

| | |
|--|--|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione Versione 2 del 14-03-2019 |
|--|--|

Piano annuale e Piano di miglioramento 2020

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



Data redazione: 24 febbraio 2021

Data pubblicazione: 01 marzo 2021

Responsabile **Roberto De Capitani**

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

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 |
|----------|--------|

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

Premessa

Ai fini della presente relazione, pare utile riepilogare brevemente come si è giunti a costruire gli obiettivi e quali siano stati pensati per il 2020.

Gli obiettivi sono stati divisi in tre tipologie:

- a) 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.
- b) Progetti per reparto o servizio: 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.
- c) 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.

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

1 Obiettivi strategici

| AREA | OBIETTIVI ED AZIONI | TEMPISTICA |
|---------------------------|--|------------|
| 1 Informazione | 1. Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata | 12 mesi |
| 2 Comunicazione | 2. Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza | 12 mesi |
| 3 Sistemi di Qualità | 3. Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2017 | 12 mesi |
| 4 Sicurezza sul lavoro | 4. Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza Prove di evacuazione | 12 mesi |
| 5 GDPR sicurezza dei dati | 5. Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo | 12 mesi |
| 6 Risorse umane | 6. Revisione dell'URP e degli uffici Selezione nuova figura per Direzione | 12 mesi |

2 Progetti per reparto o servizio

| AREA | OBIETTIVI ED AZIONI | TEMPISTICA |
|------------------------------|---|------------|
| 7 - 12- Area socio-sanitaria | 7 - Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione - Nuove attività di comunicazione tra ospiti e parenti | 12 mesi |
| | 8 - Ambito 2 - coinvolgimento del territorio - Coinvolgimento ragazzi dell'Oratorio, delle scuole e delle associazioni | 12 mesi |
| | 9 - Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Attività centrata sul movimento e corpo | 12 mesi |
| | 10 - Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere - Mantenimento progetti cammino finchè posso e utilizzo delle scale, attraverso inserimento nel PIASA e consapevolezza del personale di reparto | 12 mesi |
| | 11 - Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver - Rilevazione del sostegno psicologico iniziato nel 2018 | 12 mesi |

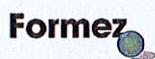
| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

| | | |
|--|---|----------------|
| | 12 - Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure - Corsi su dignità del morire e cure palliative | 12 mesi |
|--|---|----------------|

3 Obiettivi di miglioramento dei servizi

| AREA | OBIETTIVI ED AZIONI | TEMPISTICA |
|-----------------------|---|----------------|
| 13 servizi vari | 13 – Riorganizzazione servizio con effettuazione colazioni in reparto | 12 mesi |

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



LINEE GUIDA per L'AUTOVALUTAZIONE e IL MIGLIORAMENTO Dalla Teoria alla Pratica

A sostegno delle amministrazioni che vogliono intraprendere un percorso di autovalutazione attraverso l'utilizzo del CAF

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.”

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

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

| Iniziative di miglioramento | | Fattibilità entro il: | Monitoraggi in itinere o ex-post |
|-----------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|
| 2 | Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 3 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2017 | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 5 | Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 7 | Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 13 | Riorganizzazione servizio con effettuazione colazioni in reparto | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 1 | Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 4 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza - Prove di evacuazione | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 6 | Revisione dell'URP e degli uffici | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 8 | Ambito 2 - coinvolgimento del territorio | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 9 | Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 10 | Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 11 | Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |
| 12 | Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure | 31-12-2020 | 30/6-30/9-31/12 |

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)

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

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
- ☐☐ È 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 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

