

PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

AO Ospedale Maggiore di Crema

2014-2016

A ROAD MAP TO THE FUTURE

Le migliori cure a costi sostenibili



Redatto da

Roberto Sfogliarini – Resp. Aziendale Sistema Qualità

Francesca Gipponi – Resp. Ufficio Qualità

con il contributo dei **Referenti Aziendali** per la Qualità e Sicurezza di dipartimento e di Unità Operativa della AO Ospedale Maggiore di Crema

31 Ottobre 2014



SOMMARIO

<i>Dal Piano per la Qualità e Sicurezza al Piano Integrato per il miglioramento dell' Organizzazione.....</i>	<i>4</i>
<i>LA QUALITÀ DELL' ASSISTENZA SANITARIA</i>	<i>7</i>
<i>IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE:</i>	
<i>organizzazione, risultati, obiettivi e pianificazione.....</i>	<i>9</i>
<i>Cosa intendiamo per miglioramento dell' organizzazione.....</i>	<i>9</i>
<i>OBIETTIVI DEL SISTEMA DI MIGLIORAMENTO.....</i>	<i>11</i>
<i>LA MISURA DEI RISULTATI E DEL VALORE: IL CRUSCOTTO AZIENDALE</i>	<i>12</i>
<i>Fig. 2 - AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO –</i>	
<i>Aree chiave per la creazione di valore.</i>	<i>13</i>
<i>Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione..</i>	<i>Errore. Il segnalibro non è definito.</i>

Dal Piano per la Qualità e Sicurezza al Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione

La sfida per erogare le migliori cure a costi sostenibili

La redazione di questa edizione del Piano tiene conto di importanti recenti iniziative descritte tutte tese a coniugare la difficile relazione fra aumento della richiesta di cure e risorse disponibili:

1. **Linee guida** per la elaborazione e lo sviluppo del **piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione**¹.

Regione Lombardia ha voluto imprimere un significativo impulso ai processi di gestione del miglioramento delle strutture sanitarie attraverso la emanazione di Linee Guida. In questo contesto si richiamiamo brevemente lo scopo e gli obiettivi e del piano Integrato per il Miglioramento così come sono declinati nelle Linee Guida:

- a. *Il Piano di Miglioramento integrato dell' Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato 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.*
- b. *Le linee guida, con la metodologia e gli strumenti proposti, intendono:*
 1. *supportare le direzioni strategiche nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;*
 2. *rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;*
 3. *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;*
 4. *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;*
 5. *rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell' organizzazione;*
 6. *promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo;*

¹ **"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 (gennaio 2014".

7. considerare le Aree Chiave per la creazione di valore (cfr. Fig 01 delle LG) e attuare la loro valutazione ai vari livelli dell' organizzazione;
8. promuovere la comunicazione interna ed esterna:
 - i. dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, di progressi ottenuti, di corretto ed appropriato uso delle risorse
 - ii. degli obiettivi per il miglioramento continuo

2. la pubblicazione del documento **"Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America"**².

Esso presenta la visione di ciò che è possibile realizzare applicando le risorse e gli strumenti disponibili (conoscenze scientifiche, tecnologie informatiche, incentivi, cultura delle cure) per fornire cure sicuramente efficaci a costi accettabili, mediante la creazione di organizzazioni sanitarie **che imparano continuamente e migliorano**.

Il documento parte dalla considerazione che a 10 anni dalla emanazione del documento **"To Err is Human: building a safer health System"** il sistema sanitario in generale esprime ancora poco delle sue potenzialità.

Infatti sia *To Err is human* sia *Crossing the Quality Chasm* hanno contribuito a far raggiungere notevoli obiettivi di miglioramento nelle pratiche sanitarie, ma rimangono persistenti **aree di sotto-performance** e **costi troppo alti**. Ciò evidenzia la necessità di trasferire su larga scala ciò che oggi sono isolati miglioramenti e rendere evidenti i miglioramenti raggiunti in termini di sicurezza, accessibilità, qualità ed efficienza dalle singole organizzazioni.

Nel documento, partendo dall' evidenza delle attuali principali caratteristiche del sistema sanitario (crescente complessità della moderna medicina, crescenti costi delle cure, e limitato "return to investment"), si evidenzia la necessità di un sostanziale cambiamento indicando le azioni per ottenere miglioramento continuo a costi sostenibili (a learning health care system).

Obiettivo non solo necessario, ma possibile.

3. la crescente attenzione verso il tema **della appropriatezza delle prestazioni e la sostenibilità** delle cure ha portato alla attivazione di importanti iniziative in tutte le organizzazioni sanitarie; si cita quale esempio recente la iniziativa **"Choosing wisely"** iniziativa del *Board of Internal Medicine Foundation (ABIM)*³, ripresa anche dal Governo Canadese⁴ ed in Italia da **Slow Medicine**⁵.

Si tratta di un approccio innovativo *bottom up* realizzato da ABIM e nove autorevoli Società Scientifiche americane. L' iniziativa promuove un' alleanza tra medici e pazienti nel contrastare l' idea che la salute si possa assicurare con un sempre crescente numero di prestazioni e interventi. Alle società scientifiche è stato chiesto di produrre una lista di 5 prestazioni ritenute obsolete o inappropriate che sono state ampiamente diffuse. Analoga formula è stata attuata nelle esperienze canadesi e italiane citate.

² IOM (Institute of Medicine). 2012. *Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America*. Washington, DC: The National Academies Press.

³ www.abimfoundation.org

⁴ www.choosingwiselycanada.org

⁵ www.slowmedicine.it

Anche alla luce delle precedenti considerazioni, Il presente Piano integrato per il miglioramento ha l'obiettivo di tradurre principi, concetti e strategie, evidenziando i risultati ottenuti dall'Azienda Ospedale Maggiore di Crema, in modo da permettere la definizione di nuovi obiettivi da raggiungere e la relativa pianificazione triennale.

Il Piano mette in risalto i **risultati raggiunti (Quality report)**, la **pianificazione del miglioramento ed il modello organizzativo** attuato.

Il Piano è stato coordinato dal Responsabile Aziendale per la Qualità e dal Responsabile dell' Ufficio Qualità e sono state coinvolte trasversalmente le funzioni aziendali interessate nel processo di miglioramento dell'organizzazione (Uffici di Staff e Gruppi di lavoro: Ufficio Qualità, Risk Manager, Formazione, Comunicazione, Personale, Valutazione, Controllo di gestione, Gruppo di Coordinamento del Rischio, Comitato Qualità). Il Piano è coerente con il Piano della Formazione e con il Piano di Comunicazione.

Il piano ha uno sviluppo triennale.

Il Piano è aggiornato **annualmente** applicando le modalità previste dalle LG di Regione Lombardia citate.

Ogni anno è prevista una redazione del Report dei risultati raggiunti (**Quality Report**) monitorati periodicamente nel **Cruscotto Aziendale**.

Ogni anno sarà eseguita una pianificazione di dettaglio e in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia, sarà redatto un Piano specifico per la attività di Risk Management.

Si riprendono di seguito alcuni concetti fondamentali sul **Miglioramento Continuativo della Qualità** necessari ad esplicitare il modello organizzativo attuato.

Evoluzione del concetto di Qualità' (estratto dal Manuale Qualità Aziendale Rev. 15 del 30.10.2014)

Rimane di particolare attualità il contenuto della Carta Europea della Qualità, (cfr. allegato del Manuale della Qualità Aziendale citato), che mostra il grande livello di maturità che ha compiuto in pochi anni il pensiero relativo alla "Qualità". Dalla Qualità intesa come "Conformità ai requisiti" alla qualità definita come "Obiettivo di Eccellenza dell'organizzazione" che può essere perseguito grazie alla motivazione, alla partecipazione e al coinvolgimento di tutti gli operatori e dei cittadini, a tutti i livelli dell'organizzazione.

Anche in campo sanitario la definizione del concetto "Qualità" è tutt' ora argomento di notevole complessità, tanto che non sono disponibili definizioni universalmente accettate; tuttavia quella più ampiamente condivisa è quella dell'OMS che divide la qualità in quattro aspetti:

1. La performance professionale (qualità tecnico-professionale)
2. L'uso efficiente delle risorse (qualità organizzativa)
3. Il management del rischio
4. La soddisfazione del paziente

Dalla definizione dell'OMS si evince che il concetto di "Qualità in Sanità" è definito dalla forza delle relazioni di collaborazione tra la componente manageriale e la componente clinica, relazioni necessarie per la creazione di un ambiente in cui passa fiorire l'eccellenza clinica.

Questa definizione è in linea con quella fornita dalla Carta Europea della qualità, a testimoniare che l'evoluzione del valore sociale del concetto della qualità, rivalutando la funzione economica, politica e sociale delle aziende, meglio soddisfa le esigenze delle organizzazioni sanitarie il cui principale obiettivo non è quello di "assicurare la conformità dei prodotti ai requisiti"

ma anche quello di essere competitive e di soddisfare nello stesso tempo, sia le esigenze legate all'ambiente interno sia quelle relative alla società in cui l'organizzazione vive.

