

Piano delle Performance aziendali 2015 - 2017

E' inutile sottolineare che ci troviamo in un momento di particolare difficoltà del sistema Paese e nello specifico del sistema sanitario. Già nel corso del biennio 2013-2014 i segnali di una forte contrazione delle risorse disponibili sono stati molto evidenti.

L'orizzonte del 2015 non è molto diverso e ci attendono pertanto periodi di notevole difficoltà.

Tuttavia sia pur con la limitatezza delle risorse tradizionalmente disponibili dobbiamo trovare altre "fonti energetiche" che ci consentano di supportare la complessità assicurando ai nostri pazienti un livello di qualità e sicurezza più che accettabili.

Poiché è inutile aspettare e rimandare la soluzione dei problemi non vi è dubbio che tali "fonti energetiche" siano da ricercare al nostro interno attraverso un miglioramento dei processi organizzativi che riguardano:

- la maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali.
- l'appropriatezza delle prestazioni erogate; non sprecare risorse ne consente un formidabile recupero.
- l'integrazione delle procedure attraverso le tecnologie informatiche per ottimizzare le proprie attività e recuperare ulteriore efficienza oltre che aumentare la qualità del servizio offerto.

Gli obiettivi individuati, i risultati attesi e le azioni previste sono inoltre armonizzati con le indicazioni regionali.

Vorrei chiudere con una nota di fiducia e speranza, pur consapevole del periodo difficile che stiamo trascorrendo: questa è una Azienda di primordine, anche quest'anno ha ottenuto dei buoni risultati in termini di produzione e consumi connotandosi pertanto con un buon livello di efficienza. Inoltre ricevo continuamente attestati di stima nei confronti di tutti voi. Anche una recente elaborazione degli indici di performance trasmessi da Regione Lombardia evidenzia che l'Azienda è ben posizionata. Dobbiamo proseguire senza esitazione nel solco tracciato prefigurando il futuro che renda l'A.O. Sacco uno fra siti sanitari più importanti di Europa.

Il Direttore Generale
Dr. Pasquale Cannatelli

Il Piano della Performance è un documento di programmazione triennale introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150, dalle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno in corso e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia "Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde".

Il Piano della Performance va adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio. L'Azienda Ospedaliera Sacco ha scelto di rappresentare in tale documento i suoi indirizzi ed i suoi obiettivi strategici e operativi. Per ciascuno di tali obiettivi sono stati selezionati indicatori utili alla misurazione e alla valutazione della performance dell'amministrazione. La lettura dell'insieme di tali indicatori fornisce un quadro di come l'Ospedale intende operare per i suoi cittadini e per coloro che usufruiscono dei suoi servizi.

Con la redazione di questo documento la Direzione Strategica intende consentire a tutti coloro che sono interessati di avere elementi utili alla misurazione e alla valutazione della performance raggiunta. Si tratta di una scelta compiuta per rafforzare i rapporti con la cittadinanza, migliorare il proprio operato, accrescere la motivazione dei lavoratori dell'Amministrazione stessa. E' partendo da tali considerazioni che la Direzione dell'Azienda Ospedaliera Sacco ha ritenuto di redigere un documento snello, fruibile e pensato per raccontare cosa fa l'Ospedale con dati e numeri e non solo parole.

Buona lettura

L'Azienda Ospedaliera – Polo Universitario Luigi Sacco, si colloca nella zona nord-ovest di Milano.

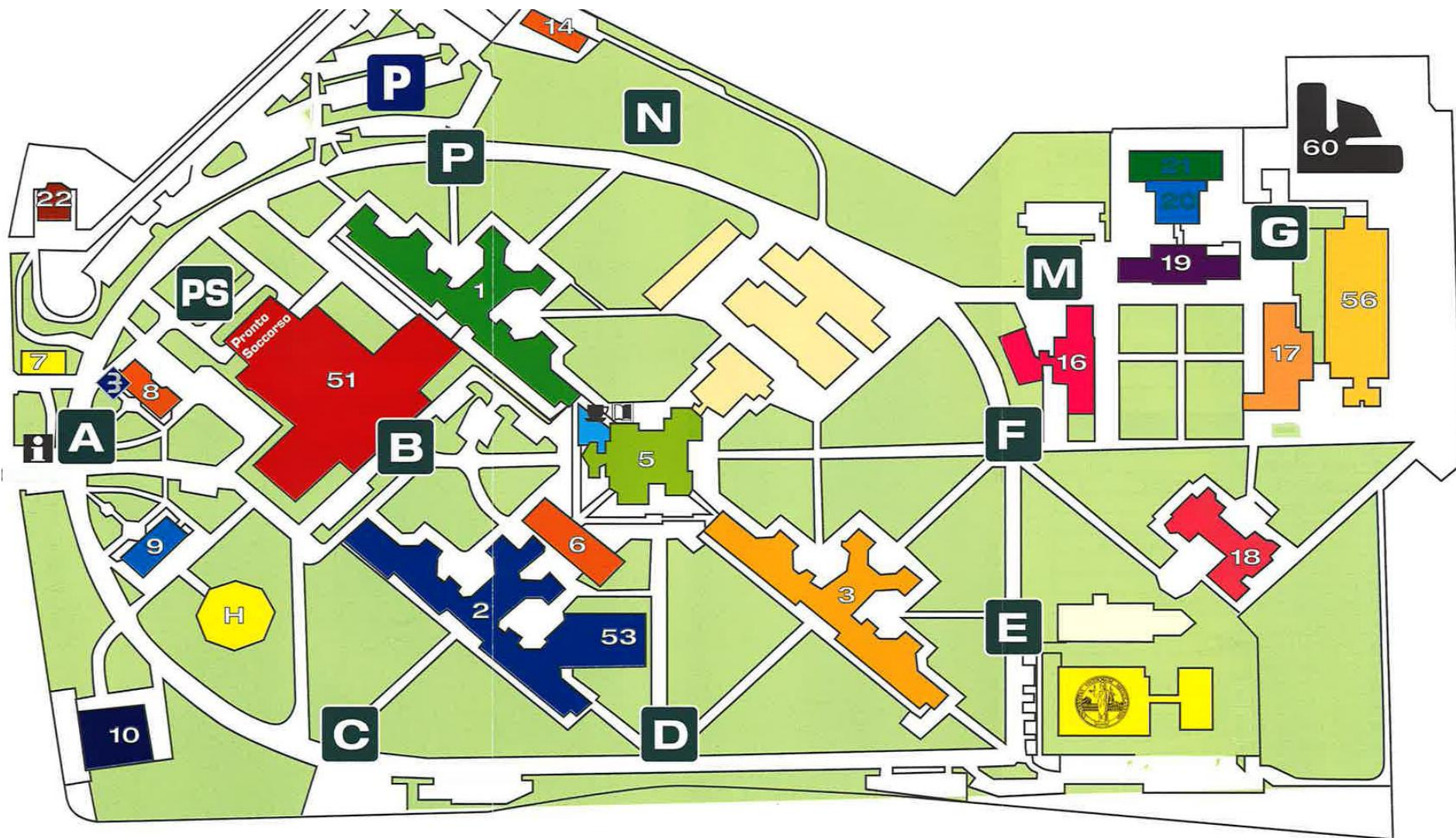
Elemento caratterizzante dell' Azienda Ospedaliera L. Sacco è di essere POLO UNIVERSITARIO e quindi coniuga le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca, che forniscono il presupposto per la crescita della professione medica e infermieristica, in un contesto di evoluzione costante delle competenze clinico/sanitarie e di necessità di aggiornamento continuo. E' sede del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e di alcune Scuole di Specializzazione oltre che dei corsi di laurea triennale per professioni sanitarie in infermieristica, tecnica della riabilitazione psichiatrica e logopedia.

L'Ospedale partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza cardiologica, della prevenzione, della infettivologia e della ricerca. Oltre alla vocazione infettivologica ed alla presenza delle principali specialità cliniche, l'azienda offre le seguenti attività peculiari:

- territorio e continuità di cura;
- cooperazione internazionale;
- rischio tossicologico: centro ICPS (sorveglianza sui fitofarmaci e predisposizione del dossier per il ministero della salute per la registrazione dei nuovi fitofarmaci)
- centro di riferimento per il bioterrorismo e per le emergenze infettivologiche sul territorio nazionale (p.es. Ebola).
- pronto soccorso emergenza infettivologica separato dal PS e con percorsi differenziati.

