

I. R. C. C. S.
Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo"
PROTOCOLLO GENERALE
Prot. n. 2227/E del 19.3.13

Al Direttore Generale del
CENTRO NEUROLESI
BONINO PULEJO
Dott. Vincenzo Barone

SEDE

OGGETTO: trasmissione Relazione sulla Performance 2012

Gentile Direttore,

con riferimento all'incarico conferitomi, in qualità di Organismo Indipendente di Valutazione, Le trasmetto la "Relazione sulla Performance 2012", obbligo istituzionale, con la quale si chiude l'attività di pianificazione, programmazione e valutazione degli obiettivi 2012.

Le relazione si è avvalsa dei dati forniti dal Controllo di gestione e dai sistemi informativi interni ed è stata redatta a valle di una attenta analisi dei dati e delle informazioni fornite oltre che di colloqui specifici avuti con i singoli dirigenti d'Area.

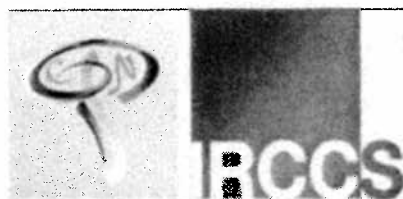
Nel merito dell'andamento gestionale complessivo del 2012 rimando alla lettura del documento allegato. Ritengo però opportuno sottolineare l'importanza, emersa in sede di colloqui valutativi con i dirigenti medici, di avviare nel più breve tempo possibile un'attività di revisione e riprogrammazione degli obiettivi 2013 per meglio tarare indicatori e risultati attesi. Le motivazioni di tale richiesta potranno essere ritrovate nei contenuti della relazione medesima.

Ciò reso in relazione all'incarico ricevuto, manifestando la mia piena disponibilità a fornire ulteriori delucidazioni qualora dovessero occorrere, colgo l'occasione per salutarLa molto cordialmente.

Messina, 18.03.2013

Prof. PierLuigi Catalfo

Organismo Indipendente di Valutazione in forma monocratica



CENTRO NEUROLESI BONINO PULEJO

**Relazione di valutazione
della performance aziendale**

Anno di gestione 2012

L'attività di valutazione 2012 ha riguardato gli aspetti concernenti i risultati di performance organizzativa dell'IRCSS integrati a quelli specifici delle singole aree interne. L'attività si è strutturata in una prima fase tecnica relativa alla misurazione dei parametri concordati in fase di programmazione ed una fase interlocutoria di verifica realizzata attraverso una serie di incontri specifici nei quali si sono discussi con ciascuna parte della compagine dirigenziale i risultati delle misurazioni ottenute.

Rispetto all'attività 2011 emerge nel 2012 un netto avvicinamento verso l'auspicabile piena specificazione della dimensione strategica da quella operativa in modo da poter governare con maggiore efficacia il rapporto tra obiettivi, misurazioni e incentivazioni nelle intenzioni della 150/2009.

Va rilevato che allo stato attuale le due dimensioni, ancorché pienamente esistenti, sono integrate una nell'altra, il che rende di difficile individuazione un sistema di misurazioni capace di mettere in chiaro i risultati della performance organizzativa e soprattutto il contributo che ciascuna direzione offre all'allineamento strategico sugli obiettivi della direzione generale.

La sensibile evoluzione registrata nella configurazione e dell'efficacia del sistema di fissazione degli obiettivi 2012, la rilevante attività del controllo di gestione ma anche le modalità di definizione e alimentazione del fabbisogno informativo hanno reso la possibilità di effettuare valutazioni delle performance individuali più analitiche e puntuali. Queste condizioni favoriranno un'ulteriore approssimazione evolutiva nei meccanismi di definizione degli obiettivi per l'anno 2013 anche in funzione, come sopra accennato, di una maggiore specificazione di quelli strategici da quelli gestionali in modo da poter valutare il grado di allineamento alle esigenze complessive dell'IRCSS e quindi di passare ad una valutazione individuale che sia pienamente coerente con il segno della performance organizzativa dell'IRCSS.

Già a questo stadio evolutivo del modello di misurazione della performance è possibile segnalare che i risultati dell'Ente inteso nella sua generalità e quindi valutato per la performance organizzativa appaiono di certo suscettibili di ulteriore miglioramento. In particolare di seguito sono riportati alcuni indici che descrivono l'efficacia dell'attività dell'IRCSS in rapporto alle esigenze strategiche più rilevanti.

Ricoveri in Regime Ordinario

- a) Complessive 165 SDO di cui 136 con diagnosi secondarie, 66 terziarie, e solo 19 quaternarie;
- b) In ben 106 casi (64%) su 165 l'intervento principale è "Esercizi Assistiti"

Ricoveri in Regime Diurno

- a) Complessive 307 Chiusure, di cui 41 con diagnosi secondaria
- b) Complessivi 208 ricoveri con accesso di un solo giorno, n. 47 con 2 accessi, n. 31 con 3 accessi, 12 con 4 accessi ed un caso limite di di un ricovero con 14 accessi.
- c) I ricoveri sono stati per n. 87 di tipo diagnostico, 168 terapeutico e 52 riabilitativo.
- d) Per gli interventi procedure ben 181 riportano "Esame Neurologico", n. 39 "Infusione Intratecale" e n. 18 "Iniezione Tessuti Molli NAS"

Vengono forniti di seguito alcuni indicatori di attività correlati all'indice occupazionale sulla scorta dei dati forniti dal controllo di gestione e altri indici che argomentano l'efficacia gestionale generale dell'IRCSS:

Indice	2011	2012	▲ Miglioramento ▼ Peggioramento
Giornate di degenza	23.066	23.472	▼
Entrati Medi giornalieri	0,79	0,58	▼
Entrati e Usciti stesso giorno	3	2	-
Indice Occupazione	98,20%	100%	▲
Degenza Media	80,20	106	▼
Presenza Media giornaliera	62,84	64	▼
Indice di Rotazione	4,45	3,3	▼
Indice Turnover	1,47	0,28	▼

	Anno 2010	Anno 2011	Diff. %
Tot. Prestazioni	55733	43068	-22%
Fatturato	€ 1.830.355,00	€ 1.460.439,00	-20%
Doppler arti n. prest	1095	2051	+87%
Doppler arti fatturato	€ 47.000,00	€ 89.608,00	+91%
TAC n. prest	3373	2451	-27%
TAC fatturato	€ 308.487,00	€ 230.622,00	-25%
RMN n. prest	5120	4134	-19%
RMN fatturato	€ 947.190,00	€ 769.570,00	-18%
TSA n. prest	1308	1931	+47%
TSA fatturato	€ 57.276,00	€ 84.319,00	+47%

Attività Esterni 2012

	Primi 10 Mesi		Stima Anno 2012		Anno 2011		variaz. Su 2011
	Prest	Fatturato	Prest	Fatturato	Prest	Fatturato	
lab EEG	563	€ 13.210,00	676	€ 15.852	789	€ 18.552	-16
lab EMG	12613	€ 130.543,00	15136	€ 156.652	18126	€ 187.640	-19
lab Doppler + TSA	3982	€ 87.267,00	4778	€ 104.720	3982	€ 89.608	17
Amb. Neurologia	5999	€ 104.052,00	7199	€ 124.862	7445	€ 129.105	-3
Lab Cardiologia	2614	€ 66.914,00	3137	€ 80.297	3478	€ 76.412	-10
Ecografia	1095	€ 50.645,00	1314	€ 60.774	1396	€ 64.132	-6
TAC	1864	€ 177.237,00	2237	€ 212.684	2451	€ 230.622	-9
RMN	4038	€ 755.133,00	4846	€ 906.160	4134	€ 769.570	15
RX	352	€ 7.342,00	422	€ 8.810	443	€ 9.277	-4
NeuroChirurgia	46	€ 855,14	55	€ 1.026	62	€ 1.141	-12
		tot	39799		42306		-6

Nel caso esposto sopra rispetto all'anno 2011 si è proceduto facendo un adattamento per l'anno 2012 poiché i dati reali sono 10/12.