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

| A | | B | C | D | E |
|-----------------------------|---|---|--|------------------|-----------------------------------|
| Iniziative di miglioramento | | Importanza – valore – contributo che può dare alla organizzazione e (Pesi 5 – 3 - 1) | Capacità di realizzazione della struttura (5 – 3 - 1) | Tempi (1 - 3) | Livello di priorità (B+C+D) |
| 1 | Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 2 | Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 3 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2017 | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 4 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza - prove di evacuazione | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 5 | Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 6 | Revisione dell'URP e degli uffici Selezione nuova figura per Direzione | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 7 | Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione Nuove attività di comunicazione tra ospiti e parenti | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 8 | Ambito 2 - coinvolgimento del territorio Coinvolgimento ragazzi dell'Oratorio, delle scuole e delle associazioni | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 9 | Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie Attività centrata sul movimento e corpo | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 10 | Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere – completamento progetti “Cammino finché posso” e utilizzo scale | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 11 | Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver – rilevazione sostegno psicologico | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 12 | Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure Corsi su dignità del morire e cure palliative | 3 | 5 | 3 | 11 |

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|----|
| 13 | Riorganizzazione servizio con effettuazione Colazioni in reparto | 5 | 5 | 3 | 13 |
|----|---|---|---|---|----|

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 Valutazione¹

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 definizioni 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.

¹ http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/t-autoval/Linee_autov_miglioramento.pdf

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

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

3 Obiettivi strategici

| AREA | OBIETTIVI ED AZIONI | Indicatori |
|----------------------------|---|---|
| 1 Informatizzazione | 1. Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata | N° funzionalità aggiunte |
| 2 Comunicazione | 2. Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza | Data ampliamento |
| 3 Sistema di Qualità | 3. Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2016 | % procedure revisionate |
| 4 Cultura | 4. Verifica ulteriori dati storici sulla storia del monastero e della Chiesa di San Calocero per pubblicazione altri quaderni sul portale o revisione degli esistenti | Data e numero pubblicazione sul portale |
| 5 – 6 Sicurezza sul lavoro | 5. Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza Formazione sulle nuove procedure di emergenza / evacuazione | Data corso e fogli presenza |
| | 6. Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza Prove di evacuazione | Data prove e fogli presenza |
| 7 GDPR sicurezza dei dati | 7. Formazione e informazione del personale sul nuovo Regolamento Europeo | Data corsi e fogli presenze |

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| 8 Risorse umane | 8. Revisione dell'URP e degli uffici Selezione personale per ufficio | Nuovo organico o organizzazione |
|------------------------------|--|--|

8. Progetti per reparto o servizio

| AREA | OBIETTIVI ED AZIONI | INDICATORI |
|------------------------------|--|---------------------------------|
| 9 - 15- Area socio-sanitaria | 9 - Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione - Coinvolgimento delle Suore nelle varie attività | data inizio nuovo servizio |
| | 10 - Ambito 2 - coinvolgimento del territorio - Coinvolgimento ragazzi dell'Oratorio, delle scuole e delle associazioni | N° incontri |
| | 11 - Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Attività centrata sul movimento e corpo | N° ospiti coinvolti |
| | 12 - Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere - Completamento progetti cammino finchè posso e utilizzo delle scale, attraverso inserimento nel PIASA e consapevolezza del personale di reparto | N° ospiti registrati in PIASA |
| | 13 - Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver - Rilevazione del sostegno psicologico iniziato nel 2018 | Documenti o riscontri psicologo |
| | 14 - Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver - Gestione giuste lamentele ove presenti | Fogli lamentele |
| | 15 - Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure - Corsi su dignità del morire e cure palliative | Date corsi e fogli presenza |

9. Obiettivi di miglioramento dei servizi

| AREA | OBIETTIVI ED AZIONI | Indicatori |
|-----------------------|--|------------------|
| 16 servizi vari | 16 - Comunicazione univoca, procedure comunicative | procedure |