L'Azienda Ospedaliera Sacco comprende:

- un presidio ospedaliero, dotato di 503 letti per ricovero ordinario, 31 letti di DH/DS e 20 letti per le cure sub-acute. L'attività di ricovero supera i 17.000 ricoveri ordinari, le 155.000 giornate di degenza annue e le 3.600 giornate di Day Hospital.
- i poliambulatori specialistici, che registrano oltre 2.000.000 di prestazioni ambulatoriali.
- il pronto soccorso, di recente ristrutturazione, accoglie circa 52.000 pazienti l'anno, mentre le 12 sale operatorie producono circa 7.800 interventi l'anno.
- strutture psichiatriche territoriali di presidio: 2 Centri psico-sociali, 1 Centro diurno, 1 Comunità protetta, 3 Servizi di neuropsichiatria infantile (UONPIA)



La Mission, in qualità di Azienda Ospedaliera, è erogare prestazioni sanitarie specialistiche, di media o elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

La natura di Polo Universitario tra i principali in Lombardia, costituisce elemento caratterizzante dell'Azienda Ospedaliera Sacco, unendo le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca. In tal senso la collaborazione costante con l'Università arricchisce la cultura aziendale, aggiunge un carattere distintivo e contribuisce alla creazione di un mix di offerta sanitaria attuale e potenziale fra i più qualificati.

Sia didattica che ricerca forniscono, infatti, il presupposto per la crescita della professione medica ed infermieristica, in un contesto di evoluzione costante delle competenze clinico/sanitarie e di necessità di aggiornamento continuo.

In termini generali, il fine perseguito è quello di rendere l'attività aziendale competitiva in termini di:

- tempi di risposta a fronte di corretti tempi di attesa;
- qualità delle prestazioni e valorizzazione delle aree di eccellenza;
- costi interni in rapporto alle condizioni di equilibrio di bilancio.

I valori di riferimento sono:

- la centralità del paziente come bene fondamentale;
- il personale come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita, con il coinvolgimento (quale fattore critico di successo) delle Associazioni di volontariato;
- l'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività di qualità;
- la sicurezza nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente.

I principi ispiratori nell'attività quotidiana possono essere così sintetizzati:

UMANIZZAZIONE: centralità della persona garantendo accoglienza, attenzione, rispetto della dignità del paziente.

INTEGRAZIONE: apertura al territorio, collaborazione con le altre strutture e realtà sociali della zona ed a progetti di miglioramento.

APPARTENENZA E SOLIDARIETA': alleanza tra operatori e utenti che migliora i rapporti umani e qualifica il lavoro, apertura anche alle associazioni dei cittadini ed alle organizzazioni di volontariato.

ORGANIZZAZIONE: alto livello organizzativo per soddisfare le esigenze dei singoli e della collettività.

INTERATTIVITA': facilitare e sostenere il dialogo con il territorio e con il medico di medicina generale.

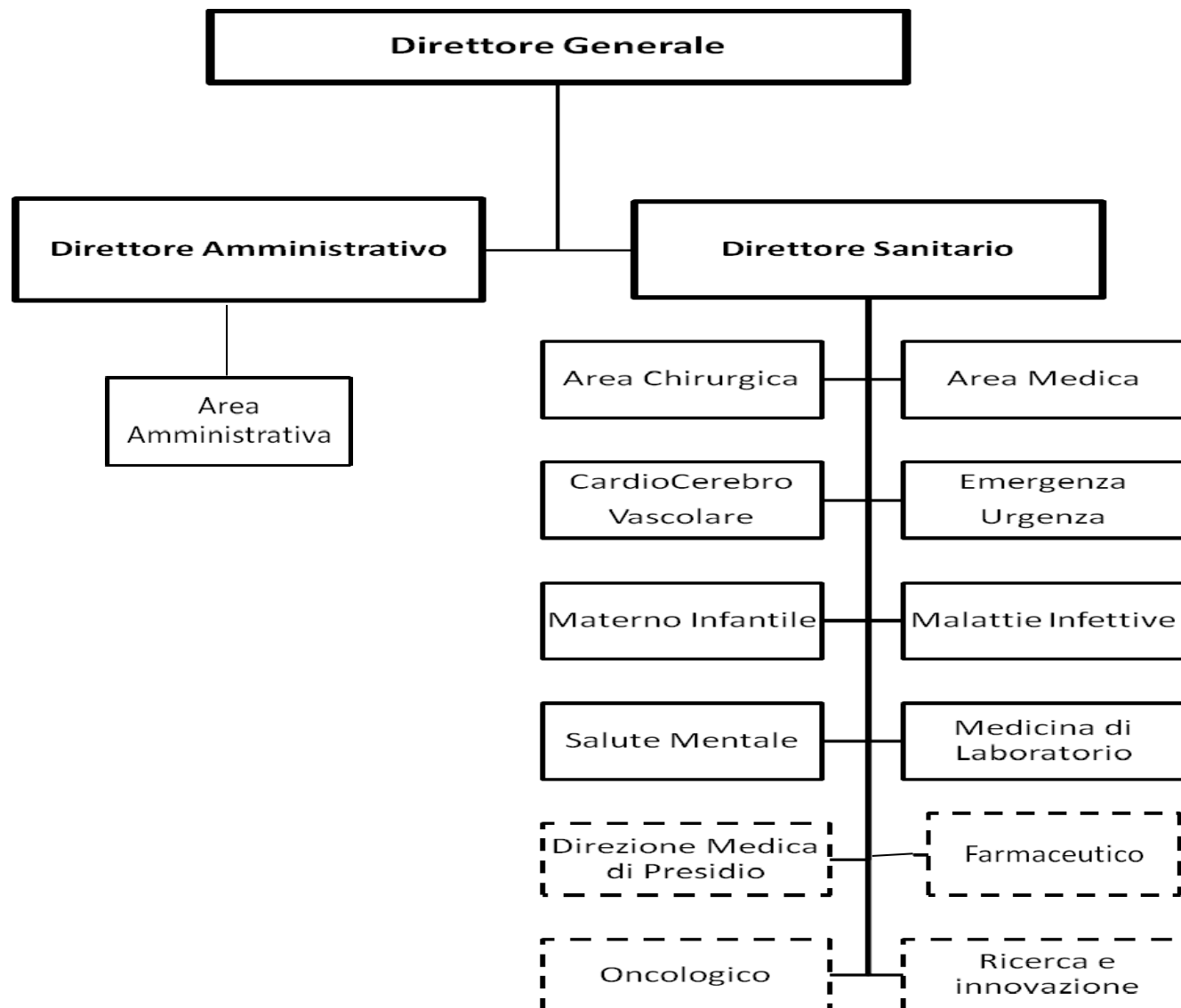
APPROPRIATEZZA: le cure erogate devono rispondere alle reali necessità del paziente;