Rispetto a questi valori adattati si nota come complessivamente vi sia un decremento del 6% sul totale delle prestazioni e le uniche ad avere un incremento sono le RMN per il 15% e i Doppler e TSA per il 17%. Tali risultati sembrano suggerire ancora un sostanziale disallineamento della performance complessiva dell'ente da quelle specificamente raggiunte dai singoli reparti e segnalano l'esigenza di calibrare adeguatamente il sistema di valutazione in modo da consentire alla direzione generale di valutare il grado di effettiva partecipazione di ogni singola area funzionale al raggiungimento del risultato di sinergia.

Ciò è motivabile in prima istanza in ragione dell'estremo valore "funzionalistico" degli obiettivi assegnati ad ogni singolo dirigente responsabile e dal conseguente loro scarso valore sinergico, ma anche in ragione di una non sempre piena capacità gestionale di cooperazione operativa delle dirigenze alle indicazioni strategiche della Direzione Generale a fronte di una non adeguata possibilità da parte di quest'ultima di incidere in modo rilevante nel processo di governo e valutazione proprio dell'allineamento strategico, e questo anche a causa della mancanza di un Direttore Sanitario, figura insediatasi solo nel dicembre 2012, che di certo avrebbe (e sicuramente nel 2013 porterà) a sistema ed integrazione l'azione dei singoli dirigenti medici.

Pertanto le valutazioni realizzate evidenziano diffusamente valori alti anche in assenza di una piena adesione ad obiettivi generali.

Ciò suggerisce ancora una volta che è necessario riformare nella sostanza secondo quanto sopra accennato il sistema di fissazione degli obiettivi e soprattutto il sistema di valutazione che conseguentemente dovrà trovare metriche di valutazione maggiormente coincidenti con la esigenza di differenziare e coordinare performance organizzativa e performance individuale.

Il valore dell'impegno della Direzione Generale nella direzione della convergenza verso risultati di maggiore efficacia si rileva dall'andamento delle seguenti indicazioni:

Introiti per Ricoveri

	Importi
Gennaio	€ 771.973,92
Febbraio	€ 737.078,00
Marzo	€ 756.977,84
Aprile	€ 731.946,16
Maggio	€ 769.234,24
Giugno	€ 729.602,88
Luglio	€ 772.054,16
Agosto	€ 776.804,08
Settembre	€ 742.534,40
Ottobre	€ 754.500,00
Novembre	€ 723.764,56
Dicembre	€ 772.200,16
TOTALE	€ 9.038.670,40

Prestazioni Ambulatoriali Esterne

Mese	Ticket	Fatturato	Rimborso Regione
Gennaio	€ 21.671,32	€ 151.535,22	€ 129.863,90
Febbraio	€ 23.292,07	€ 139.973,70	€ 116.681,63
Marzo	€ 26.938,94	€ 172.054,96	€ 145.116,02
Aprile	€ 22.402,87	€ 142.377,22	€ 119.974,35
Maggio	€ 25.549,58	€ 163.221,83	€ 137.672,25
Giugno	€ 23.169,19	€ 159.812,80	€ 136.643,61
Luglio	€ 22.730,40	€ 144.971,90	€ 122.241,50
Agosto	€ 15.058,50	€ 92.281,23	€ 77.222,73
Settembre	€ 21.204,45	€ 148.514,86	€ 127.310,41
Ottobre	€ 26.772,08	€ 175.225,88	€ 148.453,80
Novembre	€ 23.324,49	€ 142.328,08	€ 119.411,93
Dicembre	€ 17.778,01	€ 120.386,26	€ 102.608,25
TOTALE	€ 269.891,90	€ 1.752.683,94	€ 1.483.200,38

Dispensazione Interferone

Gennaio	€ 307.342,21
Febbraio	€ 215.129,00
Marzo	€ 163.848,52
Aprile	€ 211.084,61
Maggio	€ 221.818,46
Giugno	€ 180.319,44
Luglio	€ 193.696,11
Agosto	€ 178.813,69
Settembre	€ 213.622,08
Ottobre	€ 195.798,16
Novembre	€ 156.265,05
Dicembre	€ 180.617,73
TOTALE	€ 2.418.355,06

Mobilità

	Az. USL 1 (Ag)	Az. USL 2 (Cl)	Az. USL 3 (Cl)	Az. USL 4 (En)	Az. USL 5 (Me)	Az. USL 6 (Pa)	Az. USL 7 (Ra)	Az. USL 8 (Sr)	Az. USL 9 (Tp)	Mob. Extra regionale	Mob. Stranieri	
Attività di ricovero ordinario												
Numero ricoveri	4	8	52	1	151	11	18	14	8	23	0	290
Giornate degenza	273	552	3411	24	8007	904	1310	1107	525	1488	0	17601
Valore Compl.	145748	269189	1333178	6284	2862075	388268	482164	499266	304817	508507	0	6799696
Attività di medicina generale												
Attività ambulatoriale												
Num. Prestazioni	184	79	761	198	27297	137	46	153	25	501	4	29385
Numero ricette	93	62	556	107	14145	80	40	79	13	310	3	15488
Valore lordo	10573	3973	45852	12519	1203108	4220	3653	7364	684	22234	637	1314817
Valore netto	9819	3355	38957	10139	1016947	3417	3525	6848	684	18735	457	1112882
Ticket	755	618	6896	2380	186161	902	128	517	0	3499	180	201935

VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ

L'ambito assegnato all'OIV per la valutazione della performance organizzativa così come disegnato dal DLgs 150 del 2009 riguarda un complesso di elementi che dalle preventive linee strategiche adottate segue attraverso il rispetto di un vincolo di coerenza strategica nella direzione dell'attività operativamente posta in essere dai singoli dirigenti e dipendenti. Preso atto della relazione sulla gestione 2012 e delle risultanze del controllo di gestione e considerando quanto già precedentemente esposto, si riportano di seguito le valutazioni dell'esercizio 2012 in ragione delle singole aree.

AREE DEGENZE

Degenza A:

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità identificabili nell'incremento dei giorni di degenza media 2012 che rispetto al 2011 passano da 80 gg. a 106 gg., per un totale complessivo di 23066 giornate di degenza del 2011 contro le 23472 nel 2012. Tale indicatore, in sede di valutazione di prima istanza è stato considerato significativo di un peggioramento di efficienza gestionale imputabile alle singole Degenze. A tale considerazione, sempre in sede di valutazione di prima istanza, si è aggiunta quella relativa all'abbattimento delle richieste per prestazioni interne che, nel caso della Degenza A, ha fatto riscontrare un incremento delle richieste per esami radiologici pari al 14%. La risultante di questi due fattori ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 95/100. I dati e gli elementi di misurazione sono stati estrapolati in maniera asettica ed oggettiva dal sistema di rilevazione del Controllo di Gestione, dai sistemi informativi interni e dalla relazione del Responsabile di Degenza, dalla relazione del responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e dalla relazione del responsabile della Direzione di Presidio.

In sede di revisione della valutazione, a seguito di confronto avvenuto con il responsabile delle Degenze A, si è avuto modo di verificare che le giornate medie di degenza sono direttamente riferibili alla tipologia di ricovero e che sulla individuazione della casistica ricoverabile non interviene direttamente il responsabile di Reparto bensì una Commissione che valuta la congruità o meno del ricovero: pertanto, non potendo essere attribuita una responsabilità diretta al singolo dirigente medico, la valutazione di tale obiettivo andrebbe stralciata dalla complessiva performance del Reparto. Per quanto attiene invece l'abbattimento delle voci di costo, non tutte quelle valutate possono essere oggetto di un'attenta disamina da parte del medico: di fatti, molte di queste, a tra queste rientrano sicuramente gli esami radiologici, quelli laboratoristici, oltre che la spesa per alcuni farmaci, sono riferibili a particolari patologie o eventi di salute che possono presentarsi casualmente e che necessitano di essere trattati in maniera opportuna, garantendo sempre una immediata risposta ed il massimo livello di qualità assistenziale.

In relazione a quanto detto e agli ulteriori dati acquisiti dall'OIV in sede di revisione, si può attribuire alla Degenza A il punteggio massimo di 100/100.