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

TABELLA RIVISTA IN ORDINE DI PRIORITA' IDENTIFICATO

| Iniziative di miglioramento | | Livello di Priorità (B+C+D) | Fattibilità entro il: |
|-----------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|
| 2 | Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza | 13 | 31-12-2020 |
| 3 | Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2017 | 13 | 31-12-2020 |
| 5 | Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo | 13 | 31-12-2020 |
| 7 | Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione | 13 | 31-12-2020 |
| 13 | Riorganizzazione servizio con effettuazione colazioni in reparto | 13 | 31-12-2020 |
| 1 | Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata | 11 | 31-12-2020 |

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

| | | | |
|----|--|----|------------|
| 4 | Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza - Prove di evacuazione | 11 | 31-12-2020 |
| 6 | Revisione dell'URP e degli uffici | 11 | 31-12-2020 |
| 8 | Ambito 2 - coinvolgimento del territorio | 11 | 31-12-2020 |
| 9 | Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie | 11 | 31-12-2020 |
| 10 | Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere | 11 | 31-12-2020 |
| 11 | Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver | 11 | 31-12-2020 |
| 12 | Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure | 11 | 31-12-2020 |

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

Esempio: Obiettivo n° __

| | | | | | | | |
|-----------|---|----------------------|---|--|--|---|---|
| | Attributi | | | | | | |
| | Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance soddisfacenti relativamente e a circa il 25% dei risultati | buone performance sostenute nel tempo e a circa il 50% dei risultati | eccellenti performance sostenute nel tempo e a circa il 75% dei risultati | eccellenti performance e sostenute nel tempo in tutte le aree |
| RISULTATI | 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 |
| | <u>Punteggio totale</u> | | | | | | |

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

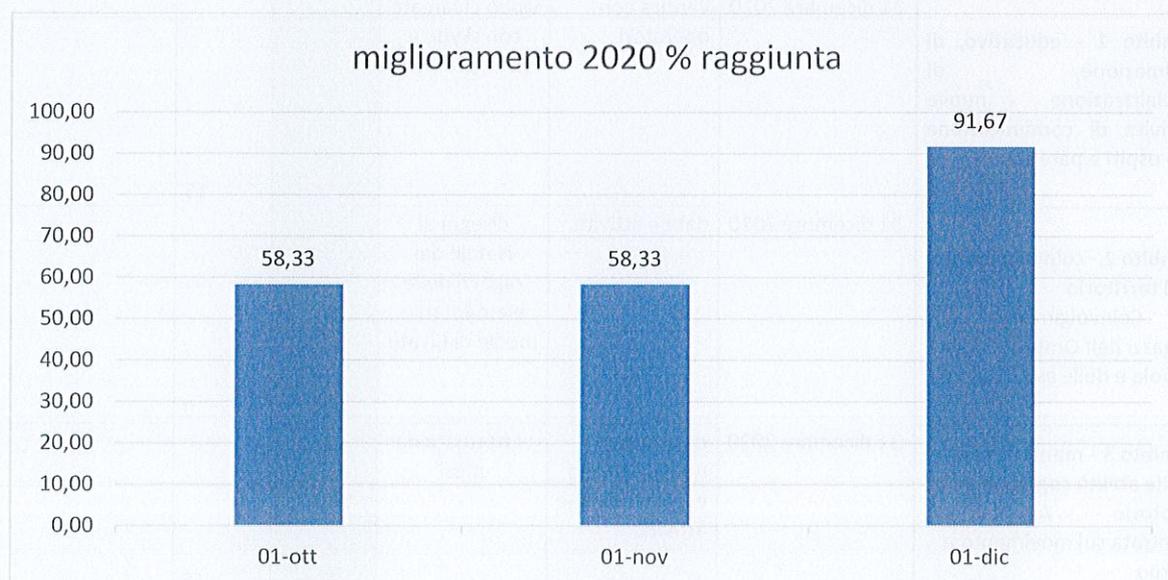
| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

