

OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

Periodo di rilevazione: 2025
PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione Anno 2025	Situazione Anno 2024	Situazione Anno 2023
a) % di raggiungimento degli Obiettivi annuali della Qualità	80% degli obiettivi pienamente raggiunti	Si rimane in attesa di valutazione al termine dell'anno	100% degli obiettivi pienamente raggiunti	83,3% degli obiettivi pienamente raggiunti
b) Analisi Clima Interno	70% questionari con valutazione generale \geq soddisfatto	79% dei questionari pienamente positivi 13% parzialmente positivi 8,0% non positivi. Ritornati 48 su 80 inviati	83,1% dei questionari pienamente positivi 10,9% parzialmente positivi 6,0% non positivi. Ritornati 54 su 79 inviati	91,5% dei questionari pienamente positivi 6,4% parzialmente positivi 2,1% non positivi. Ritornati 47 su 79 inviati

PROCESSI RIABILITATIVI

1. Utenti Semiresidenziali				
a) Valutazione con scala Vineland II	% Utenti migliorati e/o stabili \geq 70%	86% di utenti migliorati e/o stabili	92% di utenti migliorati e/o stabili	Non ci sono informazioni poiché il test si ripete biennalmente
b) N. abbandoni non pianificati	4 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
c) N. reclami (segnalazioni/disservizi) concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno	0/anno	0/anno
d) Questionari di gradimento	80% questionari con valutazione generale \geq soddisfatto	98,7% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 54 su 80 inviati	98,5% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 55 su 80 inviati	99,2% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 45 su 83 inviati

OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione Anno 2025	Situazione Anno 2024	Situazione Anno 2023
2. Utenti Non Residenziali Ambulatoriali Età Evolutiva				
a) Test valutazione della comprensione linguistica - Rustioni	% Utenti migliorati e stabili $\geq 70\%$	Dati non sufficienti per generare una statistica.	100% di utenti migliorati e/o stabili	100% di utenti migliorati e/o stabili
b) Test vocabolario ricettivo - Peabody	% Utenti migliorati e stabili $\geq 70\%$	Dati non sufficienti per generare una statistica.	100% di utenti migliorati e/o stabili	100% di utenti migliorati e/o stabili
c) N. abbandoni non pianificati	6 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
d) N. reclami (segnalazioni/disservizi) concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno	1/anno	1/anno
e) Questionari di gradimento	80% questionari con valutazione generale \geq soddisfatto	95,1% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 36 su 102 inviati	97,7% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 44 su 112 inviati	97,4% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 31 su 108 inviati
3. Utenti Non Residenziali Ambulatoriali e Domiciliare				
Utenti con patologie degenerative – valutazione equilibrio ed andatura				
Tinetti – Test equilibrio	% Utenti migliorati e stabili $\geq 50\%$	72% di utenti migliorati e/o stabili	100% di utenti migliorati e/o stabili	94% di utenti migliorati e/o stabili
Tinetti – Test andatura	% Utenti migliorati e/o stabili $\geq 70\%$	70% di utenti migliorati e/o stabili	100% di utenti migliorati e/o stabili	100% di utenti migliorati e/o stabili
Utenti con patologie che presentano spasticità				
Hashworth	% Utenti migliorati e/o stabili $\geq 50\%$	100% di utenti migliorati e/o stabili	83% di utenti migliorati e/o stabili	100% di utenti migliorati e/o stabili
3.1 Utenti Non Residenziali Ambulatoriali FKT				
a) N. abbandoni non pianificati	6 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
b) N. reclami (segnalazioni/disservizi) concernenti il servizio	5 reclami / anno	1/anno	0/anno	0/anno

OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione Anno 2025	Situazione Anno 2024	Situazione Anno 2023
c) Questionari di gradimento	80% questionari con valutazione generale \geq soddisfatto	99,3% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 41 su 62 inviati	97,5% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 41 su 68 inviati	99,5% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 29 su 68 inviati
3.2 Utenti Non Residenziali Domiciliari FKT				
a) N. abbandoni non pianificati	5 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
b) N. reclami (segnalazioni/disservizi) concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno	0/anno	0/anno
c) Questionari di gradimento	80% questionari con valutazione generale \geq soddisfatto	100% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 17 su 32 inviati	98,5% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 19 su 62 inviati	100% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 19 su 62 inviati

OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

PROCESSI SECONDARI: GESTIONE DELLE RISORSE

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione Anno 2025	Situazione Anno 2024	Situazione Anno 2023
Risorse Umane				
a) Rapporto tra i giorni effettivamente lavorati ed il numero totale di giorni lavorativi dei dipendenti	$\geq 80\%$	97,10%	96,94%	97,42%
b) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	$\geq 80\%$	Si rimane in attesa di valutazione al termine dell'anno	100% già effettuati	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.	$\leq 6/\text{anno}$	Si rimane in attesa di valutazione al termine dell'anno	0	1
Personale a collaborazione				
d) N. di persone a collaborazione, risultate in un anno, non idonee rispetto al totale di persone a collaborazione	$\leq 6/\text{anno}$	Si rimane in attesa di valutazione al termine dell'anno	0	0
Apparecchiature Medicali				
e) Manutenzioni ordinarie effettuate sulle apparecchiature nei tempi pianificati	$\geq 95\%$	100%	100%	100%

PROCESSI SECONDARI: MISURE, ANALISI, MIGLIORAMENTO

Verifiche Ispettive Interne				
a) % di audit interni realizzati nell'anno rispetto agli audit interni pianificati nell'anno	$\geq 85\%$	100%	100%	100%
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	$\geq 75\%$	100%	100%	100%

	M.85A.01	Rev. 4	Data 04/08/2025
	OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI		

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione Anno 2025	Situazione Anno 2024	Situazione Anno 2023
Gestione delle Azioni Correttive				
c) % di Azioni Correttive chiuse con effettuazione della verifica dell'efficacia rispetto al totale di Azioni Correttive	≥ 75%	100%	100%	100%

Data 14/10/2025

RSQ