Periodo di rilevazione : 2020

PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
QUALITÀ		
a) % di raggiungimento degli Obiettivi annuali della Qualità	80% degli obiettivi pienamente raggiunti	100% degli obiettivi pienamente raggiunti,
b) Analisi Clima Interno 2020	70% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	76.3% dei questionari pienamente positivi, 13.8% parzialmente positivi, 3.2% non positivi.

PROCESSI RIABILITATIVI		
1. Utenti Semiresidenziali		
a) Valutazione con scala Barthel	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
b) N° abbandoni non pianificati	4 abbandoni / anno	0/anno
c) N° reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno
d) Questionari di gradimento /semestre	80% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	91.4% dei questionari con valutazione generale soddisfatto; questionari

2. Utenti Non Residenziali Ambulatoriali Età Evolutiva		
a) N° abbandoni non pianificati	6 abbandoni / anno	0/anno
b) N° reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il	5 reclami / anno	0/anno

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
servizio		
c) Questionari di gradimento / semestre	80% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	97.1% dei questionari con valutazione generale soddisfatto
3. UTENTI NON RESIDENZIALI **AMBULATORIALI - DOMICILIARI**		
Emiplegie e emiparesi, valutazione semestrale, con i seguenti test :		
Barthel Tinetti	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
Paraparesi e paraplegia, valutazione semestrale, con i seguenti test :		
Barthel Hauser	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
Parkinson, valutazione semestrale, con i seguenti test :		
Barthel Tinetti	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
Sclerosi multipla, valutazione semestrale, con i seguenti test :		
Barthel	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
Patologie dell'anca, valutazione semestrale, con i seguenti test :		
Barthel Hauser	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
Patologie del ginocchio, valutazione semestrale, con i seguenti test :		
Barthel Hauser	% Utenti migliorati ≥ Utenti stabili ≥	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
4. UTENTI NON RESIDENZIALI **Ambulatoriali FKT**		
a) N° abbandoni non pianificati	6 abbandoni / anno	0/anno
b) N° reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno
c) Questionari di gradimento / semestre	80'% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	90,9% dei questionari con valutazione generale soddisfatto;
5. UTENTI NON RESIDENZIALI **Domiciliari FKT**		
a) N° abbandoni non pianificati	10 abbandoni / anno	0/anno
b) N° reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	10 reclami / anno	1/anno
c) Questionari di gradimento	80% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	95.6% dei questionari con valutazione generale soddisfatto

PROCESSI SECONDARI: GESTIONE DELLE RISORSE

Risorse Umane		
a) Rapporto tra i giorni effettivamente lavorati ed il numero totale di giorni lavorativi dei dipendenti	≤ 80%	99.3%
b) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	Almeno 80%	100% già effettuati
Fornitori di prodotti e servizi		
c) N° di fornitori qualificati, per acquisti o servizi, sostituiti nel corso del periodo dall'ultima valutazione.	≤ 6/anno	1

Personale a collaborazione		
d) N° di persone a collaborazione, risultate in un anno, non idonee rispetto al totale di persone a collaborazione	≤ 6 /anno	4
Apparecchiature Medicali		
e) Manutenzioni ordinarie effettuate sulle apparecchiature nei tempi pianificati	≥ 95%	100%

PROCESSI SECONDARI: MISURE, ANALISI, MIGLIORAMENTO

Verifiche Ispettive Interne		
a) % di audit interni realizzati nell'anno rispetto agli audit interni pianificati nell'anno	≥ 85%	Posticipata la data causa Covid
Gestione delle Non Conformità		
b) % di Non Conformità chiuse con effettuazione della verifica che la soluzione della Non Conformità sia stata efficace rispetto al totale delle Non Conformità	≥ 85%	100%
Gestione delle Azioni Correttive e delle Azioni Preventive		
c) % di Azioni Correttive/Preventive chiuse con effettuazione della verifica dell'efficacia rispetto al totale di Azioni Correttive/Preventive	≥ 85%	100%

Data 30 /12/ 2020 RSQ _____