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

| PROGRAMMA ANNUALE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' 2020 | | | PUNTO 2.2.5. DELLA DGR 2569/2014 | | giovedì 31 dicembre 2020 | |
|---|-----------------------|--|--|-------|--------------------------|--|
| INIZIATIVA DI MIGLIORAMENTO | FATTIBILITA' ENTRO | INDICATORE | MISURAZIONE | ESITO | MAX | DATA AUDIT - MONITORAGGIO FINALE |
| 1 Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata | 31 dicembre 2020 | n° funzionalità aggiunte | parte COVID | 15 | 15 | 31-dic |
| 2 Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza | 31 dicembre 2020 | data ampliamento | aggiornata trasparenza | 15 | 15 | 31-dic |
| 3 Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2016 | 31 dicembre 2020 | % procedure riviste | 100% | 15 | 15 | 31-dic |
| 4 Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza Prove di evacuazione | 31 dicembre 2020 | data e numero prove | 22/12/2020 | 15 | 15 | 31-dic |
| 5 Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo | 31 dicembre 2020 | data revisione | non effettuata causa covid 19 | 0 | 15 | 31-dic |
| 6 Revisione dell'URP e degli uffici - selezione nuova figura per Direzione | 31 dicembre 2020 | data assunzione | 12-ott | 15 | 15 | 31-dic |
| 7 Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione - nuove attività di comunicazione tra ospiti e parenti | 31 dicembre 2020 | verifica con operatori | video chiamate con skype e visite protette | 15 | 15 | 31-dic |
| 8 Ambito 2 - coinvolgimento del territorio - Coinvolgimento ragazzi dell'Oratorio, delle scuole e delle associazioni | 31 dicembre 2020 | data e attività | disegni di Natale dai ragazzi delle elementari e medie di Civate | 15 | 0 | 31-dic |
| 9 Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Attività centrata sul movimento e corpo | 31 dicembre 2020 | data inizio nuovo servizio e/o valutazione attività | Effettuata da mesi | 15 | 15 | 31-dic |

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

| | | | | | | | |
|----|--|------------------|--------------------------------------|---|-------------------------|----------------|--|
| 10 | Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere - mantenimento progetti cammino finchè posso e utilizzo delle scale, attraverso inserimento nel PIASA e consapevolezza del personale di reparto | 31 dicembre 2020 | verifica inserimento nel PIASA | si, verificata nei PAI | 15 | 15 | 31-dic |
| 11 | Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver - Rilevazione del sostegno psicologico iniziato nel 2018 | 31 dicembre 2020 | quantificazione attività | eseguita fino a marzo poi sospesa per covid 19 | 15 | 15 | 31-dic |
| 12 | Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure - Corsi su dignità del morire e cure palliative | 31 dicembre 2020 | fogli firma | non effettuato causa COVID 19 | 0 | 15 | 31-dic |
| 13 | Riorganizzazione servizio con effettuazione colazioni in reparto | 31 dicembre 2020 | relazione attività o nuova procedura | effettuata già dai primi mesi, poi implementata causa COVID anche per pranzo e cena | 15 | 15 | 31-dic |
| | | | | | TOTALE RAGGIUNTO | 165 | 180 |
| | | | | | | 91,6667 | TOTALE RAGGIUNGIBILE PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO |



| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

Proposta di lettura del grafico: su 13 obiettivi, 11 sono stati raggiunti con risultati soddisfacenti, mentre 2 a causa della pandemia, sono passati in second'ordine e quindi non raggiunti.

La percentuale di raggiungimento degli obiettivi è stata del 91,67%, cioè 165 punti ottenuti su 180 possibili

2. eventuali criticità rilevate

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 non vi sono state criticità su quelli raggiunti, avendo correttamente programmato le scadenze, forti dell'esperienza precedente, mentre per gli altri due, essendosi verificati fattori esterni – come la pandemia da Coronavirus - che non erano stati previsti, con conseguenti decisioni in corso d'anno che hanno portato a non perseguire più tali obiettivi.