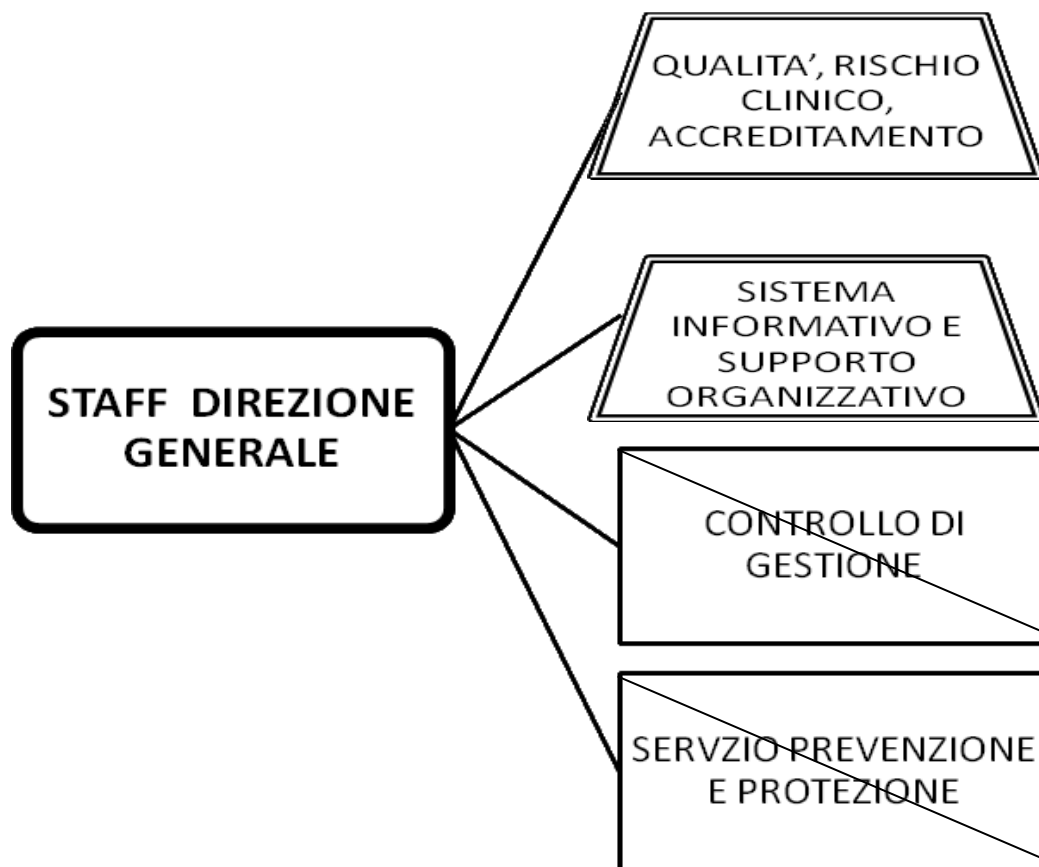
AFFIDABILITA': intesa come sicurezza da cui scaturisce la fiducia verso l'ospedale da parte di chi vi si affida.

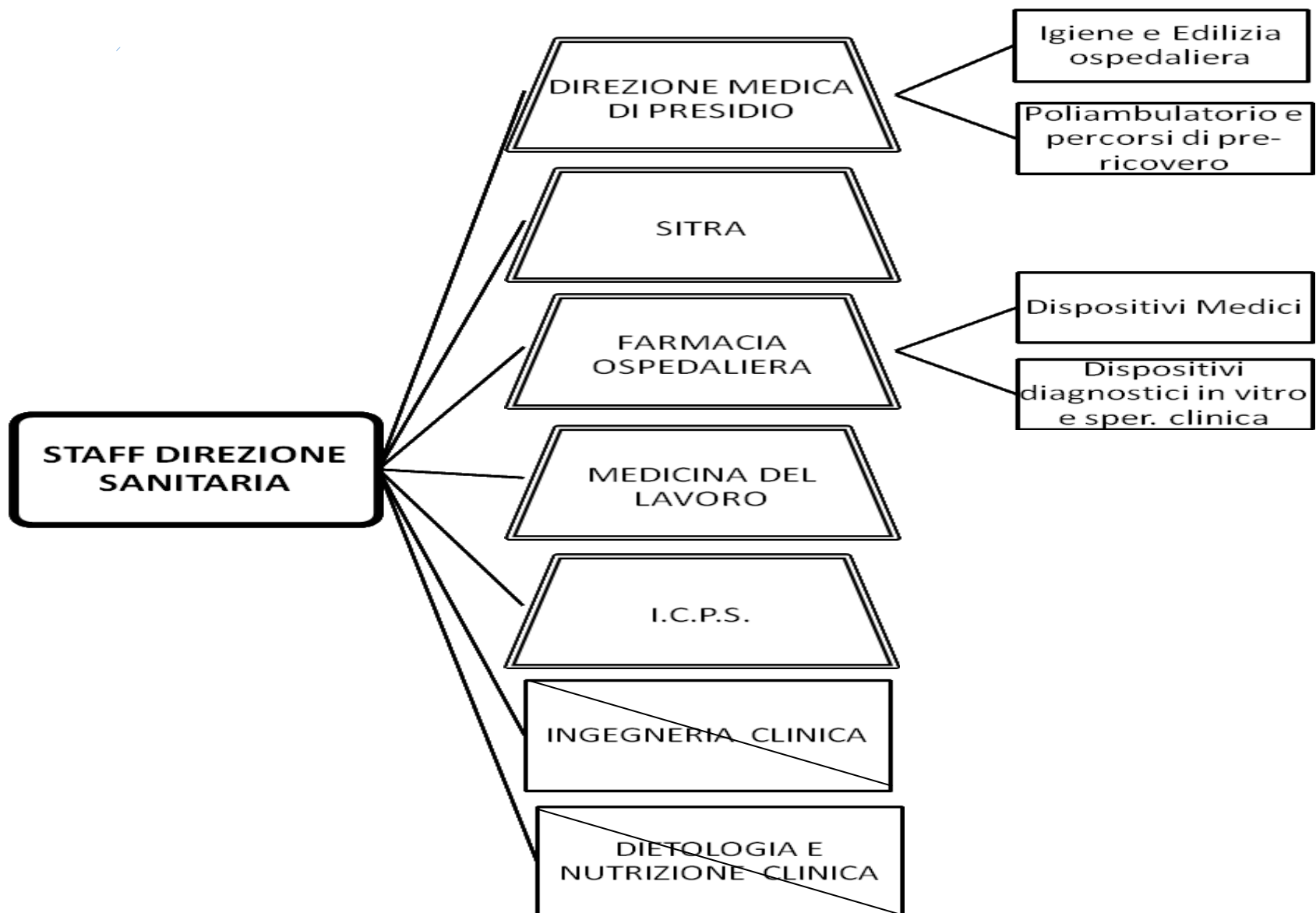
INNOVAZIONE: flessibilità organizzativa, disponibilità al cambiamento ed alla sperimentazione di nuove terapie e tecnologie.

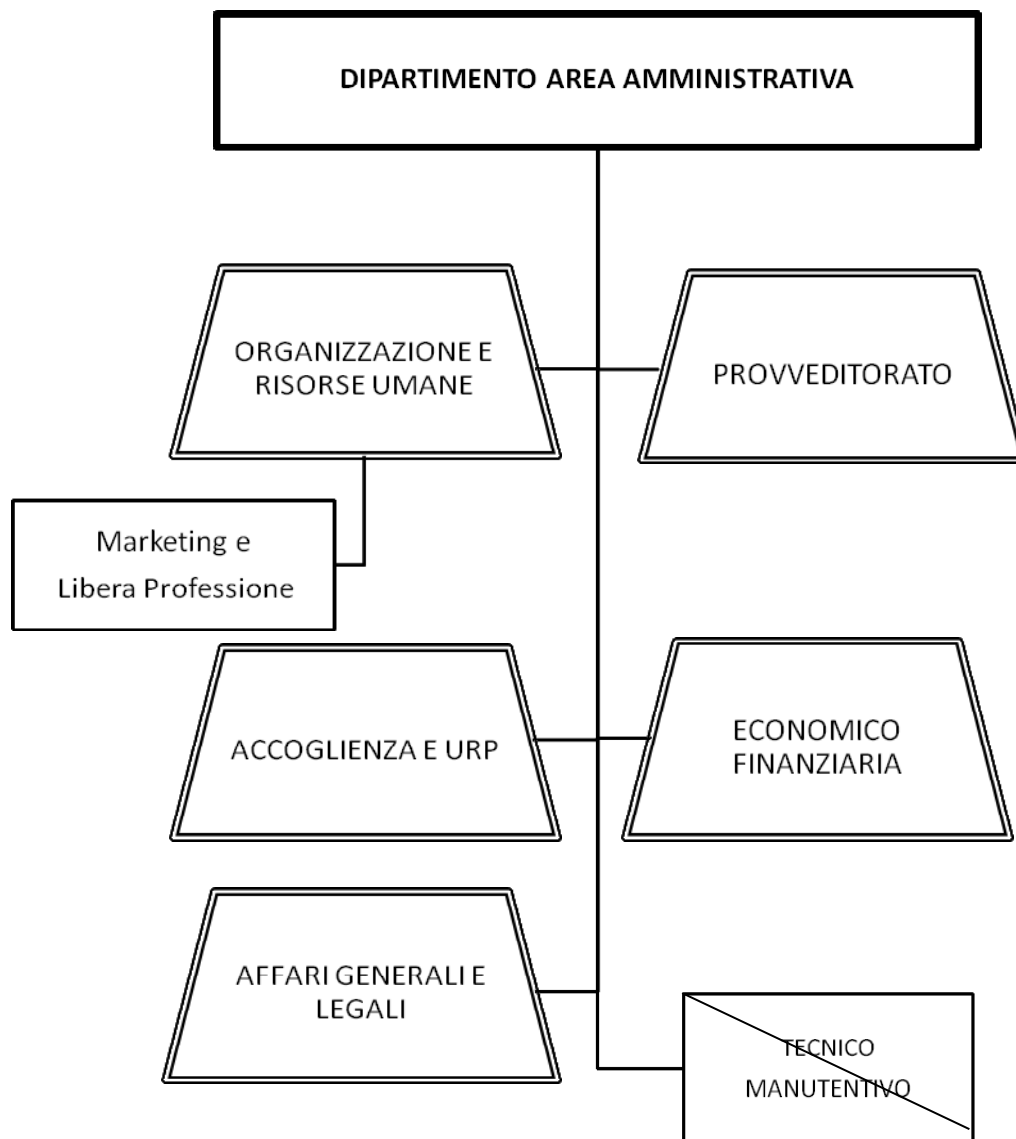
RICERCA: evidenziata da documentazione scientifica su riviste nazionali ed internazionali.