La attenzione agli aspetti della qualità delle cure è oggetto di una recente pronuncia del Consiglio dell'Unione Europea, che il 5 giugno 2009 ha emanato una "Raccomandazione" sulla sicurezza dei pazienti ⁶, in particolare in merito alla prevenzione ed al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

La complessità aziendale nell'attuale fase di sviluppo e trasformazione della sanità italiana trova espressione negli indirizzi di riordino del sistema sanitario e si traduce nell'esigenza per le strutture sanitarie pubbliche e private di dotarsi di un'organizzazione in grado di perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- La chiara identificazione dei bisogni e delle esigenze dei cittadini per la messa a punto di servizi in grado di cogliere le sue aspettative;
- La definizione di "standard di qualità, impegni e programmi" (ex. D.P.C.M. 19/05/95) per la trasparenza della comunicazione verso l'esterno ed il controllo del livello di attesa e per l'impegno nel conseguimento degli standard di qualità dichiarati;
- La definizione del livello del servizio attraverso indicatori di cui all'art. 10 ("Il controllo di Qualità") e all'art. 14 ("I diritti dei Cittadini") ex D.Lgs. 502/517 del 92/93 rispettivamente per la misurazione dell'efficienza organizzativa e per la misurazione della soddisfazione del cliente;
- L'erogazione controllata del servizio attraverso la standardizzazione dell'ambiente in cui si sviluppa la pratica professionale;
- L'adozione di indicatori come strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati (ex. D.M.S. 24 luglio 1995);
- L'ottimizzazione dei costi connessi con la qualità del servizio ed il livello delle prestazioni richieste;
- Il continuo riesame delle caratteristiche di miglioramento della qualità del servizio.

La Qualità dell' assistenza sanitaria

L' orientamento verso la promozione della Qualità dell' assistenza sanitaria deve prevedere il coinvolgimento di tutte le dimensioni della Qualità ovvero: della dimensione relazionale, della dimensione organizzativo-aziendale, della dimensione professionale.

In particolare la dimensione professionale della qualità va perseguita attraverso la promozione di:

- etica professionale;
- istituzione di comitati per il governo clinico e assistenziale all' interno dell' organizzazione;
- partecipazione di tutto il personale sanitario a programmi di audit clinico a livello locale, regionale e nazionale;
- supporto della pratica medica e infermieristica basata su criteri di efficacia ed appropriatezza e dimostrata da evidenze scientifiche (Evidence based Medicine and Nursing)
- sviluppo di un efficiente sistema di monitoraggio delle cure cliniche;
- definizione di chiare politiche per la gestione dei rischi clinici, per la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, per gli utenti e per i lavoratori;
- chiara ed efficace comunicazione con i pazienti e fra gli operatori;
- formazione continua e addestramento professionale;

Di particolare rilievo la dimensione etica, che si estrinseca nella relazione operatore sanitario-paziente (etica del rapporto):

⁶ Consiglio dell'Unione Europea. Bruxelles, 5 giugno 2009 "RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo associate all'assistenza sanitaria" 10120/09 SAN 140 LIMITE IT.

- con l' instaurarsi di un rapporto collaborativo con la persona e la applicazione di metodi della cosiddetta **patient centred medicine**, che valorizza gli aspetti della persona e non della sola malattia;

- con il dovere di informazione e consenso e di reciproca responsabilizzazione;
- con la capacità di aiutare il paziente garantendo il sollievo dalla sofferenza e accompagnarlo alla morte;
- con l' etica dell' organizzazione attraverso l'erogazione di prestazioni necessarie ed efficaci, il buon uso delle risorse, le scelte orientate ai bisogni ed alle necessità.

IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE: organizzazione, risultati, obiettivi e pianificazione

"a road map to the future"

Allo stato attuale i problemi sui quali concentrare l'attenzione sono fondamentalmente due:

- 1. La complessità della medicina:** la crescente ingovernabile complessità delle scienze nell'ambito sanitario; nel corso delle decadi recenti si è assistito ad un incremento esponenziale delle conoscenze in ambito sanitario. Tuttavia le conoscenze disponibili sono ancora raramente applicate su larga scala da tutti i professionisti per migliorare la pratica delle cure e l'esperienza derivata dalla pratica è poco utilizzata per migliorare la conoscenza disponibile. Il sistema con il quale sono trasmesse le conoscenze (formazione, impiego, aggiornamento ecc.) non tiene il passo con la velocità con la quale sono disponibili nuove conoscenze; **di qui la necessità di costruire un sistema che garantisca il continuo accrescimento delle conoscenze, il miglioramento e la applicazione delle conoscenze alla pratica (a learning health care system).**

"A Learning Health Care System

A learning health care system generates and applies the best evidence for the collaborative health care choices of each patient and provider; drives the process of discovery as a natural outgrowth of patient care; and ensures innovation, quality, safety, and value in health care. In such a system, knowledge flows seamlessly between and among patients, providers, diagnostic facilities, and related community services. The best knowledge about treatments, diagnostics, and care delivery is naturally embedded in the delivery process, and new knowledge is captured as an integral by-product of the delivery experience".⁷

- 2. i costi:** si assiste da un lato alla escalation dei costi delle cure e dall'altro lato alla erogazione di cure non necessarie; se non si trovano modalità per erogare le cure necessarie ed utili a minori costi la prospettiva è un sistema sanitario non sostenibile.

Per realizzare quanto sopra è fondamentale il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari, **patient centred medicine**, nel senso che si devono erogare cure che rispettano e tengono conto dei bisogni, necessità e che assicurino che i valori del paziente guidino le scelte.

Il concetto comprende molte dimensioni, include il coordinamento e l'integrazione delle cure, informazione e comunicazione, educazione, comfort fisico, supporto emozionale, e coinvolgimento dei familiari.

Cosa intendiamo per miglioramento dell' organizzazione

La Direzione Aziendale ritiene fondamentale la qualità e la sicurezza dell'operare e negli anni ha consolidato il suo costante impegno per garantire questo obiettivo.

Il sistema aziendale attuato è orientato ed applicato a tutti i settori aziendali (sanitari e non sanitari) ed ai diversi aspetti della qualità (efficacia, efficienza, sicurezza, appropriatezza, partecipazione ed equità). Il Sistema Qualità aziendale è inteso come sistema di gestione dell'azienda.

⁷ (Roundtable on Value & Science-Driven Health Care, 2012)

Compito della **struttura Qualità e Sicurezza** è sovrintendere allo sviluppo di un sistema aziendale di gestione e di governo del miglioramento dell'intera organizzazione secondo principi di qualità e sicurezza e di sviluppo oltre che attività di ricerca e innovazione, assicurando un supporto ai Dipartimenti, alle Unità Operative ed ai singoli Professionisti.

Un modo semplice per rappresentare cosa si intende per "qualità" è la seguente rappresentazione che fa riferimento specifico ai concetti espressi nel documento redatto dall' Institute of Medicine (I.O.M.)⁸ ed ampiamente condivisi da tutto il mondo (Fig.1).



Fig. 1 Gimbe-modificata

La "qualità" di una organizzazione sanitaria si esprime attraverso l'**erogazione di cure** che rispondono ai seguenti requisiti (tab 1):

⁸ "Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century"

Tabella 1

EFFICACIA	Vuol dire erogare servizi basati su conoscenze scientifiche a coloro che ne possono beneficiare e non fornire servizi a coloro ai quali non è probabile che abbiano beneficio;
TEMPESTIVITA'	Significa erogare le cure necessarie entro i tempi richiesti dalla gravità clinica evitando i ritardi, riducendo le attese, sia per coloro che ricevono che per coloro che eseguono le cure;
SICUREZZA	La sicurezza del paziente è prioritaria; occorre proteggere il paziente evitandogli i danni procurati con le cure fornite per aiutarlo;
EFFICIENZA	Evitare sprechi, inclusi gli equipaggiamenti, le attrezzature, le risorse, le energie;
EQUITA'	L'accesso alle cure deve essere garantito a tutti in modo equo, vuol dire erogare cure e servizi che non siano diversi per livelli di qualità ai cittadini a causa della loro appartenenza a genere, etnicità, provenienza geografica e stato socio economico; l'informazione deve essere comprensibile da parte del cittadino;
ORIENTAMENTO al CITTADINO	Erogare cure che siano rispettose e che rispondano alle preferenze, bisogni e valori del cittadino, assicurando che i valori del paziente guidano tutte le decisioni cliniche.

Anche tutte le attività amministrative e gestionali sono ricomprese nel processo teso al raggiungimento di questi risultati.