3. azioni migliorative previste per l'anno successivo

Rispetto agli anni precedenti siamo chiamati a migliorare questo livello e tornare al 100%, confidando in un periodo libero da Coronavirus, monitorando la possibilità di realizzazione o, quando intervengono attori esterni, con una costante pressione perché sia rispettata la programmazione. Le azioni migliorative per il 2021 sono in apposito prospetto del Piano annuale di lavoro.

4. evidenza del coinvolgimento del personale nella valutazione

Il personale è stato coinvolto nelle diverse fasi:

- 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

modalità di diffusione dei risultati della presente
relazione agli interessati

| | |
|--|---|
| Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS – via N. Sauro, 5 – 23862 Civate (LC) | Relazione Annuale sul Piano annuale e sul Piano di Miglioramento delle attività della Fondazione |
| | Versione 2 del 14-03-2019 |

- la presente relazione viene pubblicata sul portale della Fondazione:

www.casadelcieco.org

(in sette anni di esistenza del portale, i visitatori della parte relativa alla qualità sono stati circa 35.000)

Seguono i modelli compilati per ogni spunto di miglioramento, con le note riguardanti il raggiungimento o meno, effettuate dal Direttore il 24 febbraio 2021

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 1 Descrizione **Miglioramento della cartella sanitaria informatizzata**

| Attributi | Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | | | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | | performance 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 | |
|-----------|---|----------------------|---------------------------------|---|---|---|--|------------------------------------|--|--|---|------------------------------------|---|--|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | | | Pieno rispetto | | |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente e | Risultati sporadici e/o casuali | | | | | Raggiunti in parte | | | | Pienamente raggiunti e appropriati | | |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |

Punteggio totale 15

Data 24 FEB 2021

Responsabile *[Signature]*

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 2 Descrizione **Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza**

| Attributi | Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | | | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | | performance 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 | |
|-----------|---|----------------------|---------------------------------|---|---|---|--|------------------------------------|--|--|---|------------------------------------|---|--|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | | | Pieno rispetto | | |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente e | Risultati sporadici e/o casuali | | | | | Raggiunti in parte | | | | Pienamente raggiunti e appropriati | | |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |

Punteggio totale 15

Data 24 FEB 2021

Responsabile *[Signature]*

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 3 Descrizione **Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2017**

| Attributi | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---|--|--|---|---|--|
| Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | della | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance e/o 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 | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto | |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente | Risultati sporadici casuali | | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati | |
| | Punteggio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Punteggio totale

15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile _____ *[Signature]*

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 4 Descrizione **Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza Prove di evacuazione**

| Attributi | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---|--|--|---|---|--|
| Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | della | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance e/o 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 | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto | |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente | Risultati sporadici casuali | | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati | |
| | Punteggio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Punteggio totale

15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile _____ *[Signature]*

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 5 Descrizione *Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo*

| | | | | | | | |
|-----------|---|----------------------|---|--|--|---|---|
| RISULTATI | Attributi della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance 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 (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto |
| | Confronto con gli obiettivi: sono raggiunti? | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali | | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Punteggio totale

0

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile _____

LA PANDEMIA HA SPOSTATO GLI INTERESSI E LE ATTENZIONI SU ALTRI ARGOMENTI, VERRA' RIPRESO NEL 2021

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 6 Descrizione *Revisione dell'URP e degli uffici - selezione nuova figura per Direzione*

| | | | | | | | |
|-----------|---|----------------------|---|--|--|---|---|
| RISULTATI | Attributi della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance 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 (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto |
| | Confronto con gli obiettivi: sono raggiunti? | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali | | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Punteggio totale

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile _____

IL 12 OTTOBRE E' STATA ASSUNTA UNA FIGURA IMPIEGATIZIA, AGGIUNTIVA A QUELLE PRESENTI, NELLE MORE DELLA DEFINIZIONE DELLE LIMBE DEL NUOVO CDA CHE PRENDERA' AVVIO A MAGGIO 2021.

