***15*** Descrizione ***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 |  |  |  |  |  |

A luglio porchetta per gli ospiti cucinata dagli Alpini, in occasione del natale visita dei bambini di 2^ elementare e delle medie di Civate

Obiettivo n° ***16*** Descrizione ***Progetto Fisioterapico***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Obiettivo raggiunto nei tempi prefissati

Obiettivo n° ***17*** Descrizione **Inserimento nuove righe nel PI (Progetto Individuale)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Appropriatezza verificata dalla Vigilanza ATS con esito 98,2% (limite minimo tollerato 95%)

Obiettivo n° ***17 bis*** Descrizione ***utilizzo nuove righe 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** | 15 |  |  |  |  |  |

Come sopra, appropriatezza verificata dalla Vigilanza ATS con esito 98,2% (limite minimo tollerato 95%).

Obiettivo n° ***18*** Descrizione ***ridefinizione del ruolo del tutor***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Questo obiettivo è stato abbandonato strada facendo perché ci si è resi conto che era in contrasto col lavoro di equipe

Obiettivo n° 19 Descrizione **Controllo esistenza documentazione obbligatoria nei soggiorni**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 verifica ha dato esito 100%

Obiettivo n° 20 Descrizione Compilazione scale monitoraggio del 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 |  |  |  |  |  |

Raggiunto al 100%

Obiettivo n° 21 Descrizione **iniziative di condivisione extra 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** | 15 |  |  |  |  |  |

Raggiunto al 100%, con 4 iniziative: feste per pensionamenti, compleanni significativi e cena sociale della Cooperativa

Obiettivo n° 22 Descrizione **Redazione scala per audit cibo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Realizzata il 24-02-2016

Obiettivo n° 22 bis Descrizione utilizzo periodico della scala audit cibo

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Raggiunto al 100%, 13 controlli effettuati in 9 mesi

Obiettivo n° 23 Descrizione **mezzi di riconoscimento ospiti con wandering**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Progetto accantonato anche per mancanza di casi

Obiettivo n° 24 Descrizione **istruzione operativa ospiti colonizzati**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Non applicabile: in fase di consultazione della letteratura, abbiamo trovato una DGR della Regione Lombardia, n° 1127 del 14-02-2014, che a pag. 15 ne sconsiglia l’isolamento in RSA

Obiettivo n° 25 Descrizione **Realizzazione del prospetto dei valori soglia per il profilo glicemico**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Raggiunto ma con grande ritardo

Obiettivo n° 25 bis Descrizione **Prospetto con valori soglia per profilo pressorio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

Raggiunto ma con grande ritardo

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