Degenza B:

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità identificabili nell'incremento dei giorni di degenza media 2012 che rispetto al 2011 passano da 80 gg. a 106 gg., per un totale complessivo di 23.066 giornate di degenza del 2011 contro le 23.472 nel 2012. Tale indicatore, in sede di prima valutazione è stato considerato significativo in relazione ad un peggioramento di efficienza gestionale imputabile alle

singole Degenze. A tale considerazione, sempre in sede di prima valutazione, si è aggiunta quella relativa all'abbattimento delle richieste per prestazioni interne che, nel caso della Degenza B, ha fatto riscontrare un incremento delle richieste per esami laboratoristici pari al 37%, oltre che un incremento dei costi per materiale sanitario, rifiuti speciali e nutrizione rispettivamente del 34%, 24%, e 16%. La risultante di questi fattori ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 93/100. I dati e gli elementi di misurazione sono stati estrapolati in maniera asettica ed oggettiva dal sistema informativo e di Controllo di Gestione, e sono stati altresì desunti dalla relazione del Responsabile di Degenza B, dalla relazione del responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e dalla relazione del responsabile della Direzione di Presidio.

In sede di revisione della valutazione, a seguito di confronto avvenuto con il responsabile delle Degenza B, si è avuto modo di verificare che le giornate medie di degenza sono direttamente riferibili alla tipologia di ricovero e che sulla individuazione della casistica ricoverabile non interviene direttamente il responsabile di Reparto bensì una Commissione che valuta la congruità o meno del ricovero: pertanto, non potendo essere attribuita una responsabilità diretta al singolo dirigente medico, la valutazione di tale obiettivo andrebbe stralciata dalla complessiva performance del Reparto. Per quanto attiene invece l'abbattimento delle voci di costo, non tutte quelle valutate possono essere oggetto di un'attenta disamina da parte del medico: di fatti, molte di queste, e tra queste rientrano sicuramente gli esami radiologici, quelli laboratoristici, oltre che la spesa per alcuni farmaci, nutrizione e rifiuti speciali sono riferibili a particolari patologie o eventi di salute che possono presentarsi occasionalmente e che necessitano di essere trattati in maniera opportuna, garantendo sempre una immediata risposta ed il massimo livello di qualità assistenziale.

In relazione a ciò, e in funzione degli ulteriori dati acquisiti dall'OIV in sede di revisione, si è verificato per la degenza B il raggiungimento del punteggio massimo di 100/100.

Degenza C:

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità identificabili nell'incremento dei giorni di degenza media 2012 che rispetto al 2011 passano da 80 gg. a 106 gg., per un totale complessivo di 23066 giornate di degenza del 2011 contro le 23472 nel 2012. Tale indicatore, in sede di valutazione di prima istanza è stato considerato significativo di un peggioramento di efficienza gestionale imputabile alle singole Degenze. La risultante di questo fattore ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 97/100. I dati e gli elementi di misurazione sono stati estrapolati in maniera asettica ed oggettiva dal sistema informativo e di Controllo di Gestione, e sono stati altresì desunti dalla relazione del Responsabile di Degenza C, dalla relazione del responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e dalla relazione del responsabile della Direzione di Presidio.

In sede di revisione della valutazione, attraverso il confronto con il responsabile delle Degenza C, si è avuto modo di verificare che le giornate medie di degenza sono direttamente riferibili alla tipologia di ricovero e che sulla individuazione della casistica ricoverabile non interviene direttamente il responsabile di Reparto bensì una Commissione che valuta la congruità o meno del ricovero: pertanto, non potendo essere attribuita una responsabilità diretta al singolo dirigente medico, la valutazione di tale obiettivo andrebbe stralciata dalla complessiva performance del Reparto.

In relazione a quanto detto e agli ulteriori dati acquisiti dall'OIV in sede di revisione, si può attribuire alla Degenza C il punteggio massimo di 100/100.

Degenza D:

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità identificabili nell'incremento dei giorni di degenza media 2012 che rispetto al 2011 passano da 80 gg. a 106 gg., per un totale complessivo di

23066 giornate di degenza del 2011 contro le 23472 nel 2012. Tale indicatore, in sede di valutazione di prima istanza è stato considerato significativo di un peggioramento di efficienza gestionale imputabile alle singole Degenze. A tale considerazione, sempre in sede di valutazione di prima istanza, si è aggiunta quella relativa all'abbattimento delle richieste per prestazioni interne che, nel caso della Degenza D, ha fatto riscontrare un incremento delle richieste per esami laboratoristici pari al 4% ed un incremento degli esami radiologici pari al 51 % , oltre che un incremento dei costi per materiale sanitario pari al 13%. La risultante di questi fattori ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 94/100. I dati e gli elementi di misurazione sono stati estrapolati in maniera asettica ed oggettiva dal sistema informativo e di Controllo di Gestione, e sono stati altresì desunti dalla relazione del Responsabile di Degenza D, dalla relazione del responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e dalla relazione del responsabile della Direzione di Presidio.

In sede di revisione della valutazione, avvenuta con il responsabile delle Degenze D, si è avuto modo di verificare che le giornate medie di degenza sono direttamente riferibili alla tipologia di ricovero e che sulla individuazione della casistica ricoverabile non interviene direttamente il responsabile di Reparto bensì una Commissione che valuta la congruità o meno del ricovero: pertanto, non potendo essere attribuita una responsabilità diretta al singolo dirigente medico, la valutazione di tale obiettivo andrebbe stralciata dalla complessiva performance del Reparto. Per quanto attiene invece l'abbattimento delle voci di costo, non tutte quelle valutate possono essere oggetto di un'attenta disamina da parte del medico: di fatti, molte di queste, a tra queste rientrano sicuramente gli esami radiologici, quelli laboratoristici, oltre che la spesa per materiale sanitario sono riferibili a particolari patologie o eventi di salute che possono presentarsi occasionalmente e che necessitano di essere trattati in maniera opportuna, garantendo sempre una immediata risposta ed il massimo livello di qualità assistenziale.

In relazione a quanto detto e agli ulteriori dati acquisiti dall' OIV in sede di revisione, si può attribuire alla Degenza D il punteggio massimo di 100/100.

AREA DIREZIONE DI PRESIDIO:

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità identificabili nell'incremento dei giorni di degenza media 2012 che rispetto al 2011 passano da 80 gg. a 106 gg., per un totale complessivo di 23066 giornate di degenza del 2011 contro le 23472 nel 2012. Tale indicatore, in sede di prima valutazione è stato considerato significativo del mancato raggiungimento dell'obiettivo, identificabile nell'abbattimento delle liste d'attesa, da parte della Direzione di Presidio. La risultante di questi fattori ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 97/100. I dati e gli elementi di misurazione sono stati estrapolati in maniera asettica ed oggettiva dal sistema informatico del Controllo di Gestione, dai sistemi informativi interni oltre che desunti dalla relazione del Responsabile di Degenza, dalla relazione del responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e dalla relazione del responsabile della Direzione di Presidio.

In sede di revisione della valutazione, a seguito di confronto con il responsabile della Direzione di Presidio, si è avuto modo di verificare che le giornate medie di degenza sono direttamente riferibili alla tipologia di ricovero e che sulla individuazione della casistica ricoverabile interviene direttamente una apposita Commissione che valuta la congruità o meno del ricovero.

Per le superiori motivazioni, gli ulteriori dati acquisiti dall' OIV in sede di contraddittorio, hanno consentito di attribuire alla Direzione di Presidio il punteggio massimo di 100/100.

AREA RADIOLOGIA

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità individuabili nel mancato ampliamento delle prestazioni radiologiche. Tale indicatore, in sede di valutazione di prima istanza è stato considerato significativo del mancato raggiungimento dell'obiettivo. La risultante di questo fattore ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 90/100. I dati e gli elementi oggettivi di misurazione sono stati estrapolati in maniera asettica dal sistema informativo del Controllo di Gestione, e sono stati desunti dalle relazioni del Responsabile della Radiologia e dalla relazione del responsabile Area Qualità e Rischio Clinico .

In sede di revisione della valutazione, a seguito di confronto con il Responsabile della Radiologia, e sulla base di una relazione prodotta dal suddetto Responsabile con la quale si attestava un effettivo incremento delle prestazioni sia sul versante qualitativo che quantitativo (in ragione di circa 150 esami su 9.000 prestazioni rese pari ad un incremento effettivo dello 0,16%) si è preso atto, in relazione agli obiettivi assegnati, del raggiungimento del punteggio massimo di 100/100.