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 7 Descrizione **Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione - nuove attività di comunicazione tra ospiti e parenti**

| Attributi Esito della Misurazione attraverso indicatori | della gli | Nessun risultato | | | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | | performance 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 | |
|---|---|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|----------------|--|--|--|--|---|--|---|--|
| | | Tempi non rispettati | Tempi rispettati | Tempi rispettati con lievi ritardi | Raggiunti in parte | Pieno rispetto | | | | | | | | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | | | | | | | | | | | | | |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali | | | | | | | | | | | |
| <u>Punteggio</u> | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |

Punteggio totale

15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile _____ *DeG*

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 8 Descrizione **Ambito 2 - coinvolgimento del territorio - Coinvolgimento ragazzi dell'Oratorio, delle scuole e delle associazioni**

| Attributi Esito della Misurazione attraverso indicatori | della gli | Nessun risultato | | | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | | performance 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 | |
|---|---|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|----------------|--|--|--|--|---|--|---|--|
| | | Tempi non rispettati | Tempi rispettati | Tempi rispettati con lievi ritardi | Raggiunti in parte | Pieno rispetto | | | | | | | | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | | | | | | | | | | | | | |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente | Risultati sporadici e/o casuali | | | | | | | | | | | |
| <u>Punteggio</u> | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |

Punteggio totale

15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile _____ *DeG*

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 9 Descrizione **Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Attività centrata sul movimento e corpo**

| Attributi | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---|--|--|---|---|--|
| Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | della | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance e/o 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 | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | 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 | |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Punteggio totale 15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile Delfy

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 10 Descrizione **Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere - mantenimento progetti cammino finchè posso e utilizzo delle scale, attraverso inserimento nel PIASA e consapevolezza del personale di reparto**

| Attributi | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---|--|--|---|---|--|
| Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | della | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance e/o 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 | |
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | 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 | |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Punteggio totale 15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile Delfy

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 11 Descrizione **Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver - Rilevazione del sostegno psicologico iniziato nel 2018**

| Attributi | Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance e/o 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 |
|-----------|---|----------------------|---|--|--|---|---|
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente e | Risultati sporadici e/o casuali | | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Punteggio totale 15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile DeLuca

E' STATO PRESENTE NEL 2020 AD INIZIO ANNO, POI E' STATO SOSPESO DURANTE LA PANDEMIA -

Metodi per la valutazione dei risultati

2020

Obiettivo n° 13 Descrizione **Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure - Corsi su dignità del morire e cure palliative**

| Attributi | Esito della Misurazione attraverso gli indicatori | Nessun risultato | Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti | performance e/o 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 |
|-----------|---|----------------------|---|--|--|---|---|
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto |
| | Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti? | No, assolutamente e | Risultati sporadici e/o casuali | | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati |
| | <u>Punteggio</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Punteggio totale 0

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile DeLuca

DURANTE LA PANDEMIA SONO STATI SOSPESI TUTTI I CORSI IN PRESENZA -

Obiettivo n° 14 Descrizione **Riorganizzazione servizio con effettuazione colazioni in reparto**

| Attributi Esito della Misurazione attraverso indicatori | Nessun risultato | Risultati sporadici prestazioni non soddisfacenti | e/o | performance soddisfacenti relativamente circa il 25% dei risultati | a | 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 |
|---|--|---|----------|--|----------|---|---|---|
| RISULTATI | Rispetto dei tempi prefissati (termine previsto 12/31/2020) | Tempi non rispettati | | | | Tempi rispettati con lievi ritardi | | Pieno rispetto |
| | Confronto con gli obiettivi: sono raggiunti? | No, assolutament e | | Risultati sporadici casuali | e/o | Raggiunti in parte | | Pienamente raggiunti e appropriati |
| Punteggio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

**Punteggio
totale**

15

24 FEB 2021

Data _____

Responsabile DeLy