FORMAZIONE: aggiornamento continuo per tutte le professionalità presenti in azienda.









Il **Piano della Performance** è il documento attraverso il quale l'A.O. Sacco – Polo Universitario racconta sé stesso ai suoi cittadini e a tutti coloro che sono interessati a conoscere quali progetti e quali servizi l'amministrazione ha intenzione di realizzare nel triennio 2015–2017. All'interno di tale documento l'A.O. Sacco – Polo Universitario definisce i propri obiettivi e individua gli indicatori che consentono, al termine di ogni anno, di misurare e valutare il livello di performance raggiunto. Obiettivi e indicatori sono organizzati in modo tale da consentire una rappresentazione completa della performance programmata (**ex ante**) ed effettivamente raggiunta (**ex post**). L'attività di una Struttura Sanitaria è infatti un'attività complessa, eterogenea, e solo la misurazione congiunta di più dimensioni può consentire una valutazione corretta.

Per l'A.O. Sacco – Polo Universitario, il Piano della Performance 2015-2017 costituisce un'importante occasione. Il Piano della Performance è stato infatti concepito in modo da rendere il più trasparente possibile la performance dell'Azienda. Come da indicazioni di Regione Lombardia (DGR X/2989 del 23/12/2014) che riportano "...Nel corso del 2015, il piano delle performance, di cui alla legge 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O). La necessaria integrazione tra questi due strumenti non deve duplicare gli sforzi delle amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate al livello regionale...Il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avviene, per l'anno 2015, mediante un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dall'OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute..."; si è provveduto quindi rendere parte integrante del Piano della Performance 2015-2017 dell'A.O. Sacco – Polo Universitario tutti gli indicatori contenuti nel Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O) dove si dichiara che: "...Affinché le organizzazioni possano rinnovarsi e migliorare giorno dopo giorno, con continuità, è necessario che il miglioramento sia considerato un'attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti ed integrati, sistematica, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante la sua realizzazione; è quindi un vero e proprio processo, nell'ambito del quale vengono definiti gli obiettivi, le relative fasi e individuati vincoli, tempi, responsabilità, risorse, indicatori e risultati.

Il modello implica il coinvolgimento del cittadino e delle parti interessate, nella definizione della qualità dei servizi offerti e nella promozione e sviluppo della propria capacità di contribuire al benessere personale e collettivo, secondo i principi della tracciabilità e della comunicazione trasparente.

Il P.I.M.O. così integrato nel Piano delle Performance dell' Organizzazione, costituisce il riferimento unitario ed completo per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria..."* (*Regione Lombardia – Direzione Generale Salute - "Linee guida per la elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo")

In questo modo il Piano delle Performance descrive il miglioramento continuo come un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative e di linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.

Con il Piano delle Performance integrato con il P.I.M.O. si intende:

- Supportare le direzioni strategiche nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;
- Rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, senza incrementarli né duplicarli, sintetizzando nel modello proposto le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica;
- condurre l' organizzazione alla creazione di valore; per fare ciò è universalmente riconosciuta la necessità di superare la logica della sola visione economico-finanziaria, insufficiente allo scopo e di orientare l' attenzione sui processi aziendali;
- rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell' organizzazione;

(SEGUE) OBIETTIVI

- Promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo.
- Considerare le Aree Chiave per la creazione di valore (cfr. Fig 01) e attuare la loro valutazione ai vari livelli dell' organizzazione;
- Promuovere la comunicazione interna ed esterna dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, di progressi ottenuti, di corretto ed appropriato uso delle risorse e degli obiettivi per il miglioramento continuo..." (cit.)

Al fine di consentire la creazione di valore è necessario individuare le AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE ed i CRITERI di riferimento per orientare obiettivi e indicatori applicabili alla specificità delle organizzazioni sanitarie.

AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO

L'azienda sanitaria assume come riferimento di contesto le AREE CHIAVE DI MIGLIORAMENTO (AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE) individuate nello schema rappresentato nella Figura 01. Il riferimento indicato guida la declinazione degli obiettivi e dei relativi indicatori; le AREE individuate trovano riferimento nella sintesi operata da AGENAS, che lungi dall' essere proposta quale modello esclusivo di riferimento, si ritiene costituisca una concreta visione di contesto e rappresenta anche una possibile classificazione di riferimento per gli obiettivi ed i relativi indicatori.

In essa sono racchiuse di fatto tutte le Prospettive applicabili all' organizzazione sanitaria:

1. Economico-Finanziaria,
2. Processi interni,
3. Crescita ed innovazione,
4. Portatori di interesse.

utilizzate in modelli presenti in Letteratura, ma con un dettaglio insufficiente a rappresentare compiutamente il mondo delle aziende sanitarie.

CRITERI PER LA SCELTA DEGLI OBIETTIVI

le scelte strategiche effettuate devono essere orientate alla Azienda sanitaria nel suo complesso, alla qualità dei risultati di salute da raggiungere sia per i singoli utenti dei servizi sia per la intera comunità; gli obiettivi di miglioramento rappresentano tutte le dimensioni della qualità riconosciute: efficacia, tempestività, sicurezza, efficienza, equità, orientamento al cittadino .

CORRISPONDENZA DEI LIVELLI ORGANIZZATIVI

Il Piano deve essere adeguato e differenziato per livelli organizzativi:

- a) Istituzionale
- b) delle direzioni strategiche
- c) delle direzioni operative

VALORIZZARE LE INFORMAZIONI FORNITE DAI SISTEMI INTERNI DI VALUTAZIONE DEI PROCESSI

l'organizzazione ai vari livelli direzionali deve applicare strumenti di autovalutazione dei propri processi:

1. la Scheda di autovalutazione di Regione Lombardia;
2. i Manuali specificamente orientati a sviluppare aree di eccellenza
3. le informazioni generate dalla applicazione degli strumenti di rilevazione del rischio applicati a tutti gli ambiti dell'azienda e a tutti i processi, (sistema segnalazioni spontanee, reclami, ecc.) nonché dei report provenienti dai sistemi di auditing;

organizzazione deve dare evidenza ai risultati da essi generati traducendo in obiettivi specifici le aree non completamente raggiunte o critiche.

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI E CORRISPONDENTI INDICATORI

Per ogni obiettivo, identificato secondo il ciclo descritto nell' apposito paragrafo deve essere identificato il/i corrispondente/i indicatori mediante un approccio metodologico corretto.