AREA LABORATORIO DI ANALISI:

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità individuabili nel mancato ampliamento delle prestazioni laboratoristiche e per la programmazione e realizzazione di attività di formazione. Tali indicatori, in sede di prima valutazione, sono stati considerati significativi del mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati. In effetti ad inizio 2012, avendo registrato con i dati e gli elementi di misurazione estrapolati in maniera asettica ed oggettiva dal sistema informativo del Controllo di Gestione, un decremento dell'attività legato alla riduzione delle prestazioni per interni, conseguente ad una più attenta pianificazione di tale attività da parte dei responsabili di Reparto, si era inteso assegnare questo obiettivo al Laboratorio al fine di ampliare, con ulteriori e diverse attività, le possibilità analitiche della stessa Area. Durante la fase di revisione non sono emersi elementi tali da lasciar rilevare che ci sia stata una indicazione precisa in questo senso da parte della dirigenza del laboratorio per il raggiungimento dell'obiettivo stabilito.

La risultante di questo fattore, oltre che l'assenza di un'attività specifica di formazione, ha conseguentemente condotto all'attribuzione di un punteggio pari a 93/100.

AREA LABORATORIO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

In sede di valutazione tecnica sono stati rilevati alcuni ambiti di criticità individuabili nel mancato ampliamento delle prestazioni laboratoristiche ed una riduzione di alcune delle attività svolte dal Laboratorio. Tali indicatori, in sede di valutazione di prima istanza, sono stati considerati significativi del mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati. In effetti ad inizio 2012, avendo registrato con i dati e gli elementi di misurazione estrapolati dal sistema informatico del Controllo di Gestione e dai sistemi informativi, un decremento dell'attività legato alla riduzione delle prestazioni per esterni, si era inteso assegnare questo obiettivo al Laboratorio al fine di ampliare, con ulteriori e diverse attività, le potenzialità del Laboratorio. Questo obiettivo, se per quanto attiene l'area neurosonologica è stato ampiamente raggiunto, registrando un incremento complessivo delle attività pari al 19% dal 2011 al 2012, per le attività riconducibili all'ambito dell'Area Neurofisiologica ha fatto registrare un decremento di efficienza pari al 17%.

Per dette ragioni anche a seguito di revisione l'Area Laboratorio Neurofisiopatologia raggiunge complessivamente un livello di performance pari al 96%, ma per quanto attiene le prestazioni, e

conseguentemente la performance del personale impegnato nell'Area Neurosonologica, la performance è da considerare pari al 100%.

Da ultimo si elencano le Aree di responsabilità che hanno conseguito una valutazione pari a 100/100 già in sede di valutazione di prima istanza in quanto hanno conseguito il raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati nel rispetto delle modalità e della tempistica previste:

- Area Qualità e Rischio Clinico
- Area Farmacia
- Area Direzione Amministrativa
- Area Riabilitativa

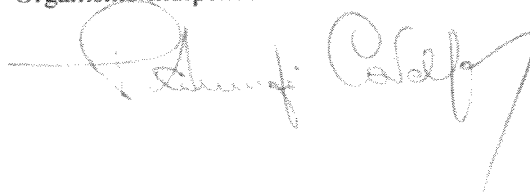
In conclusione, si ritiene necessario sottolineare che anche in presenza di valutazioni quasi tutte prossime a 100/100, il processo posto in essere ha sostenuto un passo di approssimazione successiva nella direzione della specifica separata individuazione della performance organizzativa da quella individuale, che già nella pianificazione degli obiettivi 2013 potrà trovare maggiore e più decisa compiutezza.

A tutt'oggi gli indicatori adottabili e concordati non rispondono alle esigenze di valutazione di efficacia necessarie per il controllo strategico dell'IRCSS e, ad esempio, la rilevazione della *customer satisfaction* non è ancora effettivamente entrata nella cultura aziendale tra gli strumenti di misurazione e di miglioramento di una parte del servizio complessivamente reso. La complessità e la peculiarità delle finalità dell'IRCSS impone certamente una più attenta ridefinizione degli obiettivi e del sistema di misurazione da adottare in futuro in modo da poter rispettare la specifica fisionomia e le complesse finalità dell'azienda.

Messina, 18.03.2013

Prof. PierLuigi Catalfo

Organismo Indipendente di Valutazione in forma monocratica



FARMACIA

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento liste d'attesa-Incremento attività per esterni	Si=15 No=0	15	Tempistica distribuzione farmaci – Distribuzione INTERFERONE	Sistemi informativi del Controllo di Gestione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008	Si= 2 No=0	2	Certificazione da parte di Certyquality di Milano (nota prot n° 8646/E del 12/09/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	Si=2 No=0	2	Revisione procedure aziendali secondo gli standards di JCI adottati nel Progetto "Patient Safety" e nota prot. DAOE/5/57080 del 23/12/2010; Piano qualità e rischio clinico (delibera n° 1271 del 31/12/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	Si= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Qualificazione e razionalizzazione dell'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa	Si= 10 No=0	10	Consumo Farmaci 2012 rispetto al 2011. Degenza A -6% - Degenza B - 28 - Degenza C -4% - Degenza D -19%	Relazione del Responsabile Farmacia
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
aumento livello qualitativo informazione e documentazione uso e caratteristiche farmaci	Si= 5 No=0	5	Informazione e Documentazione sull'uso e caratteristiche dei farmaci	Relazione del Responsabile Farmacia
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
definizione procedure operative di vigilanza e controllo	Si= 5 No=0	5	Ispezione ordinaria e aggiornamento delle procedure operative	Relazione del Responsabile Farmacia
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Dispensazione primo ciclo terapia alla dimissione del paziente	Si=4 No=0	4	La registrazione della dispensazione del primo ciclo terapia alla dimissione del paziente è avvenuta e si rileva su moduli cartacei	Relazione del Responsabile Farmacia
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attivazione di sistemi di qualità e customer satisfaction	Si= 20 No=0	20	Mancato inserimento nella Carta dei Servizi e mancata compilazione delle schede di valutazione della customer satisfaction	Relazione del Responsabile Farmacia

FARMACIA

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Realizzazione e revisione dei piani di lavoro (cadenza mensile) ; Monitoraggio delle presenze (cadenza mensile)	Si =10 No=0	10	Monitoraggio attività del personale, riorganizzazione della dispensazione del materiale di farmacia ai reparti	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro (Formazione ed informazione generale)	Si= 1 No=0	1	Partecipazione ad attività di formazione	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro (Formazione ed informazione specifica)	Si= 1 No=0	1	Procedura per la gestione degli infortuni biologici	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Rispetto tempistica e modalità trasmissione flussi	Si= 6 No=0	6	trasmissione dei flussi relativi alla farmacia	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si = 2 No=0	2	Partecipazione/ organizzazione corsi ECM	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività ricerca : Indice I.F.	Si= 10 No=0	10	Lavori pubblicati nel 2012 e lavori sottmessi nel 2012	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività ricerca : Protocolli esitati su Protocolli approvati	Si= 5 No=0	5	Progetto di Farmovigilanza	Relazione del Responsabile Farmacia

TOTALE
100

Spes

NEURORIABILITAZIONE

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Incremento attività e riduzione dei tempi di attesa	Si=40 No=0	40	Indicatori	Relazione del Responsabile Area Neuroriabilitazione e Qualità
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Sperimentazioni organizzative e tecnologie innovative	Si= 5 No=0	5	Utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	Relazione Responsabile Area Neuroriabilitativa
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Indicatori di rischio clinico nella media nazionale	Si= 8 No=0	8	Applicazione procedure ISO 9001:2008 e applicazione procedure JCI	Relazione del Responsabile Area Neuroriabilitativa
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	Si= 4 No=0	4	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 2 No=0	2	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
customer satisfaction	Si=5 No=0	5	Compilazione delle schede (Piano Qualità e Rischio Clinico 2013)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Piano annuale aziendale Qualità e Rischio clinico	Si=1 No=0	1	Adozione Piano	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Organizzazione del lavoro	Si=18 No=0	18	Revisione piani di lavoro – Monitoraggio presenze – Adempimenti materia sicurezza	Relazione del Responsabile Area Neuroriabilitativa
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa	Si = 2 No=0	2	attività di formazione	FONTE INFORMATIVA
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività di ricerca	Si = 15 No=0	15	indice di I.F.	FONTE INFORMATIVA

TOTALE
100



QUALITA' RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Rispetto protocollo accettazione / dimissione	Rispetto protocollo = 10 Non rispetto protocollo = 0	10	Revisione e Verifica della procedura PG09,08 "Accettazione e dimissione ricoverati" - Stesura nuovo "Regolamento e ricoveri" con delibera n° 325 del 12/08/2011	Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008	Si= 18 No=0	18	Certificazione da parte di <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	Si= 17 No=0	17	Revisione procedure aziendali secondo gli standard di JCI adottati nel Progetto "Patient Safety" e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	Si= 5 No=0	5	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Linee guida presa in carico del paziente	Si= 5 No=0	5	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 5 No=0	5	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction)	Si= 5 No=0	5	Compilazione delle schede nell'ambulatorio di sclerosi multipla (Piano Qualità e Rischio Clinico 2013) - delibera n° 1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Piano annuale aziendale qualità e rischio clinico	Si= 5 No=0	5	Delibera n° 1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro Formazione ed informazione generale)	Si= 1 No=0	1	Lettera prot n° 6780/ del 4/07/2012 - Obiettivo inserito nell'attività 2.06 del PQR 2013	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro Formazione ed informazione specifica)	Si= 1 No=0	1	Lettera prot n° 6780/ del 4/07/2012 - Obiettivo inserito nell'attività 2.06 del PQR 2013 - Partecipazione all'evento formativo riguardante gli standards FMS di JCI	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA

Barabano S. M.