Come

Per perseguire gli obiettivi indicati il Sistema Qualità dell'A.O. "Ospedale Maggiore" di Crema applica i seguenti sistemi:

1. certificazione ISO 9001:2008
2. accreditamento all'eccellenza secondo standard internazionali (joint Commission International)
3. Standard del Sistema Regionale di Miglioramento della Qualità delle cure (indicatori di governo)
4. Strumenti di Gestione del Rischio
5. standards della Rete Internazionale HPH&HS (Health Promoting Hospitals and Health Services)
6. il codice etico comportamentale.

Si avvale inoltre di sistemi specificamente orientati ad alcuni ambiti:

- sistema sicurezza (ex d.lvo 81/2008)
- trasparenza e anticorruzione (Legge 190/2012 e Decreto Legislativo 33 del 14/03/2013)
- pari opportunità.

Obiettivi del sistema di miglioramento

In sintesi il progetto qualità si prefigge di conseguire progressivamente i seguenti risultati:

- mantenere e sviluppare nella Azienda un sistema di gestione orientato alla realizzazione di un servizio sanitario appropriato ed economicamente compatibile con le risorse assegnate;
- diffusione all'interno dell'Azienda dei principi culturali e metodologici per lo sviluppo di una medicina basata sull'evidenza scientifica di efficacia e appropriatezza;

- miglioramento qualitativo dei servizi erogati e nell'utilizzo delle risorse (efficienza) anche mediante il pieno coinvolgimento del personale e perseguendo l'obiettivo della soddisfazione degli utenti secondo i criteri della qualità totale;
- incremento degli standard di sicurezza per gli utenti e per il personale;
- migliorare la soddisfazione e la motivazione del personale;
- sviluppo di settori di eccellenza in grado, fra l'altro, di incrementare il "potere di attrazione" dell'Azienda Ospedaliera.

LA MISURA DEI RISULTATI E DEL VALORE: IL CRUSCOTTO AZIENDALE

Un importantissimo strumento per incrementare il valore delle cure prestate è possedere un metodo per definire il valore degli interventi sanitari eseguiti, delle innovazioni e delle pratiche. In semplici termini il valore è il livello di benefici raggiunti a determinati costi. Obiettivo per nulla semplice da raggiungere poiché è complicato dal fatto che i benefici percepiti dei vari interventi variano a secondo di ciascun soggetto (paziente, struttura ecc.).

Poiché è imperativo il focus sul paziente i risultati devono considerare il miglioramento in termini di salute per il paziente (durata della sopravvivenza, stato di salute), la qualità della vita, il senso di benessere, la qualità della cura (tecnica) e non ultimo il rispetto della dignità della persona (aspetto compassionevole).

Nel considerare la componente dei costi occorre includere ogni finanziamento utilizzato per un particolare trattamento delle condizioni di salute, così come i potenziali esiti avversi. Le differenti prospettive degli stakeholders si riflettono anche nella determinazione dei costi cosicché vi sono differenti modalità di determinazione degli stessi.

Il sistema di monitoraggio è esso stesso parte integrante del processo di miglioramento. La trasparenza dei risultati fornisce informazioni circa le modalità con le quali i clinici attuano il miglioramento, porta l'attenzione sulle strutture che creano valore.

E sulla base di queste considerazioni in AO è disponibile a partire dal marzo 2013, il **"CRUSCOTTO DI OBIETTIVI, INDICATORI E RISULTATI"** dei veri determinanti della qualità delle cure. I risultati raggiunti sono stati evidenziati in un documento di sintesi (QUALITY REPORT 2013 e 2014) che permette la valutazione dell'andamento dei diverse aspetti **clinico assistenziali, gestionali e organizzativi dell'azienda**; si ha così una rappresentazione puntuale della qualità delle cure erogate e della qualità dell'organizzazione.

I risultati sono organizzati tenendo come riferimento le aree che creano valore indicate dalle linee guida emanate da Regione Lombardia (Fig 2).

Fig. 2 - AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO – Aree chiave per la creazione di valore.

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			
			APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	GESTIONE RISCHIO CLINICO			
				PIANO DI FORMAZIONE			
				COMPETENZE PER AREE CHIAVE			
				SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DI LEADERSHIP E MANAGERIALI			
				ESITI	COMPLICANZE		
					RIAMMISSIONI		
OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI							
MORTALITA' PER PROCEDURE							
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
						COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	CURA DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L' UTENTE/PAZIENTE
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI							
SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI							

Da AGENAS modificata

PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
0	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA, INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	Adeguamento tecnologico e strutturale: sicurezza antincendio, elettrica, impiantistica	Verifiche sullo stato di avanzamento dei lavori in ciascun presidio dell'A.O.	Gli interventi sono presupposto per la sicurezza dei pazienti e degli operatori	stato di avanzamento lavori in ciascun Presidio della AO	100% dello stato di avanzamento con conferma delle singole fasi del GANTT	2014/2015/2016
1	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA, INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	Piano di adeguamento del sistema informativo	Piano di evoluzione dei sistemi informativi Documentazione sanitaria informatizzata (cartella clinica,) Integrazione degli applicativi esistenti Disaster recovery	Disporre di sistema informativo orientato alla gestione delle informazioni sanitarie e gestionali	Stato di avanzamento del Piano di sviluppo del sistema informativo	Rispetto del Gantt	2014/2015/2016
28	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	Garantire trattamenti coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti: tempi di attesa in pronto soccorso adeguati alle classi di priorità	Mantenere attiva la valutazione ed il monitoraggio dei tempi stabiliti per codice di gravità	Il trattamento dei pazienti deve avvenire entro tempi che dipendono dalle condizioni cliniche del paziente	Casi visitati entro tempi stabiliti per codice di gravità	90% di casi visitati (codice giallo) entro 20 minuti	2014/2015/2016
28	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	Garantire trattamenti coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti: tempi di attesa in pronto soccorso adeguati alle classi di priorità	Mantenere attiva la valutazione ed il monitoraggio dei tempi stabiliti per codice di gravità	Il trattamento dei pazienti deve avvenire entro tempi che dipendono dalle condizioni cliniche del paziente	Casi visitati entro tempi stabiliti per codice di gravità	90% di casi visitati (codice giallo) entro 30 minuti	2014/2015/2016
29	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	Tempi di attesa per prenotazione allo sportello entro standard definiti	Definizione Standard di attesa per le prenotazioni	La AO definisce standard di attesa per le prenotazioni	Tempo di attesa per la prenotazione	Presenza di tempi di attesa medi o mediani 30' per prenotazione allo sportello per fascia oraria	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
4	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	Garantire tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero entro lo standard	Mantenere le prestazioni entro il tempo standard (tracciato 28SAN): ambulatoriale per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema..	Le prestazioni devono essere garantite entro tempi massimi a seconda della gravità della situazione	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema;	>95%	2014/2015/2016
30	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	Garantire tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero entro lo standard	I7-Mantenere le prestazioni come da indicatore regionale	Le prestazioni devono essere garantite entro tempi massimi a seconda della gravità della situazione	I7 - Analisi tempi d'attesa : media dei tempi di attesa per singole procedure, media per categorie; raggruppamento per percentili	radar	2014/2015/2016
1	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' DEI SERVIZI	Rendere disponibili i referti on line semplifica i percorsi al cittadino: fascicolo sanitario elettronico del cittadino	proseguire con la pianificazione regionale concordata	Rendere disponibili i referti on line al cittadino semplifica i percorsi al cittadino	% Referti pubblicati (Idd,ambul,radiologia,laboratorio) on line	> 80%	2014
2	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' DEI SERVIZI	Semplificazione dei percorsi del cittadino: prescrizioni di prestazioni e farmaci informatizzate	Effettuare prescrizioni di prestazioni e farmaci informatizzate sul totale delle prescrizioni	Semplificazione dei percorsi al cittadino	Percento prescrizioni informatizzate	> 70%	2014
3	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' DEI SERVIZI	Semplificazione dei percorsi al cittadino: rilascio certificati di malattia alla dimissione	Compilare i certificati di malattia dei pazienti dimessi	Semplificazione percorsi cittadino	certificati malattia rilasciati sui dimessi	50%	2014
6	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di cura: appropriatezza del trattamento dello stroke	Gestire tutti i pazienti affetti da stroke nella Stroke Unit	I paz affetti da stroke trattati in Strutture dedicate (SU) hanno un esito più favorevole	Tasso di occupazione SU di paz affetti da stroke	>85%	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
6	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di cura: tempestività intervento su pz con Stroke	effettuare la trombolisi entro le 4,5 ore dell'esordio	Una percentuale di pazienti affetti da stroke devono ricevere trombolisi entro 4,5 ore	Tasso di trombolisi eseguite entro 4,5 h (STROKE)	>7%	2014/2015/2016
7	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Promuovere l'aumento prelievi organi:prelievi multiorgano	promuovere i prelievi multiorgano	Aumento prelievi organi	Numero prelievi multiorgano / anno	>1	2014
7	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Promuovere l'aumento prelievi tessuti: cornee	promuovere i prelievi di cornee	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi)	Mantenimento 11 % prelievi di cornee	2014
7	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Promuovere l'aumento prelievi tessuti: TMS	promuovere i prelievi di Tessuto Muscolo Scheletrico	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO (per cento su impianti di protesi)	% su impianti di protesi >20%	2014
7	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Promuovere l'aumento prelievi tessuti: prelievo di sangue cordonale	promuovere i prelievi di sangue cordonale	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE (per cento sui parti)	% sui parti	2014
8	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di cura del trattamento del paziente con IMA: tempestività del trattamento	garantire l'intervento di PTCA primaria entro 90'	L' intervento di PTCA primaria in urgenza va garantiro entro 90'	PTCA primaria eseguite entro 90' (door to baloon time)	85% di PTCA primaria eseguite entro 90' dall'ingresso in PS	2014
8	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di cura del trattamento del paziente con IMA: tempestività del trattamento	garantire l'intervento di PTCA primaria entro 90'	L' intervento di PTCA primaria in urgenza va garantiro entro 90'	Tempo mediano di esecuzione di PTCA	< 75' mediana dei tempi di esecuzione di PTCA	2014/2015/2016
9	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H	Mantenere attiva la valutazione ed il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48 h	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione	>50%	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
9	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 72H	Mantenere attiva la valutazione ed il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 72 h	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 72H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	Fratture di femore: per cento di casi trattati entro 72h	>75%	2014
10	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Ridurre le dimissioni volontarie	Promuovere la comunicazione con pazienti e affamigliari	Le dimissioni volontarie sono elemento di insoddisfazione dell'utente	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	>=classe 3	2014
11	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Ridurre trasferimenti fra strutture	Limitare i trasferimenti a patologia non trattate dall'ospedale	I trasferimenti tra strutture di pazienti appartenenti alle specialità presenti nell' ospedale costituisce elemento di non soddisfazione della domanda	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammisione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	>=classe 3	2014
14	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Garantire accesso in caso di gravi calamità	Eeguire la revisione del piano di emergenza entro il 30/06/2014	Disporre di un piano di emergenza e testarne la applicazione è elemento di sicurezza	Avere eseguito la revisione del Piano di emergenza entro il 30 giugno 2014	SI - Presenza del piano revisionato	2014
32	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Appropriatezza dei parti cesarei primari	Ridurre il parto cesareo primario	IL parto cesareo va riservato a casi indicati. E' riconosciuta a livello internazionale un sovrautilizzo della procedura.	Tasso di parto cesareo primario	< valore 2013 - vedi CRUSCOTTO	2014 /2015 /2016