Questo processo è descritto nella RACCOMANDAZIONE "INDICATORI DI VALUTAZIONE DEGLI OSPEDALI E DI MONITORAGGIO INTERNO DEI PROCESSI AZIENDALI" che, in questa fase, è orientata ai processi prettamente sanitari.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'organizzazione monitora costantemente il posizionamento rispetto agli standard dell' accreditamento istituzionale e lo individua quale criterio prioritario di adeguamento. (cit.)

METODOLOGIA ED APPROCCIO OPERATIVO

L'approccio operativo per la definizione e l'implementazione del Piano integrato per il Miglioramento dell' Organizzazione si basa:

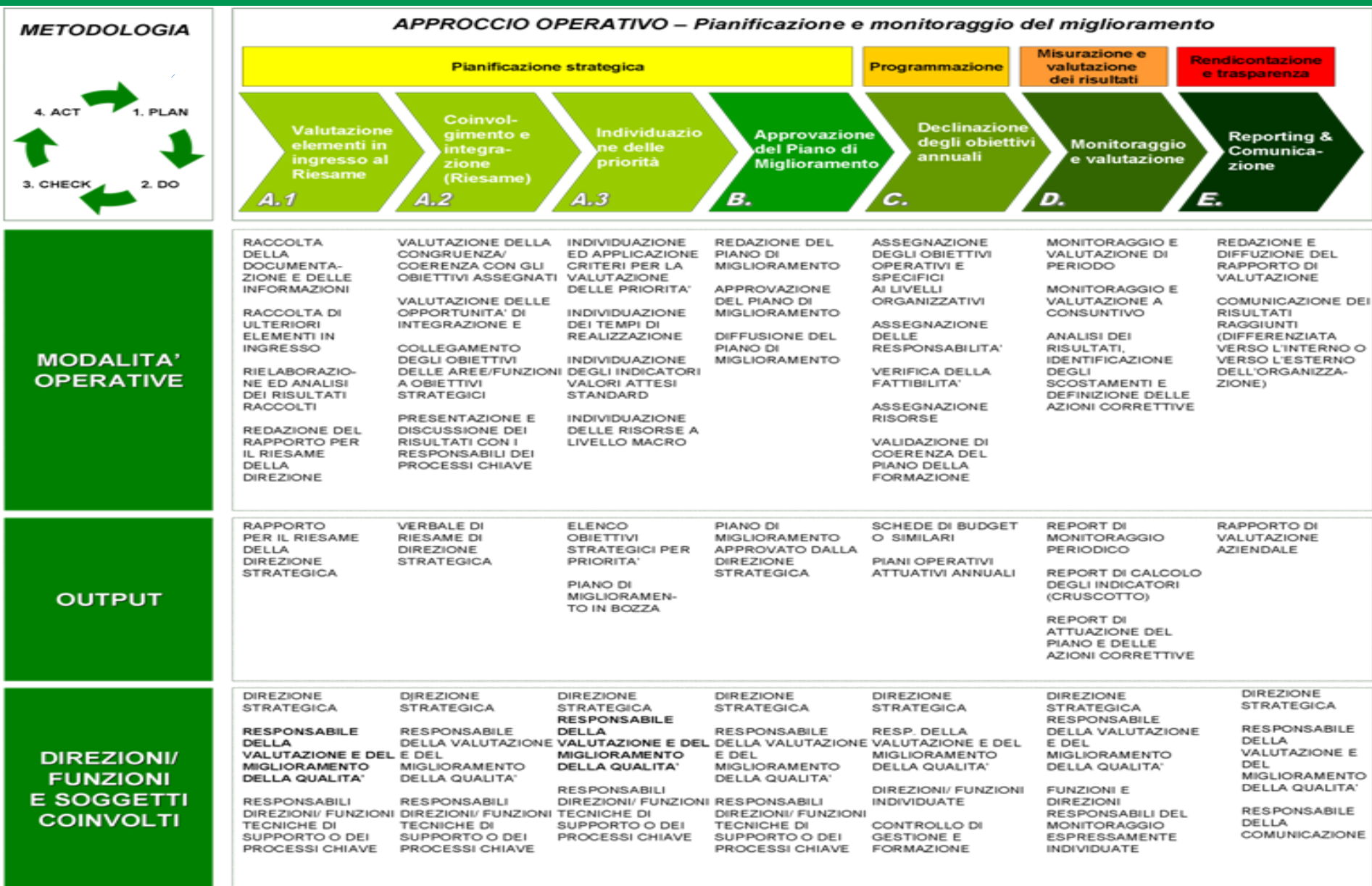
- ✓ sulla metodologia PDCA, modello per il miglioramento della qualità;
- ✓ sui requisiti gestionali messi a sistema dalle Norme UNI EN ISO 9001:2008 e UNI EN ISO 9004:2005;
- ✓ sulla normativa e indicazioni indirizzate agli Enti della P.A.;
- ✓ sulle Linee Guida per la pianificazione e il monitoraggio del miglioramento, proposte dal CAF (Common Assessment Framework) e promosse dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Pubbliche Amministrazioni;

TABELLA XX - AREE CHIAVE DI MIGLIORAMENTO (AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE)

OGGETTI	OBIETTIVI	CRITERI (LIVELLO MACRO)	CRITERI (LIVELLO MESO)	CRITERI (LIVELLO MICRO)
LA SALUTE	GARANTIRE I LIVELLI DI ASSISTENZA	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' SERVIZI
				FRUIBILITA' SERVIZI
			APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	LIVELLI DI UTILIZZAZIONE
				VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE
				APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI
				CONTROLLO DEL DOLORE
				GESTIONE RISCHIO CLINICO
			APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DI FORMAZIONE
				COMPETENZE PER AREE CHIAVE
				SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DI LEADERSHIP E MANAGERIALI
			ESITI	COMPLICANZE
				RIAMMISSIONI
LE RISORSE	GARANTIRE IL BUON USO DELLE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE
				SPESA PER LIVELLI DI ASSISTENZA
			EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA USO REGIMI DI ASSISTENZA
				APPROPRIATEZZA USO RISORSE UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE
				ADEGUATEZZA INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE, ICT, SODDISFAZIONE OPERATORI
I DIRITTI	GARANTIRE I DIRITTI ED IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA
				ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COMFORT DELLA STRUTTURA
				ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
				CURA DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L' UTENTE/PAZIENTE
			COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
				SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Da AGENAS modificata







VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI IN INGRESSO AL RIESAME

L'obiettivo di questa prima fase preparatoria del "Riesame della Direzione Strategica" è quello di acquisire, comprendere e valutare, tutte le informazioni disponibili e necessarie per predisporre i primi obiettivi per il miglioramento dell'organizzazione.

Elementi da considerare sono, ad esempio, i verbali dei riesami di ogni singola struttura, laddove disponibili, il cruscotto direzionale, il consuntivo dei risultati raggiunti, con particolare riferimento alle Regole di Sistema.

RESPONSABILITÀ

La Direzione Strategica è responsabile dell'avvio formale di questa fase. Il Responsabile per la Qualità è responsabile della raccolta degli elementi in ingresso al Riesame della Direzione Strategica e della predisposizione del relativo rapporto.

Le singole Strutture sono responsabili del proprio riesame interno, a partire dagli elementi in ingresso e forniscono al Responsabile per la Qualità la documentazione di competenza opportunamente schematizzata e corredata dei commenti eventualmente necessari.

MODALITÀ ATTUATIVE

La Direzione Strategica invia comunicazione formale alle Strutture, indicando la tempistica del processo.

Il Responsabile per la Qualità coordina la raccolta degli elementi in ingresso e la documentazione e delle informazioni necessarie, elaborate a partire dagli elementi in ingresso. A tal fine per agevolare la raccolta delle informazioni necessarie è stato predisposto un elenco (indicativo e non esaustivo) degli Elementi in ingresso-Ambiti di interesse la cui analisi è necessaria per sviluppare il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione (Tabella 1); la raccolta degli ulteriori elementi in ingresso, a valenza aziendale (obiettivi di mandato, vincoli di risorse ecc.); la rielaborazione e la analisi dei risultati raccolti; la redazione del rapporto per il Riesame della Direzione Strategica.