QUALITA' RISCHIO CLINICO

Diagnosi organizzativa e gestionale	Si= 6	No=0	6	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio		PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE
Informatizzazione delle procedure (cartelle cliniche)	Si= 5	No=0	5	Informatizzazione procedure sistema ISO 9001:2008
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio		PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si = 2	No=0	2	Partecipazione come relatore ad eventi ECM e come docente presso l'Università degli Studi di Messina
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio		PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Attività ricerca : indice I.F.	Si= 10	No=0	10	Raccolta dati clinici e pubblicazione su riviste di I.F.
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio		PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Attività ricerca : Protocolli esitati su Protocolli approvati	Si= 5	No=0	5	Co-investigatror Studio Golden

TOTALE
100

Carapachino Sifles

LAB. ANALISI

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Incremento attività e riduzione dei tempi di attesa	Si= 49 No=0	44	Perde i 5 punti per il mancato ampliamento delle prestazioni	Relazione Responsabile
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SQG ISO 9001:2008	Si= 4 No=0	4	Certificazione da parte di Certiquality di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	Si= 4 No=0	4	Revisione procedure aziendali secondo gli standard di JCI adottati nel Progetto "Patient Safety" e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	Si= 5 No=0	5	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 4 No=0	4	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Customer satisfaction	Si=6 No=0	6	Compilazione delle schede (Piano Qualità e Rischio Clinico 2013) – delibera n° 1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Locali ambulatorio e laboratorio	Si=2 No=0	2	adeguata tenuta locali/materiale sanitario	Relazione Responsabile laboratorio analisi
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Organizzazione del lavoro	Si=9 No=0	9	Revisione piani di lavoro – Monitoraggio presenze – sicurezza	Relazione Responsabile laboratorio analisi
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività di formazione	Si=2 No=0			
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività di ricerca	Si= 15 No=0	15	Indice di I.F. - protocolli esitati su protocolli approvati	Relazione Responsabile laboratorio analisi

TOTALE

Pagina 93

RADIOLOGIA

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Incremento attività e riduzione dei tempi di attesa	Si=45 No=0	45	Incremento attività – Abbattimento liste di attesa e tempi di refertazione – tempistica SDO- Corretta compilazione SDO	*Relazione del Responsabile Radiologia e Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Sperimentazioni organizzative e tecnologie innovative	Si= 4 No=0	4	Utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	Relazione Responsabile Radiologia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Indicatori di rischio clinico nella media nazionale	Si= 8 No=0	8	Applicazione procedure ISO 9001:2008 e applicazione procedure JCI	Relazione Responsabile Radiologia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	Si= 5 No=0	5	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 4 No=0	4	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction) – Miglioramento medio delle scale di soddisfazione del paziente – Soddisfazione dell'utenza	Si=6 No=0	6	Compilazione delle schede (Piano Qualità e Rischio Clinico 2013) – delibera n° 1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Locali ambulatori e laboratori	Si=2 No=0	2		
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Organizzazione del lavoro	Si=9 No=0	9	Revisione piani di lavoro – Monitoraggio presenze – Adempimenti materia sicurezza	Relazione Responsabile Radiologia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si = 2 No=0	2	attività di formazione	Relazione Responsabile Radiologia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività di ricerca	Si = 15 No=0	15	indice di I.F. - protocolli esitati su protocolli approvati	Relazione Responsabile Radiologia



LABORATORIO

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Incremento attività e riduzione dei tempi di attesa	Si= 45 No=0	41	Perde 15 punti per il mancato ampliamento delle prestazioni	Relazione del Responsabile Qualità
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008	Si= 4 No=0	4	Certificazione da parte di <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	Si= 4 No=0	4	Revisione procedure aziendali secondo gli standard di JC adottati nel Progetto "Patient Safety" e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostiche/terapeutiche	Si= 5 No=0	5	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 5 No=0	5	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
customer satisfaction	Si=7 No=0	7	Compilazione delle schede nell'ambulatorio	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Locali ambulatorio e laboratorio	Si=2 No=0	2	adeguata tenuta locali/materiale sanitario	Relazione Responsabile laboratorio
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Organizzazione del lavoro	Si=11 No=0	11	Revisione piani di lavoro - Monitoraggio presenze - Adempimenti materia sicurezza	Relazione Responsabile laboratorio
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
oncorso in attività formativa	Si= 2 No=0	2	attività di formazione	Relazione Responsabile laboratorio
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
attività di ricerca	Si= 15 No=0	15	indice di I.F. - protocolli esitati su protocolli approvati	Relazione Responsabile laboratorio

TOTALE
 96
 

AMBULATORIO

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Incremento attività e riduzione dei tempi di attesa	Si= 40 No=0	40	Incremento attività – Abbattimento liste di attesa e tempi di referatazione – tempistica SDO- Corretta compilazione SDO	Relazione del Responsabile Area Ambulatorio e Qualità
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SQG ISO 9001:2008	Si= 4 No=0	4	Certificazione da parte di <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	Si= 4 No=0	4	Revisione procedure aziendali secondo gli standard di JCI adottati nel Progetto "Patient Safety" e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010 – Piano qualità e rischio clinico (delibera n° 1271 del 31/12/2012 – Procedure visionabili sul sito intranet e sul sito web aziendale.	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura revisione, attuazione	Si= 5 No=0	5	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 5 No=0	5	Revisione della procedura PG 05.01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction) – Soddisfazione dell'utenza – Indice di attrattività – Indice di fidelizzazione del paziente	Si=11 No=0	11	Compilazione delle schede nell'ambulatorio (Piano Qualità e Rischio Clinico 2013) – delibera n° 1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Locali ambulatorio e laboratorio	Si=2 No=0	2	adeguata tenuta locali/materiale sanitario	Relazione Responsabile Area Ambulatoriale
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Organizzazione del lavoro	Si=12 No=0	12	Revisione piani di lavoro – Monitoraggio presenze – sicurezza	Relazione Responsabile
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa	Si= 2 No=0	2	attività di formazione	Relazione Responsabile
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività di ricerca	Si= 15 No=0	15	indice di I.F. - protocolli	Relazione Responsabile