ID OBIE TTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO / RISULTATI ATTESI	TEMPI
32	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Appropriatezza dei parti cesarei	Ridurre il tasso di parto cesareo	IL parto cesareo va riservato a casi indicati. E' riconosciuta a livello internazionale un sovrautilizzo della procedura.	Tasso di parto cesareo	< valore 2013 - vedi CRUSCOTTO	2014 /2015 /2016
34	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Ridurre le ulcere da pressione nei pz ricoverati	Applicare la procedura di prevenzione delle ulcere da pressione.	Una buona assistenza deve limitare la comparsa di ulcere da pressione	ULCERE DA PRESSIONE: per cento di pazienti ai quali è curata una ulcera da pressione presente all' atto del ricovero	riduzione della % di pazienti che entrano senza ulcera da pressione ed escono con ulcera da pressione	2014 /2015 /2016
35	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Appropriatezza di codifica dei casi complicati	Solo monitoraggio	Controllare comportamenti opportunistici	I10 - Upcoding : rapporto tra ricoveri con complicanze rispetto al totale dei ricoveri dei DRG copia rispetto al valore equivalente calcolato a livello regionale, pesato per comorbidità della casistica	valore regionale	2014
36	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Ridurre comportamenti opportunistici: selezione della casistica trattata	Solo monitoraggio	Controllare comportamenti opportunistici	I11 - Cream skinning : verifica selezione della casistica	valore regionale	2014
60	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Raggiungere gli standard previsti dalla check list di autovalutazione	Vedere piano delle azioni specifico definito per singolo item	Raggiungere standard riconosciuti è elemento di qualità della struttura	Compliance standard JCI e Valutazione AO Reg. Lombardia	≥95%	2014/ 2015