OUTPUT

Il risultato finale di questa fase è il Rapporto per il riesame della Direzione Strategica che identifica il primo elenco di obiettivi e proposte di miglioramento.

TAB 1 – ELEMENTI IN INGRESSO-AMBITI DI INTERESSE

Per elementi in ingresso si intendono i requisiti ed i dettami normativi derivanti da disposizioni nazionali, regionali, locali, aziendali, oltre che gli esiti delle verifiche e delle valutazioni compiute dall'organizzazione nel periodo precedente. La presente lista di elementi in ingresso è uno strumento dinamico, che rappresenta un elenco indicativo e non esaustivo, suscettibile di modifiche. In generale gli elementi in ingresso prevedono l'effettuazione di analisi dello stato di realizzazione/avanzamento di precedenti azioni e la definizione di aree di miglioramento. Elementi in ingresso sono derivanti anche dalla attività in capo a Commissioni e Comitati laddove previsti e dal monitoraggio dei relativi processi (ad es.: CCIO ecc.)

N	AMBITO	REPORT ATTESO DA ANALIZZARE PER SVILUPPARE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO
1	ECON-FINANZIARIO	1.1 situazione economico-finanziaria
2	STRUTTURA	2.1 requisiti di accreditamento
		2.2 manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori
		2.3 verifiche impianti
		2.4 documento di valutazione dei rischi
3	TECNOLOGIE	3.1 governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)
		3.2 farmacovigilanza
		3.3 dispositivo sorveglianza
		3.4 uso in sicurezza dei farmaci
		3.5 valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale
4	SISTEMI INFORMATIVI	4.1 progetto SISS
		4.2 disaster recovery
		4.3 continuità operativa
5	RISORSE UMANE	5.1 requisiti di accreditamento
		5.2 analisi del fabbisogno di personale
		5.3 governo del clima aziendale -“CUG / Stress lavoro correlato”
		5.4 sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria
		5.5 analisi dell'attività formativa erogata
		5.6 rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi
		5.7 valutazione e sviluppo delle competenze
		5.8 accreditamento provider (ove presente in azienda)

TAB 1 – ELEMENTI IN INGRESSO-AMBITI DI INTERESSE

Per elementi in ingresso si intendono i requisiti ed i dettami normativi derivanti da disposizioni nazionali, regionali, locali, aziendali, oltre che gli esiti delle verifiche e delle valutazioni compiute dall'organizzazione nel periodo precedente. La presente lista di elementi in ingresso è uno strumento dinamico, che rappresenta un elenco indicativo e non esaustivo, suscettibile di modifiche. In generale gli elementi in ingresso prevedono l'effettuazione di analisi dello stato di realizzazione/avanzamento di precedenti azioni e la definizione di aree di miglioramento. Elementi in ingresso sono derivanti anche dalla attività in capo a Commissioni e Comitati laddove previsti e dal monitoraggio dei relativi processi (ad es.: CCIO ecc.)

N	AMBITO	REPORT ATTESO DA ANALIZZARE PER SVILUPPARE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO
6	ORGANIZZAZIONE	6.1 obiettivi di mandato
		6.2 segnalazioni dei cittadini
		6.3 rilevazione della qualità percepita (<i>customer</i>)
		6.4 strategie della comunicazione aziendale
		6.5 gestione del rischio clinico
		6.6 gestione del contenzioso
		6.7 verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale
		6.8 indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza
		6.9 qualità della documentazione sanitaria
		6.10 qualità dei flussi informativi
		6.11 monitoraggio liste d'attesa
		6.12 recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01
		6.13 adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo
		6.14 prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza
		6.15 tutela dei dati personali sensibili e genetici
		6.16 semplificazione e dematerializzazione
		6.17 qualità dei fornitori
		6.18 qualità dei servizi forniti in outsourcing
		6.19 esiti degli audit interni e di parte terza
		6.20 riesame obiettivi medio termine
		6.21 sviluppo di processi secondo il metodo HTA
7	AUTOVALUTAZIONE	7.1 riesame delle autovalutazioni

OBIETTIVI

L'obiettivo della seconda fase consiste nell'effettuare il "Riesame della Direzione Strategica", a partire da tutti gli elementi in ingresso, raccolti con la Fase A1. L' intento è quello di perseguire un approccio sistemico ed integrato delle azioni di miglioramento delle diverse aree aziendali anche attraverso il coinvolgimento diretto dei responsabili dei processi chiave nella presentazione e discussione dei risultati raggiunti e nella formulazione delle proposte di nuovi obiettivi o azioni di miglioramento.

RESPONSABILITÀ

La Direzione Strategica è responsabile di convocare le funzioni interessate e condurre la riunione di riesame della direzione, con il supporto del Responsabile per la Qualità.

Tutte le funzioni interessate sono responsabili di partecipare attivamente.

MODALITÀ ATTUATIVE

La Direzione strategica e i partecipanti a questa fase che si conclude con la riunione di riesame, prendono visione del Rapporto di riesame e:

- esprimono una valutazione di coerenza rispetto alle "AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE", (cfr. Fig. 03);
- valutano la coerenza e la congruenza tra i risultati raggiunti e gli obiettivi assegnati;
- analizzano le opportunità di integrazione, coinvolgendo le funzioni interessate e favorendo la visione unitaria dell'organizzazione, mediante la condivisione degli obiettivi comuni;
- riconducono gli obiettivi di singole aree/funzioni ad obiettivi trasversali;
- promuovono uno o più momenti di incontro per la presentazione e la discussione dei risultati con i responsabili dei processi chiave al fine di favorire il confronto diretto e una migliore interpretazione delle informazioni raccolte;
- valutano la congruenza/coerenza delle opportunità di miglioramento emerse dai risultati dell'analisi e dal confronto con i responsabili di processo rispetto agli obiettivi strategici aziendali;
- trasformano i risultati della analisi in "proposte di obiettivi" (azioni di miglioramento dell' organizzazione).

OUTPUT

Il prodotto di questa fase è il “Verbale del Riesame di Direzione Strategica”, documento che sintetizza le decisioni e individua le azioni in merito al miglioramento dell’ organizzazione e all’allocazione delle risorse.

Esso comprende :

1. la situazione di partenza (elementi in ingresso);
2. il Bilancio Preventivo Economico;
3. i vincoli esterni;
4. gli ambiti di miglioramento:
 - a. gli obiettivi cogenti di origine esterna-istituzionali;
 - b. gli scostamenti rispetto ai requisiti dell’ accreditamento istituzionale;
 - c. gli scostamenti rispetto agli standard attesi;
 - d. gli obiettivi proposti dai responsabili dei processi chiave;
 - e. gli obiettivi a valenza trasversale proposti dai dipartimenti;
 - f. gli obiettivi “innovativi” indicati dalla Direzione Strategica;
 - g. le raccomandazioni per il miglioramento a valenza dipartimentale

OBIETTIVI

L'obiettivo di questa fase è quello di :

1. selezionare gli obiettivi
2. assegnare le priorità di breve, medio e lungo periodo, realisticamente attuabili, in base alle risorse disponibili.

Le priorità saranno individuate sulla base delle esigenze espresse dal contesto di riferimento dell'azienda (bisogni assistenziali), dei processi aziendali più significativi o che presentano particolari rischi, dai vincoli e priorità poste dal livello istituzionale.

RESPONSABILITÀ

La Direzione Strategica, coadiuvata dalle funzioni tecniche di supporto, è responsabile dell'individuazione delle priorità e della relativa assegnazione di risorse.