TOTALE
100

Schmuck
Pagina 1

DIREZIONE PRESIDIO

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento liste d'attesa	Gg. degenza 2012 < Gg. degenza 2011 = 3 Gg. degenza 2012 > Gg. degenza 2011 = 0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento tempi di refertazione	Si = 3 No=0	3	Mancato abbattimento delle liste d'attesa	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Rispetto protocollo accettazione / dimissione	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Rispetto protocollo = 5 Non rispetto protocollo = 0	5	MISURAZIONE Revisione e Verifica della procedura PG 09,08 "Accettazione e dimissione ricoveri" - Stesura nuovo "Regolamento e ricoveri" con delibera n° 325 del 12/08/2011	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Rispetto tempistica SDO; Correttezza compilazione SDO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si=10 No=0	10	MISURAZIONE Controllo campionario effettuato dal Responsabile dell' Area Qualità e Rischio clinico	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Definizione di modelli gestionali ed utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si= 10 No=0	10	MISURAZIONE Partecipazione progetto regionale "Patient Safety", avvio nuove tecnologie (es. Lokomat, ecc.), sperimentazione presidi innovativi, riunioni per introduzione di nuovi modelli organizzativi.	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabile Area Medica di Presidio
Indice occupazionale posti letto	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Indice 0-89% = 0 Indice 90-94%= 3 Indice 95-100% = 15	15	MISURAZIONE Anno 2011: indice 98,2 % indice 100%	FONTE INFORMATIVA Sistema Informativo Controllo di Gestione
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si= 3 No=0	3	MISURAZIONE Audit di rinnovo triennale (25-26/06/2012) dell' Ente di Certificazione Certiquality di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si= 3 No=0	3	MISURAZIONE Progetto "patient Safety" (nota prot. n°8646/E del 12/09/2012) e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostiche/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si= 5 No=0	5	MISURAZIONE Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
Indice di Inappropriatezza (<10%)	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Indice < 10% = 4 Indice > 10% = 0	4	MISURAZIONE (Vedi tabella in basso)	FONTE INFORMATIVA Sistema Informativo Controllo di Gestione
Disposizioni regionali 10 pazienti intensivi	Indice di inappropriatezza (<10%) 9-11 pazienti	15	Ricoveri IRCCS 11 Pazienti intensivi	% inappropriatezza 10

DIREZIONE PRESIDIO

20 pazienti SUAP 34 pazienti GCA	18-22 pazienti 31-37 pazienti	15 pazienti SUAP 38 pazienti GCA	-25 12
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Lines guida presa in carico del paziente	Si= 5 No=0	5	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Realizzazione e revisione dei Piani di Lavoro (cadenza mensile)	Si= 5 No=0	5	Relazione del Responsabile Area di Presidio e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Monitoraggio delle presenze	Si= 5 No=0	5	Relazione del Responsabile Area di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro Formazione ed informazione generale e specifiche)	Si= 2 No=0	2	Relazione del Responsabile Area di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Informatizzazione delle procedure (cartella clinica)	Si= 5 No=0	5	Relazione del Responsabile Area Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa (tutoraggio, affiancamento, formazione)	Si= 2 No=0	2	Relazione del Responsabile Area Direzione di Presidio e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
attività di ricerca: Indice di I.F.	Si = 10 No=0	10	Relazioni del Responsabile Area Direzione di Presidio, del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	FONTE INFORMATIVA
attività di ricerca: Protocolli esitati su Protocolli approvati	Si = 5 No=0	5	Relazione del Responsabile Area Direzione di Presidio

TOTALE
100



DEGENZA A

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento liste d'attesa	Gg. degenza 2012 < Gg. degenza 2011 = 3 Gg. degenza 2012 > Gg. degenza 2011 = 0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento tempi di refertazione	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si=3 No=0	3	MISURAZIONE Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Obiettivo	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Rispetto tempistica SDO; Correttezza compilazione SDO	Si=8 No=0	8	Controllo campionario effettuato dal Responsabile dell' Area Qualità e Rischio clinico	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
Obiettivo	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Rispetto protocollo accettazione / dimissione	Rispetto protocollo = 3 Non rispetto protocollo = 0	3	MISURAZIONE Revisione e Verifica della procedura PG 09,08 "Accettazione e dimissione ricoveri"; Stesura nuovo "Regolamento e ricoveri" con delibera n° 325 del 12/08/2011	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Obiettivo	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Coordinamento assistenza riabilitativa e logopedica	Si=3 No=0	3	MISURAZIONE Protocollo di gestione attività riabilitativa	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area di Neuroriabilitazione
Obiettivo	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Ottimizzazione costi (farmaci, materiale sanitario, nutrizione, rifiuti speciali)	Consumo 2012 (tutti centri di costo) ≤ Consumo 2011 . 4 Consumo 2012 (tre centri di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 3 Consumo 2012 (due centri di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 2 Consumo 2012 (un centro di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 1 Consumo 2012 > Consumo 2011 = 0	4	MISURAZIONE Farmaci : -6% Materiale sanitario: +20% Nutrizione:-29% Rifiuti Speciali : -89	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Obiettivo	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento richieste esami radiologici, laboratoristici e consulenze	Num. richieste 2012 (tutti i centri di costo) = - 20% Num. richieste 2011 = 4 Num. richieste 2012 (due centri di costo su tre) = -20% Num. richieste 2011 = 2 Num. richieste 2012 (un centro di costo su tre) = -20% Num. richieste 2011 = 1 Num. richieste 2012 = -20% Num. Richieste 2011= 0	4	MISURAZIONE Esami Laboratoristici : -23% Esami Radiologici: +14% Consulenza:-62%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Obiettivo	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Definizione di modelli gestionali ed utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	Si= 3 No=0	3	MISURAZIONE Partecipazione progetto regionale "Patient Safety", avvio nuove tecnologie (es. Lokomat, ecc.), sperimentazione presidi innovativi , riunioni per introduzione di nuovi modelli organizzativi.	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabili UU.OO. Di Degenza e Responsabile Area Medica di Presidio

DEGENZA A

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Indice occupazionale posti letto	Indice 0-89% = 0 Indice 90-94%= 3 Indice 95-100% = 15	15	Anno 2011: indice 98,2 % anno 2012: indice 100%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
1a4a				
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008	SI= 2 No=0	2	Audit di rinnovo triennale (25-26/06/2012) dell' Ente di Certificazione <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
1a4b				
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	SI= 2 No=0	2	Progetto "patient Safety" (nota prot. n°8646/E del 12/09/2012) e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
1a5				
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	SI= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Indice di inappropriata (<10%)	Indice < 10% = 2 Indice > 10% = 0	2	(Vedi tabella in basso)	Sistema informativo Controllo di Gestione
1a9a				
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
inee guida presa in carico del paziente	SI= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
1a9a				
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Qualificazione e razionalizzazione dell'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa	SI= 3 No=0	3	Consumo Farmaci 2012 rispetto al 2011 Degenza A 6% Degenza B -28% Degenza C -4% Degenza D -19%	Relazione del Responsabile Farmacia
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Dispensazione primo ciclo terapia alla dimissione del paziente	SI= 3 No=0	3	La registrazione della dispensazione del primo ciclo terapia alla dimissione del paziente è avvenuta e si rileva su moduli cartacei	Relazione del Responsabile Farmacia
OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA

DEGENZA A

Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 2	No=0	2	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction); Miglioramento medio scala di soddisfazione del paziente ; Soddisfazione dell'utenza	Si= 6	No=0	6	Giudizio sulla qualità del servizio e accoglienza ; Giudizio sul personale medico; Giudizio sul personale infermieristico; Giudizio sull'ambiente e l'organizzazione ; Soddisfazione aspettative	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Piano annuale aziendale qualità e rischio clinico	Si= 1	No=0	1	Delibera n°1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Adeguata tenuta dei locali e adeguata tenuta del materiale sanitario (ordine e pulizia)	Si= 2	No=0	2	Mancanza di verbali della Direzione di Presidio che affermino l'inadeguata tenuta dei locali e del materiale sanitario	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Organizzazione del lavoro	Si= 8	No=0	8	Documentazione allegata dettagliata su modalità di raggiungimento degli obiettivi fornita dal Responsabile Direzione di Presidio	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del responsabile Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Informatizzazione delle procedure (cartella clinica)	Si= 2	No=0	2	Partecipazione ad incontri per l'attivazione della nuova piattaforma informatica.Mancata informatizzazione della cartella clinica	Relazione dei Responsabili Area Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si= 2	No=0	2	Partecipazione a corsi ECM e attività di tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia e Logopedia	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Attività di ricerca	Si= 15	No=0	15	Raccolta dati sui pazienti e pubblicazione di questi su riviste con I.F.; Partecipazione allo "studio Golden"	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza