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA A (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/RISULTATI ATTESI	TEMPI
60	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Prevenire e correggere errori - Sistema di segnalazione (incident reporting)- Incremento segnalazioni spontanee	Aumentare le segnalazioni spontanee nelle singole U.O.	Disporre di informazioni sugli eventi avversi e sui quasi eventi è utile al fine del miglioramento	Numero Segnalazioni spontanee degli operatori (sistema di incident reporting)	aumento del n° 2014 / 2013	2014/2015/2016
60	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Prevenire e correggere errori - Reclami e segnalazioni degli utenti	Gestire i reclami e le segnalazioni secondo la procedura prevista (PG09)	Disporre di informazioni sugli eventi avversi e sui quasi eventi è utile al fine del miglioramento	Reclami e Segnalazioni spontanee degli utenti (delta % sull' anno prec)	n° reclami e segnalazioni trattati secondo procedura $\geq 95\%$	2014/2015/2016
37	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	CONTROLLO DOLORE	Garantire un'appropriata gestione del dolore in ospedale	effettuare lo screening del dolore a tutti i pazienti ricoverati	Tutti i pazienti devono essere screenati per la comparsa di dolore.	Screening dolore nelle cartelle cliniche: % di cartelle nelle quali è rilevato il dolore	100% delle cartelle cliniche deve contenere lo screening del dolore	2014/2015/2016
37	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	CONTROLLO DOLORE	Garantire un'appropriato trattamento del dolore in ospedale	trattare tutti i pazienti con dolore >4 scala VAS	Tutti i pazienti con dolore oltre una soglia devono ricevere il necessario trattamento	Pazienti con dolore >4 scala VAS che ricevono il trattamento	80%	2014/2015/2016
12	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Riduzione mortalità Sepsis grave: individuazione casi	Applicare la scheda di M.E.W.S.	La diagnosi di sepsi grave e shock settico è sottostimata	Casi di sepsi grave e shock settico	>80%	2014/2015/2016
12	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Riduzione mortalità Sepsis grave: trattamento tempestivo ed appropriato	Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave come previsto in procedura	La diagnosi di sepsi grave shock settico è sottostimata e conseguentemente il suo trattamento	Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	>90%	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMP I
12	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Riduzione mortalità Sepsis grave: mortalità	Aumentare la diagnosi di sepsi grave e shock settico secondo procedura	La diagnosi di sepsi grave e shock settico è sottostimata	Tasso di mortalità per sepsi (AO e reparto)	riduzione del tasso di mortalità per sepsi	2014/2015/2016
13	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Chirurgia sicura - OBI 4	Applicazione sistematica della check di TIME OUT	Eeguire la check list è correlato ad una riduzione di morbosità e mortalità in S.O.	Chirurgia sicura: tasso di applicazione della check list (per AO): % processi completi; % time out eseguiti;	>95%	2014/2015
39	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre le infezioni negli interventi chirurgici	Effettuare l'antibiotico profilassi entro 60' dall'intervento.	Adeguate e tempestivo trattamento riduce l'insorgenza di infezioni	Percento di pazienti che ricevono l'antibiotico entro 60 minuti dall'intervento	100% dei pazienti ricevono la profilassi antibiotica entro 60'	2014
39	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre le infezioni negli interventi chirurgici	Effettuare l'antibiotico profilassi come previsto nelle Linee Guida Aziendali	Adeguate e tempestivo trattamento riduce l'insorgenza di infezioni	Percento di pazienti che ricevono l'antibiotico corretto secondo le LG	100%	2014
40	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre la tromboembolia post operatoria	Effettuare lo screening del rischio tromboembolico	Adeguate e tempestivo trattamento riduce l'insorgenza di TE	Percento di pazienti chirurgici che ricevono uno screening del rischio tromboembolico	vedi cruscotto	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
40	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre la tromboembolia post operatoria	Effettuare il trattamento per la prevenzione del tromboembolismo post chirurgico	Adeguate e tempestive il trattamento riduce l'insorgenza di TE	Percento di pazienti che ricevono le prescrizioni corrette per la prevenzione del tromboembolismo post chirurgico	vedi cruscotto	2014
41	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre le infezioni polmonari nei pazienti ventilatoassistiti	Trattare in modo adeguato e tempestivo l'insorgenza delle infezioni polmonari in pazienti ventilato assistiti	Adeguate e tempestive il trattamento riduce l'insorgenza di infezioni	Infezioni polmonari in RIA:gg di trattamento con VMA	vedi cruscotto	2014
41	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	Ridurre le infezioni polmonari nei pazienti ventilatoassistiti	Trattare in modo adeguato e tempestivo l'insorgenza delle infezioni polmonari in pazienti ventilato assistiti in Rianimazione	Adeguate e tempestive il trattamento riduce l'insorgenza di infezioni	Infezioni polmonari in RIA	vedi cruscotto	2014
42	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5	effettuare la sorveglianza Lavaggio Mani specifica per categorie professionali e per U.O.	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Sorveglianza lavaggio delle mani specifica per categoria professionale e per UO	vedi cruscotto	2014/2015/2016
42	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5	Verifica della compliance complessiva del lavaggio delle mani	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Compliance complessiva	vedi cruscotto	2014
42	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5	effettuare il monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani: consumo di prodotti a base alcolica in litri per 1000 gg paziente.	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani: consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani in Litri per 1000 giorni-paziente>20	> 20 lt x 1.000 gg paziente	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
42	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5	Effettuare la valutazione della compliance al frame work WHO progetto "Clean care il safer care": punti acquisiti sul totale dello score.	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Compliance al Framework WHO Progetto "Clean care is safer care"	vedi cruscotto	2014
43	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre le colonizzazioni MRSA in dialisi	Aumentare la compliance nella applicazione della procedura di bonifica dei pazienti dializzati: screening e trattamento.	Il trattamento del paziente colonizzato da MRSA riduce le infezioni al paziente dializzato e riduce le occasioni contagio crociato	Aumento della compliance nella applicazione della procedura di bonifica. Screening e trattamento-ricerca MRSA nei pazienti dializzati.	vedi cruscotto	2014
44	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Riduzione infezioni da protesi da SA	Effettuare screening e bonifica dei pazienti sottoposti a protesi.	Il riconoscimento precoce dei pazienti colonizzati da SA ed il loro trattamento riduce la percentuale di infezione;	Screening e bonifica dei pazienti sottoposti a protesi	% di screening e bonifica effettuati	2014
45	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Riduzione dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi produttori di carbapenemasi	Effettuare la verifica diretta della applicazione delle procedure sul 100% degli isolamenti di laboratorio	L' Isolamento dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi produttori di carbapenemasi riduce la possibilità di trasmissione	Verifica diretta della applicazione delle procedure al 100% degli isolamenti di laboratorio	vedi cruscotto	2014
45	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Trattamento appropriato del paz colonizzato/infetto da microrganismi produttori ai carbapenemasi	applicazione sistematica dello schema terapeutico previsto.	Il trattamento precoce dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi produttori di carbapenemasi aumenta la sopravvivenza e riduce la possibilità di trasmissione	Applicazione schema terapeutico	% dei trattamenti appropriati effettuati	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
46	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Identificazione del paziente - OBI 1	Gestire l'introduzione di nuovi applicativi mantenendo il criterio dell'identificativo unico per il paziente.	Identificativo univoco all'introduzione di nuovi applicativi	Nuovi applicativi coerenti con l'identificativo unico per il paziente.	% di applicativi introdotti coerenti con il criterio	2014 /2015 /2016
47	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Comunicazioni telefoniche e verbali - OBI 2	Applicazione delle regole aziendali per gestire le comunicazioni telefoniche e verbali (PO04 e PO07)	Regole per gestire le comunicazioni riducono il rischio per i pazienti. Verifiche durante audit della applicazione delle procedure	verificare l'applicazione delle comunicazioni telefoniche e verbali nel processo di prescrizione e somministrazione del farmaco.	verifica della applicazione delle procedure durante gli audit	2014 /2015 /2016
48	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio - OBI 3	Applicazione delle azioni previste nelle PT14, PT20, PT24, IOI/02	FARMACI: Prevenzione del rischio correlato all'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio farmaci stupefacenti e farmaci ad altro rischio e ad alto livello di attenzione	1) FARMACI: Prevenzione del rischio correlato all'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio monitoraggi sulla gestione del KCL, farmaci stupefacenti e farmaci ad altro rischio e ad alto livello di attenzione nelle UU.OO e verifica nel corso degli audit.	verifica e monitoraggio durante gli audit sistema qualità e farmaci	2014
48	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio - OBI 3	Elaborare istruzioni operative dei farmaci utilizzati per la sedazione cosciente/moderata in coerenza con le Linee guida aziendali e condividerle con il Direttore DEA per i servizi di: Endoscopia digestiva, Emodinamica, Radiologia, Broncoendoscopia.	Prevenzione del rischio nell'uso di sedazione moderata	monitoraggio della applicazione delle Linee guida sulla sedazione moderata e profonda nelle UU.OO. che gestiscono la sedazione moderata	presenza di IO specifiche per singolo servizio	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
48	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3	Aumentare le segnalazioni delle ADR in tutte le U.O. e diffondere i risultati alle UU.OO tramite il bollettino annuale elaborato dalla farmacia.	ADR: mantenere attivo il sistema di segnalazione e di diffusione dei risultati alle UU.OO. tramite il "bollettino annuale" elaborato dalla U.O. Farmacia.	monitoraggio delle ADR e mantenere attivo il sistema di diffusione dei risultati alle UU.OO. tramite il "bollettino annuale" elaborato dalla U.O. Farmacia.	> delle segnalazioni per singola U.O. Presenza del bollettino annuale a carico della farmacia	2014/2015/2016
48	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3	Proseguire l'implementazione del sistema somministro web nelle U.O. Oncologia e Day Hospital oncologico (applicazione Raccomandazione Ministeriale n.15)	Applicazione della Raccomandazione n.14 "Prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici"	Indicatori della Raccomandazione n.14 "Prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici"	presenza del somministro web a regime	2014
48	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3	Proseguire il monitoraggio della PO06 Pianificazione incontri per remaind sulle modalità di attuazione del processo di gestione di sangue ed emoderivati nelle U.O.	PO06 modalità di gestione del processo di infusione di sangue ed emoderivati nelle UU.OO..	monitoraggio della PO06 e pianificare incontri di rinforzo sulle modalità di gestione del processo di infusione di sangue ed emoderivati nelle UU.OO..	report dei monitoraggi effettuati dal SIMT Evidenza della effettuazione del remind nelle singole UO	2014
49	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Sicurezza del paziente: valutazione complessiva delle principali misure di prevenzione del rischio (IPSG- International patients safety goals);	vedi indicatori Check autovalutazione regionale	Raggiungere standard riconosciuti è elemento di qualità della struttura	I8 - Indicatore Joint Commission sulla Patient Safety : punteggi dei singoli elementi misurabili basati sulle valutazioni JCI	vedi indicatori Check autovalutazione regionale	2014/2015
6	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE	Appropriatezza alte specialità: stroke unit	Mantenere i volumi dei casi dei pazienti con diagnosi di STROKE	La numerosità della casistica trattata è un indice di qualificazione della struttura sanitaria	Stroke: volumi casi paz dimessi con diagnosi di stroke	>200	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
41	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre le infezioni polmonari	Effettuare il trattamento antibiotico entro 8h dall'ingresso in Ospedale	IL trattamento precoce delle polmonite aumenta la sopravvivenza	Polmoniti: Trattamento antibiotico entro 8 ore dall'ingresso in Ospedale	vedi cruscotto	2014
41	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre le infezioni polmonari	Trattare i pazienti con polmoniti con l'antibiotico o l'associazione indicata nelle Linee Guida	IL trattamento precoce e la corretta scelta dell'antibioticoterapia delle polmoniti aumenta la sopravvivenza	Trattamento delle polmoniti	vedi cruscotto	2014
50	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE	Appropriatezza alte specialità: emodinamica ed elettrofisiologia	Mantenere e/o aumentare i volumi di attività sulle procedure cardiologiche endovascolari	La numerosità della casistica trattata è un indice di qualificazione della struttura sanitaria	Volumi di attività: procedure cardiologiche endovascolari	> 250	2014
51	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI		Ridurre contestazioni NOC	I 13- Controlli NOC: esito controlli NOC		I13 - Controlli NOC : esito controlli NOC	I13-NOC	2014
31	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	Soddisfazione utenti	Proseguire con iniziative orientate a promuovere la soddisfazione degli utenti	I6a - Customer satisfaction 1 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale medico - valore medio della risposta	I6a - Customer satisfaction 1 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale medico - val	indicatore regionale	2014
31	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	Soddisfazione utenti	Proseguire con iniziative orientate a promuovere la soddisfazione degli utenti	I6b - Customer satisfaction 2 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale infermieristico - valore medio della risposta	I6b - Customer satisfaction 2 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale infermieristico - valore medio della risposta	indicatore regionale	2014
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento ricoveri	rapporto produzione/finanziamento ricoveri =0	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento sub acute	rapporto produzione/finanziamento sub acute =0	2014
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento ambulatoriale	rapporto produzione/finanziamento ambulatoriale =0	2014
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento NPI	rapporto produzione/finanziamento NPIA =0	2014
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento Psichiatria	rapporto produzione/finanziamento Psichiatria =0	2014
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DELLE RISORSE	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Costo farmaci/valore produzione	Costo farmaci / valore produzione =0	2014
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DELLE RISORSE	Equilibrio economico	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	produzione effettiva/FTE personale	Produzione effettiva / FTE Personale = 0	2014
16	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DELLE RISORSE	Contenere il tasso di assenteismo	Mantenere attivo un sistema di valutazione del tasso di assenteismo per valutare lo stato di benessere dell'organizzazione.	L'assenteismo è un proxy del benessere dei dipendenti	Tasso di Assenteismo	tasso di assenteismo	2014/2015/2016
53	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	Garantire adeguata formazione al personale			Ore formazione dipendenti per qualifica		2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
17	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Autosufficienza dei posti letto dipartimenti	Mantenere adeguato numero di posti letto attivi	Sicurezza ed efficienza dei processi dipartimentali	Ridurre la % di giornate di degenza dei ricoveri del dip medico in appoggio extradip	-80%	2014
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri	<2%	2014
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ambulatoriali	<2%	2014
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l'autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	100%	2014
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l'autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	100%	2014
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l'autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: Percento di cartelle subacuti sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	100%	2014
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l'autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: corretta codifica cod 86.22 "Rimozione asportativa di ferita..."	99%	2014