Il Responsabile per la Qualità è responsabile di coordinare l'analisi delle priorità, sulla base di strumenti condivisi (esempio: matrici importanza-fattibilità)

Le strutture di line e staff partecipano alla valutazione preliminare dei criteri di priorità

MODALITÀ ATTUATIVE

La Direzione strategica individua le priorità, sulla base di espliciti criteri, a partire dall'analisi dei bisogni, da criteri di economicità, dai vincoli di legge, in coerenza con la mission e stabilisce:

- gli obiettivi, gli indicatori e i valori attesi (standard);
- i relativi tempi di realizzazione;
- le risorse da assegnare a livello macro

CRITERI E MODALITÀ PER DEFINIRE LE PRIORITÀ

Per raggiungere lo scopo l'organizzazione segue il seguente percorso:

1. Individua e aggiorna i Fattori rilevanti per l'organizzazione
2. Valuta l'impatto delle aree di debolezza sull'organizzazione (IMPORTANZA)
3. Valuta la capacità di attuare gli obiettivi di miglioramento riferiti alle aree di debolezza (FATTIBILITÀ)
4. Sceglie le priorità

AGGIORNAMENTO DEI FATTORI RILEVANTI PER L' ORGANIZZAZIONE

I fattori rilevanti per l'organizzazione sono stabiliti sulla base di modelli di riferimento della qualità totale, ovvero sugli elementi determinanti la mission e la politica dell'organizzazione. Tali fattori determinano la performance dell'organizzazione e si traducono negli obiettivi strategici e di mandato.

La Direzione Strategica, coadiuvata dal Responsabile per la Qualità e dai Dirigenti delle funzioni di staff, annualmente aggiorna i fattori rilevanti per l'organizzazione, alla luce delle regole di sistema del SSR, delle Cogenze legali nazionali e dell'innovazione e sviluppo dei prodotti/servizi erogati.

VALUTAZIONE DELL' IMPATTO DELLE AREE DI DEBOLEZZA SULL' ORGANIZZAZIONE (IMPORTANZA)

Le aree di debolezza presentate ed esaminate nel Riesame di Direzione e relativo Verbale (output delle fasi precedenti) sono valutate in base al grado di impatto sui fattori rilevanti. Lo score di valutazione proposto da questo modello si riferisce alla scala di valutazione proposta dal CAF (Common Assessment Framework).

Impatto elevato (score 5)	Impatto medio (score 3)	Impatto scarso (score 1)
L'area/problema influisce in modo Importante su uno o più Fattori rilevanti	L'area/problema influisce in modo percepibile, anche se non determinante su almeno uno o più Fattori rilevanti	L'area/problema influisce in modo nullo o quasi nullo su uno o più Fattori rilevanti

VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI ATTUARE GLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO RIFERITI ALLE AREE DI DEBOLEZZA (FATTIBILITÀ)

Gli obiettivi di miglioramento rivolti alle aree di debolezza rilevate nel Riesame sono valutati in termini di:

- disponibilità nell'organizzazione del complesso delle risorse da impiegare per portare a termine l'iniziativa in esame (risorse umane per numero e competenza, risorse materiali come attrezzature, sistemi informatici, logistica, risorse economiche quali budget per investimenti);
- tempi di realizzazione

Per entrambi i parametri viene proposto lo score di valutazione della metodologia CAF (Common Assessment Framework)

Capacità elevata (score 5)	Capacità media (score 3)	Capacità scarsa (score 1)
• È attuabile con l'impiego di risorse relativamente modeste • È attuabile con le sole risorse dell'amministrazione • E' attuabile con piena autonomia dell'amministrazione	• Può richiedere un impiego ragionevole di risorse • È attuabile con le sole risorse dell'amministrazione • L'attuazione dipende in parte da vincoli esterni	• Richiederà un impiego consistente di risorse • Dipende da fattori esterni all'amministrazione • L'attuazione dipende completamente da vincoli esterni
Tempi brevi (score 5)	Tempi medi (score 3)	Tempi lunghi (score 1)
Il progetto può essere completato entro 12 mesi dall'avvio. Il progetto può essere completato entro 36 mesi dall'avvio.	Il progetto può essere completato entro 24 mesi dall'avvio.	Il progetto può essere completato entro 36 mesi dall'avvio.

La scelta delle priorità da parte della Direzione Strategica permette di mettere a fuoco le iniziative su cui concentrarsi maggiormente. Dal momento che la scelta delle priorità non può essere un atto puramente meccanicistico, la discussione è volta a giudicare la validità e correttezza delle motivazioni che hanno portato all'assegnazione degli score di valutazione, 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) e considerando ulteriori parametri, come i tempi di adeguamento per le cogenze legali e l'opportunità di considerare non solo le iniziative strategiche, che devono essere comunque attuate, ma anche quelle di breve durata che possono dimostrare al personale a tutti i livelli il raggiungimento di risultati a valore aggiunto, per favorire il coinvolgimento e la partecipazione.

Alla fine della discussione la Direzione strategica definisce una scala di priorità, derivata dal prodotto tra i tre score previsti dalla matrice importanza – fattibilità, che si riflette sulla declinazione degli obiettivi operativi negoziati con il processo di budget.

OUTPUT

Il prodotto di questa fase è il Preliminare del PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE, in sostanza un elenco degli obiettivi strategici, declinati in ordine di priorità, suddivisi per tempi di realizzazione, con i relativi indicatori, in coerenza con le risorse disponibili.

Ogni obiettivo deve essere esplicitamente definito e corredato dal relativo indicatore (scheda indicatore: razionale e formula di calcolo).

La validazione in ordine alla congruità dell' indicatore e alla sue possibilità di monitoraggio deve essere espressa dalle funzioni competenti (Qualità, Direzione Medica di Presidio, CdG).

Devono essere privilegiati indicatori estraibili da fonti informative già disponibili.

N	AMBITO	REPORT ATTESO DA ANALIZZARE PER SVILUPPARE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO	N	INDICATORE
1	EC. FINANZIARIO	1.1 situazione economico-finanziaria	1.1.1	Indicatore economico gestionale di bilancio
2	STRUTTURA	2.1 requisiti di accreditamento	2.1.1	adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento
		2.2 manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	2.2.1	manutenzione impianti
		2.3 verifiche impianti	2.3.1	contaminazione da Legionella delle acque
		2.4 documento di valutazione dei rischi	2.4.1	correttivi apportati per problemi ad alto rischio
3	TECNOLOGIE	3.1 governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	3.1.1	efficienza dell'alta tecnologia diagnostica
		3.2 farmacovigilanza	3.2.1	tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa
		3.3 dispositivo sorveglianza	3.3.1	gestione recall dispositivi medici
		3.4 uso in sicurezza dei farmaci	3.4.1	stoccaggio elettroliti concentrati
		3.5 valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	3.5.1	prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento
4	SISTEMI INFORMATIVI	4.1 progetto SISS	4.1.1	documenti sanitari disponibili on line
		4.2 disaster recovery	4.2.1	disaster plan informatico
		4.3 continuità operativa	4.3.1	continuità operativa informatica
5	RISORSE UMANE	5.1 requisiti di accreditamento	5.1.1	Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale
		5.2 analisi del fabbisogno di personale	5.2.1	Copertura fabbisogni del personale
		5.3 governo del clima aziendale -“CUG / Stress lavoro correlato”	5.3.1	Rispondenza indagine stress lavoro correlato (SLC)
		5.4 sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	5.4.1	Frequenza infortuni
		5.5 analisi dell'attività formativa erogata	5.5.1	Tasso di saturazione dell'offerta formativa
		5.6 rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	5.6.1	Incidenza ore di formazione
		5.7 valutazione e sviluppo delle competenze	5.7.1	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)
		5.8 accreditamento provider (ove presente in azienda)	5.8.1	Crediti ECM erogati per profilo