TOTALE

100

DEGENZA C

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento liste d'attesa	Gg. degenza 2012 < Gg. degenza 2011 = 3 Gg. degenza 2012 > Gg. degenza 2011 = 0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento tempi di refertazione	SI=3 No=0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Rispetto tempistica SDO; Correttezza compilazione SDO	SI=8 No=0	8	Controllo campionario effettuato dal Responsabile dell'Area Qualità e Rischio clinico	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
Rispetto protocollo accettazione / dimissione	Rispetto protocollo = 3 Non rispetto protocollo = 0	3	Revisione e Verifica della procedura PG 09,08 "Accettazione e dimissione ricoveri"; Stesura nuovo "Regolamento e ricoveri" con delibera n° 325 del 12/08/2011	Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Coordinamento assistenza riabilitativa e logopedica	SI=3 No=0	3	Protocollo di gestione attività riabilitativa	Relazione del Responsabile Area di Neuroriabilitazione
Ottimizzazione costi (farmaci, materiale sanitario, nutrizione, rifiuti speciali)	Consumo 2012 (tutti centri di costo) ≤ Consumo 2011 = 4 Consumo 2012 (tre centri di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 3 Consumo 2012 (due centri di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 2 Consumo 2012 (un centro di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 1 Consumo 2012 > Consumo 2011 = 0	4	Farmaci: -4% Materiale sanitario: -2% Nutrizione: -28% Rifiuti Speciali: -45%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento richieste esami radiologici, laboratoristici e consulenze	Num. richieste 2012 (tutti i centri di costo) = -20% Num. richieste 2011 = 4 Num. richieste 2012 (due centri di costo su tre) = -20% Num. richieste 2011 = 2 Num. richieste 2012 (un centro di costo su tre) = -20% Num. richieste 2011 = 1 Num. richieste 2012 = -20% Num. Richieste 2011 = 0	4	Esami Laboratoristici: -14% Esami Radiologici: -63% Consulenza: -39%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA

DEGENZA B

OBBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento liste d'attesa	Gg. degenza 2012 < Gg. degenza 2011 = 3 Gg. degenza 2012 > Gg. degenza 2011 = 0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento tempi di refertazione	SI=3 No=0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Respetto tempistica SDO; Correttezza compilazione SDO	SI=8 No=0	8	Controllo campionario effettuato dal Responsabile dell' Area Qualità e Rischio clinico	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
Respetto protocollo accettazione / dimissione	Respetto protocollo = 3 Non rispetto protocollo = 0	3	Revisione e Verifica della procedura PG 09,08 "Accettazione e dimissione ricoveri" ; Stesura nuovo "Regolamento e ricoveri" con delibera n° 325 del 12/08/2011	Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Coordinamento assistenza riabilitativa e logopedica	SI=3 No=0	3	Protocollo di gestione attività riabilitativa	Relazione del Responsabile Area di Neuroriabilitazione
OTTIMIZZAZIONE costi (farmaci, materiale sanitario, nutrizione, rifiuti speciali)	Consumo 2012 (tutti centri di costo) < Consumo 2011 = 4 Consumo 2012 (tre centri di costo su quattro) < Consumo 2011 = 3 Consumo 2012 (due centri di costo su quattro) < Consumo 2011 = 2 Consumo 2012 (un centro di costo su quattro) < Consumo 2011 = 1 Consumo 2012 > Consumo 2011 = 0	4	Farmaci : -28% Materiale sanitario: +34% Nutrizione: +16% Rifiuti Speciali : +24%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento richieste esami radiologici, laboratoristici e consulenze	Num. richieste 2012 (tutti i centri di costo) = - 20% Num. richieste 2011 = 4 Num. richieste 2012 (due centri di costo su tre) = -20% Num. richieste 2011 = 2 Num. richieste 2012 (un centro di costo su tre) = -20% Num. richieste 2011 = 1 Num. richieste 2012 = -20% Num. Richieste 2011 = 0	4	Esami Laboratoristici : +37% Esami Radiologici: -137% Consulenza: -34%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
OTTIMIZZAZIONE	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA

DEGENZA B

Definizione di modelli gestionali ed utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	SI= 3	No=0	3	Partecipazione progetto regionale "Patient Safety", avvio nuove tecnologie (es. Lokomat, ecc.), sperimentazione presidi innovativi, riunioni per introduzione di nuovi modelli organizzativi.	Relazione Responsabili UU.OO. Di Degenza e Responsabile Area Medica di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Indice occupazionale posti letto	Indice 0-89% = 0 Indice 90-94%= 3 Indice 95-100% = 15	15	Anno 2011: indice 98,2 % anno 2012: indice 100%	Sistema Informativo Controllo di Gestione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008	SI= 2 No=0	2	Audit di rinnovo triennale (25-26/06/2012) dell' Ente di Certificazione <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	SI= 2 No=0	2	Progetto "patient Safety" (nota prot. n°8646/E del 12/09/2012) e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	SI= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Indice di Inappropriatezza (<10%)	Indice < 10% = 2 Indice > 10% = 0	2	(Vedi tabella in basso)	Sistema informativo Controllo di Gestione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Linee guida presa in carico del paziente	SI= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Qualificazione e razionalizzazione dell'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa	SI= 3 No=0	3	Consumo Farmaci 2012 rispetto al 2011 Degenza A -6% Degenza B -28% Degenza C -4% Degenza D -19%	Relazione del Responsabile Farmacia	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	

DEGENZA B

Dispensazione primo ciclo terapia alla dimissione del paziente	Si= 3 No=0	3	La registrazione della dispensazione del primo ciclo terapia alla dimissione del paziente è avvenuta e si rileva su moduli cartacei	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 2 No=0	2	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction); Miglioramento medio scala di soddisfazione del paziente ; Soddisfazione dell'utenza	Si= 6 No=0	6	Giudizio sulla qualità del servizio e accoglienza ; Giudizio sul personale medico; Giudizio sul personale infermieristico; Giudizio sull'ambiente e l'organizzazione ; Soddisfazione aspettative	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Piano annuale aziendale qualità e rischio clinico	Si= 1 No=0	1	Delibera n°1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Adeguatezza tenuta dei locali e adeguata tenuta del materiale sanitario (ordine e pulizia)	Si= 2 No=0	2	Mancanza di verbali della Direzione di Presidio che affermino l'inadeguata tenuta dei locali e del materiale sanitario	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Organizzazione del lavoro	Si= 8 No=0	8	Documentazione allegata dettagliata su modalità di raggiungimento degli obiettivi fornita dal Responsabile Direzione di Presidio	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del responsabile Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Informatizzazione delle procedure (cartella clinica)	Si= 2 No=0	2	Partecipazione ad incontri per l'attivazione della nuova piattaforma informatica.Mancata informatizzazione della cartella clinica	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si= 2 No=0	2	Partecipazione a corsi ECM e attività di tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia e Logopedia	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Attività di ricerca	Si= 15 No=0	15	Raccolta dati sui pazienti e pubblicazione di questi su riviste con I.F.; Partecipazione allo "studio Golden"	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza

TOTALE

100

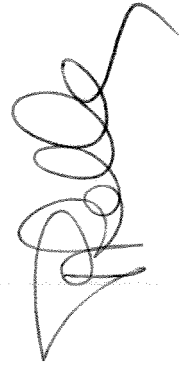
DEGENZA C

Definizione di modelli gestionali ed utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	SI= 3	No=0	3	Partecipazione progetto regionale "Patient Safety", avvio nuove tecnologie (es. Lokomat, ecc.), sperimentazione presidi innovativi, riunioni per introduzione di nuovi modelli organizzativi.	Relazione Responsabili UU.OO. Di Degenza e Responsabile Area Medica di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Indice occupazionale posti letto	Indice 0-89% = 0 Indice 90-94%= 3 Indice 95-100% = 15	15	Anno 2011: indice 98,2 % anno 2012: indice 100%	Sistema Informativo Controllo di Gestione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Applicazione procedure contenute nel SQG ISO 9001:2008	SI= 2	2	Audit di rinnovo triennale (25-26/06/2012) dell' Ente di Certificazione <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	SI= 2 No=0	2	Progetto "patient Safety" (nota prot. n°8646/E del 12/09/2012) e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	SI= 2	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Indice di Inappropriatezza (<10%)	Indice < 10% = 2 Indice > 10% = 0	2	(Vedi tabella in basso)	Sistema informativo Controllo di Gestione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Linee guida presa in carico del paziente	SI= 2	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Qualificazione e razionalizzazione dell'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa	SI= 3	3	Consumo Farmaci 2012 rispetto al 2011 Degenza A -6% Degenza B -28% Degenza C -4% Degenza D -19%	Relazione del Responsabile Farmacia	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Dispensazione primo ciclo terapia alla dimissione del paziente	SI= 3	3	La registrazione della dispensazione del primo ciclo terapia alla dimissione del paziente è avvenuta e si rileva su moduli cartacei	Relazione del Responsabile Farmacia	
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	