ID OBIE TTIV O	AREA DI APPARTENEN ZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
18	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Correttezza della codifica delle prestazioni	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	Percento di cartelle sottoposte a decurtazione per incompletezza (DGR 9014/09)	<2%	2014
19	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre errori prescrittivi	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	L' utilizzo di strumenti informatici per prescrivere le prestazioni consnete di ridurre significativamente gli errori	Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	80%	2014
20	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Servizio angiografia interventistica:continuità operativa	Definire la reperibilità angiografica per 12 h x 7 gg diurna	Garantire attività con continuità	copertura reperibilità angiografica h12-7gg	98% della copertura di reperibilità angiografica notturna	2014
20	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Servizio angiografia interventistica:continuità operativa	Definire la reperibilità angiografica per 12 h x 7 gg notturne	Garantire attività con continuità	copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg	90% della copertura di reperibilità angiografica giornaliera	2014
21	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Sistema delle reperibilità	Introdurre sistema web based	Garantire attività con continuità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based	95%	2014
22	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	Gestire percorsi alternativi	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital	-20% del valore 2013	2014
23	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre i drg medici nei reparti chirurgici	Gestire percorsi alternativi	Una bassa quota di drg medici nei reparti chirurgici è indice di appropriatezza	I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	-20% del valore 2013	2014
24	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre i ricoveri brevi medici	Gestire percorsi alternativi	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	-20% del valore 2013	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
27	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	Ridurre ricoveri ripetuti	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I4 - % di Ricoveri ripetuti >= 2 GG per la stessa MDC ed all'interno dello stesso osp	indicatore regionale	2014
27	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	Ridurre ricoveri ripetuti	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I5 - % di Ricoveri ripetuti > 2gg all'interno dello stesso ospedale	indicatore regionale	2014
27	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre ricoveri ripetuti	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I5 - % di Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriato uso delle risorse	/	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	Tasso di occupazione, Turn over, I. R. posti letto per Presidio	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre la degenza media preoperatoria	proseguire a mantenere iniziative	Una degenza preoperatoria nei casi programmati tendente ad un giorno è indice di efficienza organizzativa	Degenza media preoperatoria nei casi programmati	indicatore regionale	2014
24	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre i ricoveri brevi	Gestire percorsi alternativi	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I1 - % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriatezza di codifica dei casi complicati	controllo di appropriatezza	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I2 - % di casi complicati	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre comportamenti opportunistici: selezione della casistica	analisi della casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I3 - Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	indicatore regionale	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriato uso delle risorse	Revisione casistica	Frazionamento ricoveri	I6 - Numero di accessi per record di DH	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriato uso delle risorse	Revisione casistica	Frazionamento ricoveri	I7 - % di procedure effettuate in ambulatorio sul totale procedure + ricoveri 0-1 g	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriato uso delle risorse	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I8 - Importo medio per Reparto	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriato uso delle risorse	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I9 - % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni (significativo dall'anno 2011)	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriato uso delle risorse	/	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I4 - Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato: per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso	indicatore regionale	2014
54	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Appropriatezza dei ricoveri	/	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I10 - Tasso di Ospedalizzazione di Ricoveri Ordinari (di 2 o più Giornate) attribuiti a DRG ad Alto Rischio Inappropriatezza	indicatore regionale	2014
55	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Ridurre la degenza media preoperatoria	Mantenere percorso prericovero	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I1 - Degenza Media Pre-operatoria	indicatore regionale	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
15	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	EFFICIENZA ECONOMICA	Appropriato uso delle risorse	analisi report	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I9 - Analisi efficienza tecnica : metodo della frontiera stocastica sull'appropriatezza di ricoveri	indicatore regionale	2014
34	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZA	Ridurre le ulcere da pressione nei pz ricoverati	Applicare la procedura di prevenzione delle ulcere da pressione.	Una buona assistenza deve limitare la comparsa di ulcere da pressione	ULCERE DA PRESSIONE: percentuale di pazienti ai quali insorge una ulcera da pressione durante il ricovero	riduzione della % di pazienti che entrano senza ulcera da pressione ed escono con ulcera da pressione	2014 /2015 /2016
25	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	Ridurre i rientri in S O	Revisione casistica	Un basso tasso di reinterventi è indice di qualità	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale.	>=classe 3	2014
55	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	Ridurre i sinistri per area clinica	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri Area Ostetrico-Ginecologica per 10.000 gg di ricovero	riduzione	2014 /2015 /2016
55	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	Ridurre i sinistri per area clinica	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri Area Ortopedica per 10.000 gg di ricovero	riduzione	2014 /2015 /2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
55	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	Ridurre i sinistri per area clinica	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri per Pronto Soccorso per il n° di accessi	riduzione	2014 /2015 /2016
55	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	Ridurre i sinistri per area clinica	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri per Area Chirurgica per 10.000 gg di ricovero	riduzione	2014 /2015 /2016
56	EFFICACIA	ESITI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre le cadute in ospedale	Applicare la procedura di prevenzione del rischio caduta	Le cadute in ospedale rappresentano una consistente fonte di danno	Tasso di cadute per 100 gg ricovero (per AO)	mantenimento e/o riduzione del tasso di caduta per azienda	2014 /2015 /2016
56	EFFICACIA	ESITI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre le cadute in ospedale	Applicare la procedura di prevenzione del rischio caduta	Le cadute in ospedale rappresentano una consistente fonte di danno	Tasso di cadute per 100 gg di ricovero (per reparto)	mantenimento e/o riduzione del tasso di caduta per U.O.	2014 /2015 /2016
56	EFFICACIA	ESITI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Ridurre le cadute in ospedale	Applicare la procedura di prevenzione del rischio caduta	Le cadute in ospedale rappresentano una consistente fonte di danno	Tasso cadute per gravità di esito : casi con danni moderato / grave : %	mantenimento e/o riduzione della % di danno moderato e grave	2014 /2015 /2016
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Ridurre la mortalità	I5 - mortalità totale Vedi schema indicatore regionale	vedi scheda indicatore regionale	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	>=classe 2	2014
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Bassa mortalità chirurgica nei pazienti con IMA e trattati con PTCA	Valutazione e monitoraggio della mortalità a 48 h dei pz con IMA trattati con PTCA.	L' intervento precoce con PTCA si accompagna ad una bassa mortalità	Mortalità in pazienti sottoposti a PTCA entro 48 ore (AGENAS)	vedi cruscotto	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Bassa mortalità nei pazienti affetti da stroke	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità ICTUS a 30 gg dal ricovero	L' intervento precoce con PTCA si accompagna ad una bassa mortalità	ICTUS: mortalità a 30 gg dal ricovero	vedi cruscotto	2014
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Bassa mortalità nei pazienti ricoverati in Cardiologia	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale ospedaliera in Cardiologia	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	Mortalità totale ospedaliera in cardiologia	vedi cruscotto	2014
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Bassa mortalità nei pazienti affetti da stroke	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale intra ospedaliera per Stroke	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	STROKE Mortalità intraospedaliera per stroke	vedi cruscotto	2014
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Bassa mortalità chirurgica nei pazienti con frattura di femore	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale intra ospedaliera per fratture di femore	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	Fratture di femore: mortalità intraospedaliera	vedi cruscotto	2014
26	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	Bassa mortalità nei pazienti con polmonite	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale intra ospedaliera per polmoniti	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	Mortalità intraospedaliera delle polmoniti	vedi cruscotto	2014
41	EFFICACIA	ESITI	OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI	Ridurre Infezioni polmonari	Mantenere un basso di infezioni polmonari attraverso una diagnosi precoce.	Un basso tasso di infezioni polmonari ospedaliere è indice di corretta prevenzione e trattamento	Polmoniti: tasso di polmoniti ospedaliere	tasso di polmoniti ospedaliere	2014
57	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre il rischio infortuni e danni	Mantenere attivo un sistema di monitoraggio e valutazione sul rischio biologico Rinforzo sui comportamenti da tenere nelle manovre di smaltimento a tutti i dipendenti	Avere dati per gestire in prevenzione la sicurezza dei lavoratori	TASSO INFORTUNI RISCHIO BIOLOGICO	vedi CRUSCOTTO Presenza di avvenuto retraining sui comportamenti	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
58	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre il rischio infortuni e danni	Mantenere attivo un sistema di monitoraggio e valutazione su movimentazione dei carichi	Avere dati per gestire in prevenzione la sicurezza dei lavoratori	TASSO INFORTUNI MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI	vedi CRUSCOTTO	2014/2015/2016
59	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	Ridurre il rischio infortuni e danni	Mantenere attivo un sistema di monitoraggio e valutazione sugli altri rischi	Avere dati per gestire in prevenzione la sicurezza dei lavoratori	TASSO INFORTUNI - altri rischi	vedi CRUSCOTTO	2014/2015/2016
27	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	Ridurre ricoveri ripetuti	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	>=classe 3	2014
27	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	Ridurre ricoveri ripetuti dei pazienti con stroke	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	ICTUS: riammissione ospedaliera a 30 gg (AGENAS)		2014
27	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	Ridurre ricoveri ripetuti in Pronto Soccorso	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	Tasso di rientro in Pronto Soccorso (entro 5 gg dalla dimissione)	tasso di rientro in PS entro 5 gg dalla dimissione	2014
27	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	Ridurre ricoveri ripetuti	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	I12 - Readmission : n° tot ricoveri ripetuti nel medesimo ospedale e nello stesso reparto per stessa MDC entro 30 gg. sul totale delle dimissioni	vedi I12-READMISSION Indicatore Regionale	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
5	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E CONFORT DELLA STRUTTURA	Garantire diritti e umanizzazione	Verifiche sullo stato di avanzamento dei lavori di ristrutturazione dell'A.O.	Strutture con un buon livello alberghiero	Disponibilità di camere a uno e due letti	Rispetto del Gantt	2014/2015
61	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO RISORSE, UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE	Garantire la gestione in sicurezza delle attrezzature. 1	Rendere disponibile a tutte le UU.OO. un piano di manutenzione della apparecchiature tecnologiche e/o attrezzature	Aumentare la sicurezza nell'uso delle attrezzature	1) Rendere disponibile a tutte le UU.OO. un piano di manutenzione delle apparecchiature tecnologiche e/o attrezzature.	presenza del piano in ogni U.O.	2014
61	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Garantire la gestione in sicurezza delle attrezzature. 2	Effettuare la valutazione del rischio delle attrezzature nelle U.O. al fine di identificare il livello di rischio per singola attrezzature per i pazienti.	Aumentare la sicurezza nell'uso delle attrezzature	2) Effettuare valutazione del rischio di attrezzature in tutte le UU.OO. che identifichi il livello di rischio	presenza della valutazione del rischio nelle schede delle attrezzature di 1° livello.	2014
62	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Garantire la prevenzione del rischio tecnologico/strutturale. 1	Effettuare verifiche sul campo sullo stato del rischio secondo la procedura.	Aumentare la sicurezza nell'uso delle attrezzature	1) attività di verifiche e monitoraggio del rischio tecnologico	presenza del report delle verifiche effettuate.	2014/2015/2016
63	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1	Effettuare attività di formazione sulla comunicazione efficace all'interno dell'èquipe di cura	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	1) attività di formazione sulla comunicazione efficace all'interno delle èquipe di cura.	avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
63	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1	Effettuare attività di formazione sulla gestione del dolore	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	2) attività di formazione sulla gestione del dolore	avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione	2014/2015/2016
64	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1	Effettuare attività di formazione a rinforzo del sistema di gestione per la qualità alla rete dei referenti qualità e sicurezza	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	3) formazione a rinforzo del sistema di gestione per la qualità alla rete dei referenti qualità e sicurezza.	avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione	2014/2015/2016
64	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1	Effettuare almeno un audit in tutte le U.O. e Servizi Sanitari aziendali	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	4) effettuare almeno un audit in tutte le UU.OO. e servizi sanitari	presenza del 100% degli audit effettuati	2014/2015/2016
64	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1	Proseguire l'attività di rendere conformi le informative ai principi stabiliti nella procedura del consenso informato.	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	5) Informative non conformi ai principi stabiliti in procedura del consenso informato	aumentare la % di informative conformi	2014/2015/2016
64	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1	Effettuare l'addestramento al BLS e retraining secondo pianificazione	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	6) addestramento al BLS e re-training secondo pianificazione	avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
64	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA E SVILUPPO COMPETENZE	APPROPRIATEZZA E SVILUPPO COMPETENZE	Garantire servizi e cure basati su conoscenze scientifiche solo a coloro che ne possono beneficiare 1	Proseguire con l'attività di revisione delle job anche alla luce del percorso del dossier formativo	Mantenere un buon livello di addestramento dei professionisti a garanzia dei pazienti e dell'organizzazione	1)proseguire con la revisione delle JOB base e la rivalidazione delle job specifiche	presenza di job revisionate	2014/2015/2016
65	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Gestire la formazione coerente con le normative vigenti.a)	Effettuare gli eventi formativi coerenti con il piano della formazione. (Anticorruzione, Testo unico 81/2008, ecc)	Aumentare comportamenti coerenti con le norme negli operatori	a) formazione coerente con TU 81/2008 che prevede la definizione delle responsabilità a fronte di una valutazione dei rischi in ogni Unità Operativa e l'esecuzione del corso FAD obbligatorio per tutti gli operatori ad esclusione dei direttori di U.O.	avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione	2014
65	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	Gestire la formazione coerente con le normative vigenti.b)	Proseguire con l'attività delle prove di evacuazione nelle U.O. (ogni 2 anni)	Manutenere le competenze nella gestione della evacuazione	b) prove di evacuazione nelle UU.OO. (almeno 1 ogni 2 anni)	evidenza dell'effettuazione delle prove di evacuazione come pianificato.	2014/2015/2016
66	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare la valutazione del paziente. 1)	Effettuare controlli a campione sulle modalità di gestione della valutazione del paziente durante gli audit	Verificare la coerenza delle valutazioni effettuate sui paziente rispetto ai criteri predefiniti	1)controlli a campione sulle modalità di gestione della valutazione del paziente;	% delle valutazioni effettuate secondo politica della cartella clinica della PO01	2014/2015/2016
66	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare la valutazione del paziente. 2)	Rinforzare la valutazione puntuale dei pazienti in ingresso e la valutazione dei criteri di gestione dei posti letto.	Rinforzo su valutazione puntuale dei pazienti e sui criteri di gestione dei posti letto	2) valutazione puntuale dei pazienti e valutazione criteri di gestione posti letto	presenza in ogni U.O. del verbale degli incontri con evidenza dell'aver trattato gli argomenti.	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
66	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare la valutazione del paziente 3	Elaborazione I.O. da allegare alla PO07 sui criteri di valutazione nutrizionale e funzionale e le relative modalità di gestione operativa (consulenze)	Il paziente deve essere valutato anche per gli aspetti nutrizionali	3)procedura organizzativa di gestione degli ambiti e delle modalità di valutazione nutrizionale e funzionale (definire i criteri di valutazione e gli ulteriori elementi da rilevare sulla cartella clinica durante l'anamnesi)	Presenza della IO	2014/2015/2016
66	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare la valutazione del paziente 4	Attuare nelle UU.OO. Neurologia e Riab. Neuromotoria nella valutazione iniziale le valutazioni nutrizionali e funzionale	il paziente deve essere valutato anche per gli aspetti nutrizionali	4) riscontro della valutazioni iniziali e delle valutazioni nutrizionali e funzionali nella documentazione clinica, (neurologia e neuromotoria)	% di presenza delle valutazioni in CC	2014
66	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare la valutazione del paziente 5	elaborare un set minimo di valutazione sulla valutazione clinica eseguita a livello ambulatoriale da allegare alla PO07	Avere il contenuto minimo sulla valutazione clinica eseguita negli ambulatori	5) politica sulla valutazione clinica eseguita a livello ambulatoriale ridefinendo il contenuto minimo delle valutazioni	Presenza di politica ambulatoriale	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 1	Integrare la procedura PO07 con le regole di gestione delle consulenze tra reparti.	Avere tempi certi di erogazione delle consulenze	1) Integrare la procedura PO07 Procedura organizzativa ricovero e dimissione con le regole di gestione delle consulenze tra reparti.	Presenza nella PO07 della IO sulla gestione delle consulenze tra reparti.	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 2	applicazione dei requisiti richiesti nella IO07/01 alla lettera di dimissione	Avere una lettera di dimissione utile a garantire la continuità assistenziale.	2) presenza di lettera di dimissioni con tutti i requisiti richiesti nella IO07/01.	% di ldd complete sul totale esaminate \geq 95%	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione	elaborazione della revisione della PO01 sul format e i contenuti dei professionisti infermieri.	Avere un format che garantisce la leggibilità del percorso di cura effettuato dal paziente	3) revisione del format e dei contenuti della cartella clinica, parte relativa agli infermieri	Presenza del format aggiornato	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 3	valutazione e monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dei PDTA (ICTUS, colon retto, mammella, prostata, TVP, ecc)	Valutare gli esiti delle cure	4) indicatori di processo e di esito dei PDTA (Ictus, colon retto, mammella, prostata, TVP, etc)	Evidenza dei risultati degli indicatori e delle valutazioni effettuate	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 4	monitorare i tempi di risposta dei servizi (Radiologia, Lab Analisi, Anatomia Patologica) alle UU.OO.	Avere tempi certi e utili di dati per avviare e/o revisionare il percorso di cura del paziente	5) tempi di risposta dei servizi alle UU.OO. (Radiologia/Lab. Analisi/Anatomia Patologica)	Rispetto dello standard dichiarato	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 5	completare l'implementazione del progetto presente nel piano di RM 2013/2014 sull'applicazione della Raccomandazione 6	Aumentare la sicurezza del percorso nascita	6) Elaborare le Procedure: a) per la "Prevenzione morte materna travaglio e parto" sulla base della RACCOMANDAZIONE 6 e dell'applicazione delle Linee Guida nazionali sul parto fisiologico	Evidenza di completamento del progetto con valutazione degli indicatori definiti	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 6	Validazione e implementazione della procedura di prevenzione del suicidio in ospedale (Raccomandazione 4)	Aumentare la sicurezza dei paziente in Azienda	7) Procedura su Prevenzione del suicidio – RACCOMANDAZIONE N.4	presenza della procedura con diffusione e condivisione nelle UU.OO interessate	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 7	Monitoraggio della applicazione della Raccomandazione 10 (RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI)	Aumentare la sicurezza dei paziente in Azienda	8) Monitoraggio applicazione Prevenzione osteonecrosi mascella/mandibola difosfonati RACCOMANDAZIONE n. 10	Presenza report del monitoraggio	2014
67	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 8	Validazione e implementazione della procedura di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori (Raccomandazione 8)	Aumentare la sicurezza dei paziente in Azienda	9) Redigere la procedura sulla base della Raccomandazione N 8 per prevenire atti di violenza a danno degli operatori	Presenza della procedura validata	2014
68	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Migliorare i processi di interscambio di servizi e prestazioni tra e intra strutture sanitarie 1	Monitoraggio della PO 14 Procedura Organizzativa per la gestione dei trasporti sanitaria (rev0/2012) a carico direttore e coordinatore del PS	Aumentare la sicurezza dei paziente in Azienda	1) Monitoraggio della PO14 "PROCEDURA ORGANIZZATIVA per la Gestione dei Trasporti Sanitari" (rev.0/2012) in tutta l'Azienda	presenza del report di monitoraggio	2014
69	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	Garantire servizi e cure basati su conoscenze scientifiche solo a coloro che ne possono beneficiare	Effettuare il controllo della spesa farmaceutica attraverso l'evidenza delle cure erogate basate su evidenze scientifiche.	Utilizzo di farmaci efficiente ed efficace	3) controllo spesa farmaceutica	riduzione della spesa farmaceutica	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
69	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 1	applicazione delle regole definite nel progetto della riorganizzazione del blocco operatorio	Attuare una organizzazione efficiente oltre che efficace	1) Applicazione delle regole definite nel progetto della riorganizzazione del blocco operatorio	report di valutazione e monitoraggio degli indicatori presenti nel regolamento	2014
70	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 3	Effettuare la revisione organizzativa UO Diagnostica per immagini	Attuare una organizzazione efficiente oltre che efficace	2) revisione organizzativa UO Diagnostica per immagini	presenza di report di revisione organizzativa	2014
70	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 4	Definire e pianificare le modalità di verifica dei servizi appaltati	Aumentare l'efficienza organizzativa nella gestione degli appalti	3) definizione e pianificazione della modalità di verifica dei servizi appaltati.	report sul 100% della verifica dei servizi appaltati	2014
70	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 5	Monitoraggio quadrimestrale rispetto standarda accreditamento	Attuare una organizzazione efficiente oltre che efficace	4) adozione degli standard di dotazioni organiche alle UU.OO e Servizi (lo standard definito ha un range compreso tra quanto richiesto dall'accreditamento istituzionale e l'assegnato come da dotazioni organiche)	>1	2014/2015
71	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D'USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire pari opportunità di accesso alle cure a tutti i cittadini 1	Rendere trasparenti tutti i processi di accesso alle prestazioni erogate dalla struttura (ambulatoriali, di ricovero, liste d'attesa intervento, ecc)	Attuare una organizzazione con processi di accesso trasparenti	1) rendere trasparenti tutti i processi di accesso alle prestazioni erogate dalla struttura (ambulatoriali, di ricovero, liste attesa intervento chirurgico, ecc..)	presenza di liste di attesa di ricovero	2014