N	AMBITO	REPORT ATTESO DA ANALIZZARE PER SVILUPPARE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO	N	INDICATORE
6	ORGANIZZAZIONE	6.1 obiettivi di mandato	6.1.1	presa in carico obiettivi di mandato
		6.2 segnalazioni dei cittadini	6.2.1	classe prioritaria di segnalazione
		6.3 rilevazione della qualità percepita (customer)	6.3.1	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction
		6.4 strategie della comunicazione aziendale	6.4.1	standard di comunicazione esterna
		6.5 gestione del rischio clinico	6.5.1	% di implementazione delle raccomandazioni
		6.6 gestione del contenzioso	6.6.1	frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza
		6.7 verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	6.7.1	evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali
		6.8 indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	6.8.1	definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità
		6.9 qualità della documentazione sanitaria	6.9.1	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria
		6.10 qualità dei flussi informativi	6.10.1	tempestività dei flussi informativi
		6.11 monitoraggio liste d'attesa	6.11.1	% prestazioni che rispettano i tempi di attesa
		6.12 recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	6.12.1	Indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esito positivo
		6.13 adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	6.13.1	aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)
		6.14 prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza	6.14.1	indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.
		6.15 tutela dei dati personali sensibili e genetici	6.15.1	segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy
		6.16 semplificazione e dematerializzazione	6.16.1	avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione
		6.17 qualità dei fornitori	6.17.1	indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto
		6.18 qualità dei servizi forniti in outsourcing	6.18.1	indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing
		6.19 esiti degli audit interni e di parte terza	6.19.1	esiti degli audit interni e di parte terza
		6.20 riesame obiettivi medio termine	6.20.1	riesame obiettivi a medio termine
		6.21 sviluppo di processi secondo il metodo HTA	6.21.1	età media delle alte tecnologie
7	AUTOVALUTAZIONE	7.1 riesame delle autovalutazioni	7.1.1	riesame delle autovalutazioni



Sistema Sanitario



#	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M	VALORE	OBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
1	10111	1 ECON-FINANZIARIO	1.1 Situazione economico-finanziaria	1.1.1 Indicatore economico gestionale di bilancio	Costo personale/produzione lorda	Bilancio di esercizio, CET trimestrali	2013	Tasso %	37,27%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Alta	12
	Spesa per beni e servizi/produzione lorda				Bilancio di esercizio, CET trimestrali	2013	Tasso %	58,92%				
	Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio				Bilancio di esercizio, CET trimestrali	2013	Tasso %	105,04%				
2	20111	2 STRUTTURA	2.1 Requisiti di accreditamento	2.1.1 Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti	Lettera trasmessa annualmente alla Regione	2013	Tasso %	100,00%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Media	12
3	20211	2 STRUTTURA	2.2 Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	2.2.1 Manutenzione impianti	Numero verifiche eseguite nei tempi/Numero verifiche pianificate	Rapporti di manutenzione ordinaria /Piano delle manutenzioni	2014	Tasso %	100,00%	Mantenimento	Alta	12
4	20311	2 STRUTTURA	2.3 Verifiche impianti	2.3.1 Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo	Monitoraggio punti critici rete idrica	2014	Tasso %	0,00%	Almeno 9 punti verificati	Alta	12
5	20144	2 STRUTTURA	2.4 Documento di valutazione dei rischi	2.4.1 Correttivi apportati per problemi ad alto rischio	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio (individuati in riunione periodica)	Interventi pianificati e verificati da Piani di Miglioramento di SGSS	2014	Tasso %	100,00%	Implementazione piano di miglioramento annuale	Media	12
6	30111	3 TECNOLOGIE	3.1 Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	3.1.1 Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Num. di ore di fermo macchina TC e RMN nell'anno/ Num. ore di servizio atteso TC e RMN	DB - software aziendale sulle registrazioni dei fermi macchina	2014	Tasso %	1,00%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Alta	12
7	30211	3 TECNOLOGIE	3.2 Farmacovigilanza	3.2.1 Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Num. di segnalazioni di sospetta ADR/ Giornate di degenza	UO Cliniche e PS	2014	Tasso %	2,17%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Alta	12
-Piano Performance 2015-2017												

[illegible]

Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M	VALORE	OBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
5.5.1 Tasso di saturazione dell'offerta formativa	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti	Data base eventi formativi	2014	Tasso %	51,00%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Alta	12
5.6.1 Incidenza ore di formazione	Num. Ore di formazione erogate al personale (si suggerisce di disaggregare per interna ed esterna e per tipologia)/Num. ore lavorate	Fluper, fascicolo del personale	2014	Tasso %	1,30%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Media	12
5.7.1 Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	Fascicolo del personale	2014	Tasso %	96,00%	Mantenimento del rapporto rispetto all'anno precedente	Bassa	12
5.8.1 Crediti ECM erogati per profilo	Num. crediti ECM erogati / personale con obbligo ECM	Data base provider	2014	Numero	12	Incremento dei crediti rispetto all'anno precedente	Media	12
6.1.1 Presa in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	Comunicazione assegnazione obiettivi	2014	SI/NO	SI	Mantenimento della tempistica di assegnazione	Alta	12
6.2.1 Classe prioritaria di segnalazione	Num. segnalazioni per classe prioritaria/ Num. segnalazioni complessive	Segnalazione dei cittadini, classe di priorità ACCESSIBILITA	2014	Tasso %	32,88%	Miglioramento dell'accessibilità	Media	24
6.3.1 Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Num. degli item pari a 6 + n° item pari a 7 / Num. totale degli item	Questionari	2014	Tasso %	74,88%	Miglioramento organizzazione dell'attività ambulatoriale	Media	24
6.4.1 Standard di comunicazione esterna	Num. accessi al sito anno corrente/ Num. accessi anno precedente	Attualmente il sito Internet Aziendale non consente la rilevazione degli accessi	2014	Tasso %		Attivazione monitoraggio accessi sito Internet	Bassa	24
6.5.1 Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	Data base di Agenas e monitoraggio LEA	2014	Tasso %	88,00%	Progetto RM sicurezza del neonato	Alta	12
6.6.1 Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Num. RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza Tot	Report estratto da Data Base Regione Lombardia (indicatori rischio clinico)	2013	Tasso %	1,10%	Riduzione del rapporto rispetto all'anno precedente	Alta	12

[illegible]

[illegible]



#	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M	VALORE	OBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
38	61711	6 ORGANIZZAZIONE	6.17 Qualità dei fornitori	6.17.1 Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	Ordini, capitolati (contratti) e verbali di controllo / check list	2014	Tasso %		Percorso al fine di individuare parametri di misurazione e monitoraggio evasioni ordini/appalti	Alta	24
39	61811	6 ORGANIZZAZIONE	6.18 Qualità dei servizi forniti in outsourcing	6.18.1 Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	Questionari di Customer satisfaction	2014	Tasso %		Implementazione questionari	Alta	24
40	61911	6 ORGANIZZAZIONE	6.19 Esiti degli audit interni e di parte terza	6.19.1 Esiti degli audit interni e di parte terza	Num. audit effettuati/ Num. audit pianificati	Report pianificazione ed effettuazione audit	2014	Tasso %	100,00%	Mantenimento	Bassa	12
41	62011	6 ORGANIZZAZIONE	6.20 Riesame obiettivi medio termine	6.20.1 Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	Monitoraggio periodico del processo di budget	2014	Tasso %	100,00%	Mantenimento	Media	12



#	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M	VALORE	OBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
42	62111	6 ORGANIZZAZIONE	6.21 Sviluppo di processi secondo il metodo HTA	6.21.1 Età media delle alte tecnologie	Num.anni Alte Tecnologie / num. Alte Tecnologie	Delibera, ordine e collaudo della tecnologia presa in considerazione	2014	Tasso %	11,00%	Acquisto nuova RMN	Alta	12
	62112				Num.anni TC / num. TC presenti	Delibera, ordine e collaudo della tecnologia presa in considerazione	2014	Tasso %	9,00%			
	62113				Num.anni RMN / num. RMN presenti	Delibera, ordine e collaudo della tecnologia presa in considerazione	2014	Tasso %	14,00%			
	62114				Num. anni LINAC / num. LINAC	Apparecchiatura non disponibile in azienda		Tasso %				
	62115				Num. anni TC/PET / num. TC/PET presenti	Apparecchiatura non disponibile in azienda		Tasso %				
	62116				Num. anni GCC / num. GCC presenti	Apparecchiatura non disponibile in azienda		Tasso %				
	62117				Num. anni GTT presenti / num. GTT presenti	Apparecchiatura non disponibile in azienda		Tasso %				
43	70111	7 AUTOVALUTAZIONE	7.1 Riesame delle autovalutazioni	7.1.1 Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	Report secondo semestre 2014	2014	Tasso %	95,00%	Azioni di miglioramento (ACA1.1; PGF8.3; TDP 10.3; DIM 12.2)	Media	12