DEGENZA C

Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 2	No=0	2	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction); Miglioramento medio scala di soddisfazione del paziente; Soddisfazione dell'utenza	Si= 6	No=0	6	Giudizio sulla qualità del servizio e accoglienza; Giudizio sul personale medico; Giudizio sul personale infermieristico; Giudizio sull'ambiente e l'organizzazione; Soddisfazione aspettative	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Piano annuale aziendale qualità e rischio clinico	Si= 1	No=0	1	Delibera n°1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Adeguata tenuta dei locali e adeguata tenuta del materiale sanitario (ordine e pulizia)	Si= 2	No=0	2	Mancanza di verbali della Direzione di Presidio che affermino l'inadeguata tenuta dei locali e del materiale sanitario	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Organizzazione del lavoro	Si= 8	No=0	8	Documentazione allegata dettagliata su modalità di raggiungimento degli obiettivi fornita dal Responsabile Direzione di Presidio	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
Informatizzazione delle procedure (cartella clinica)	Si= 2	No=0	2	Partecipazione ad incontri per l'attivazione della nuova piattaforma informatica.Mancata informatizzazione della cartella clinica	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Direzione di Presidio
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si = 2	No=0	2	Partecipazione a corsi ECM e attività di tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia e Logopedia	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA	
attività di ricerca	Si = 15	No=0	15	Raccolta dati sui pazienti e pubblicazione di questi su riviste con I.F.; Partecipazione allo "studio Golden"	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza

TOTALE
100



DEGENZA D

OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Abbattimento liste d'attesa	Gg. degenza 2012 < Gg. degenza 2011 = 3 Gg. degenza 2012 > Gg. degenza 2011 = 0	3	Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento tempi di refertazione	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si=3 No=0	3	MISURAZIONE Gg. degenza 2012: 23472 > Gg. degenza 2011: 23066	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Rispetto tempistica SDO; Correttezza compilazione SDO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si=8 No=0	8	MISURAZIONE Controllo campionario effettuato dal Responsabile dell' Area Qualità e Rischio clinico	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
Rispetto protocollo accettazione / dimissione	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Rispetto protocollo = 3 Non rispetto protocollo = 0	3	MISURAZIONE Revisione e Verifica della procedura PG 09,08 "Accettazione e dimissione ricoveri" ; Stesura nuovo "Regolamento e ricoveri" con delibera n° 325 del 12/08/2011	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico
Coordinamento assistenza riabilitativa e logopedica	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si=3 No=0	3	MISURAZIONE Protocollo di gestione attività riabilitativa	FONTE INFORMATIVA Relazione del Responsabile Area di Neuroriabilitazione
Ottimizzazione costi (farmaci, materiale sanitario, nutrizione, rifiuti speciali)	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Consumo 2012 (tutti centri di costo) ≤ Consumo 2011 . 4 Consumo 2012 (tre centri di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 3 Consumo 2012 (due centri di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 2 Consumo 2012 (un centro di costo su quattro) ≤ Consumo 2011 = 1 Consumo 2012 > Consumo 2011 = 0	4	MISURAZIONE Farmaci : -19% Materiale sanitario: +13% Nutrizione:-8% Rifiuti Speciali : 0	FONTE INFORMATIVA Sistema Informativo Controllo di Gestione
Abbattimento richieste esami radiologici, laboratoristici e consulenze	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Num. richieste 2012 (tutti i centri di costo) = - 20% Num. richieste 2011 =4 Num. richieste 2012(due centri di costo su tre)=-20% Num. richieste 2011= 2 Num. richieste 2012 (un centro di costo su tre)= -20% Num. richieste 2011 = 1 Num. richieste 2012 = -20% Num. Richieste 2011= 0	4	MISURAZIONE Esami Laboratoristici : +4% Esami Radiologici: +51% Consulenza:-72%	FONTE INFORMATIVA Sistema Informativo Controllo di Gestione
Definizione di modelli gestionali ed utilizzo tecnologie sperimentali e innovative	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio Si= 3 No=0	3	MISURAZIONE Partecipazione progetto regionale "Patient Safety", avvio nuove tecnologie (es. Lokomat, ecc.), sperimentazione presidi innovativi , riunioni per introduzione di nuovi modelli organizzativi.	FONTE INFORMATIVA Relazione Responsabili UU.OO. Di Degenza e Responsabile Area Medica di Presidio
	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA

DEGENZA D

Indice occupazionale posti letto	Indice 0-89% = 0 Indice 90-94% = 3 Indice 95-100% = 15	15	Anno 2011: indice 98,2 % anno 2012: indice 100%	Sistema Informativo Controllo di Gestione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione procedure contenute nel SQG ISO 9001:2008	Si= 2 No=0	2	Audit di rinnovo triennale (25-26/06/2012) dell' Ente di Certificazione <i>Certiquality</i> di Milano, nota prot. 8646/E del 12/09/2012	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Applicazione degli Standards della Joint Commission International	Si= 2 No=0	2	Progetto "patient Safety" (nota prot. n°8646/E del 12/09/2012) e nota prot. DASOE/5/57080 del 23/12/2010	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Procedura di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche: stesura, revisione, attuazione	Si= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Indice di inappropriata (<10%)	Indice < 10% = 2 Indice > 10% = 0	2	(Vedi tabella in basso)	Sistema informativo Controllo di Gestione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
inee guida presa in carico del paziente	Si= 2 No=0	2	Delibere n° 392 dell'8/05/2012, n° 367 del 27/04/2012, n° 944 del 21/12/2011 e n° 189 del 14/03/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Qualificazione e razionalizzazione dell'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa	Si= 3 No=0	3	Consumo Farmaci 2012 rispetto al 2011 Degenza A - 6% Degenza B -28% Degenza C -4% Degenza D -19%	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Dispensazione primo ciclo terapia alla dimissione del paziente	Si= 3 No=0	3	La registrazione della dispensazione del primo ciclo terapia alla dimissione del paziente è avvenuta e si rileva su moduli cartacei	Relazione del Responsabile Farmacia
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA
Aggiornamento della carta dei servizi	Si= 2 No=0	2	Revisione della procedura PG 05,01 "Carta dei servizi" (delibera n° 367 del 27/04/2012)	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO	PARAMETRO DA MISURARE/punteggio	PUNTEGGIO CONSEGUITO	MISURAZIONE	FONTE INFORMATIVA

DEGENZA D

Compilazione schede di rilevazione (customer satisfaction); Miglioramento medio scala di soddisfazione del paziente ; Soddifazione dell'utenza	Si= 6	No=0	6	Giudizio sulla qualità del servizio e accoglienza ; Giudizio sul personale medico; Giudizio sul personale infermieristico; Giudizio sull'ambiente e l'organizzazione ; Soddifazione aspettative	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO					
PARAMETRO DA MISURARE/punteggio					
Piano annuale aziendale qualità e rischio clinico	Si= 1	No=0	1	Delibera n°1271 del 31/12/2012	Relazione del Responsabile Area Qualità e Rischio Clinico e presa visione diretta della documentazione
OBIETTIVO					
Adeguatezza tenuta dei locali e adeguata tenuta del materiale sanitario (ordine e pulizia)	Si= 2	No=0	2	Mancanza di verbali della Direzione di Presidio che affermino l'adeguata tenuta dei locali e del materiale sanitario	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO					
Organizzazione del lavoro	Si= 8	No=0	8	Documentazione allegata dettagliata su modalità di raggiungimento degli obiettivi fornita dal Responsabile Direzione di Presidio	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del responsabile Direzione di Presidio
OBIETTIVO					
Informatizzazione delle procedure (cartella clinica)	Si= 2	No=0	2	Partecipazione ad incontri per l'attivazione della nuova piattaforma informatica.Mancata informatizzazione della cartella clinica	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza e del Responsabile Area Direzione di Presidio
OBIETTIVO					
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)	Si= 2	No=0	2	Partecipazione a corsi ECM e attività di tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia e Logopedia	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza
OBIETTIVO					
Attività di ricerca	Si= 15	No=0	15	Raccolta dati sui pazienti e pubblicazione di questi su riviste con I.F.; Partecipazione allo "studio Golden"	Relazione dei Responsabili delle UU.OO. Di Degenza

TOTALE
100

Corrado Difà