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
71	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire pari opportunità di accesso alle cure a tutti i cittadini 2	Publicare la carta dei servizi revisionata.	Rendere le informazioni chiare da erogare ai cittadini sull'organizzazione	2) predisposta nuova revisione della Carta dei Servizi	presenza di pubblicazione della nuova carta dei servizi	2014
71	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	Garantire pari opportunità di accesso alle cure a tutti i cittadini 3	Disponibilità di informazioni e di attività a protezione delle categorie protette: - anziano ultra sessantacinquenne con patologie croniche o psichiatriche, non autosufficiente e con barriere culturali/sociali · paziente oncologico, terminale · paziente psichiatrico in trattamento sanitario obbligatorio · bambino, soggetto con età inferiore ai 18 anni, rappresentato dal tutore · disabile fisico, psichico parziale o totale · donne in gravidanza a rischio · stranieri con barriere linguistiche/culturali	Avere e rendere chiare informazioni sulla gestione delle categorie protette	3) disponibilità delle informazioni e delle attività che riguardano le categorie protette (bambini, disabili, anziani, gravide...) Report delle categorie e dei percorsi protetti	disponibilità di informazioni sul totale dei percorsi protetti	2014
72	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 1	proseguire l'attività di coinvolgimento dei pazienti e famigliari nei processi educativi per la gestione domiciliare di farmaci, prevenzione cadute, lavaggio delle mani.	Aumentare le conoscenze e la consapevolezza dei pazienti e dei famigliari del loro ruolo nei percorsi di cura.	1) sviluppare processi educativi a pazienti e famigliari per la gestione domiciliare di farmaci , prevenzione cadute, lavaggio delle mani	presenza di informative distribuite sui contenuti	2014/2015/2016

ID OBIETTIVO	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	TEMPI
72	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 2	Proseguire l'attività di rendere conformi le informative ai principi stabiliti nella procedura del consenso informato	Aumentare le conoscenze e la consapevolezza dei pazienti e dei famigliari del loro ruolo nella scelta delle cure.	2) proseguire nel processo di acquisizione del Consenso informato al fine di garantire informazioni puntuali sulle cure	aumentare la % di informative conformi	2014/2015/2016
72	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 3	Proseguire l'attività sulle iniziative "Ospedale Aperto"	Aumentare la conoscenza dei cittadini sulle strutture sanitarie.	3) mantenimento iniziativa "ospedale aperto"	evidenza di iniziative	2014/2015/2016
72	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 4	Coinvolgere le associazioni di cittadini nella definizione di PDTA e sui nuovi processi clinici	Aumentare le conoscenze e la consapevolezza dei pazienti e dei famigliari del loro ruolo nei percorsi di cura.	4) coinvolgimento di associazioni e cittadini nella definizione di PDTA e nuovi processi clinici .	presenza di coinvolgimento delle associazioni dei cittadini alla redazione di PDTA e/o nuovi processi clinici	2014

Il Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione triennale comprende tutti gli obiettivi suddivisi nei capitoli e sottocapitoli riportati nella tabella di riferimento a pagina 13, le aree di appartenenza Sub 1, Sub 2 e Sub 3 corrispondono ai: CRITERI MACRO: SUB 1; CRITERI MESO: SUB 2; CRITERI MICRO: SUB 3.