



OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

Periodo di rilevazione: **2022**
PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione anno 2022	Situazione anno 2021	Situazione anno 2020
a) % di raggiungimento degli Obiettivi annuali della Qualità	80% degli obiettivi pienamente raggiunti	Si rimane in attesa di valutazione al termine dell'anno	80% degli obiettivi pienamente raggiunti	100% degli obiettivi pienamente raggiunti,
b) Analisi Clima Interno	70% questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	84,8% dei questionari pienamente positivi, 10,6% parzialmente positivi, 4,5% non positivi	78.4% dei questionari pienamente positivi, 15.7% parzialmente positivi, 5.9% non positivi	76.3% dei questionari pienamente positivi, 13.8% parzialmente positivi, 3.2% non positivi.

PROCESSI RIABILITATIVI

1. Utenti Semiresidenziali				
a) Valutazione con scala Vineland	% Utenti migliorati e/o stabili $\geq$ 70%	83% di utenti migliorati e/o stabili	Il test Vineland è stato recentemente modificato	
b) N. abbandoni non pianificati	4 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
c) N. reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	5 reclami / anno	1/anno	0/anno	0/anno
d) Questionari di gradimento / semestre	80% questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	98,5% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 48 su 79 inviati	97,8% dei questionari con valutazione generale soddisfatto Ritornati 44 su 74 inviati	99.4% dei questionari con valutazione generale soddisfatto; questionari (ritornati 70 su 80)



OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione anno 2022	Situazione anno 2021	Situazione anno 2020
2. Utenti Non Residenziali Ambulatoriali Età Evolutiva				
a) Test valutazione della comprensione linguistica - Rustioni	% Utenti migliorati e stabili $\geq 70\%$	84% di utenti migliorati e/o stabili	88% di utenti migliorati e/o stabili	/
b) Test vocabolario ricettivo - Peabody	% Utenti migliorati e stabili $\geq 70\%$	68% di utenti migliorati e/o stabili	84% di utenti migliorati e/o stabili	/
c) N. abbandoni non pianificati	6 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
d) N. reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	5 reclami / anno	2/anno	0/anno	0/anno
e) Questionari di gradimento / semestre	80% questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	98,6% dei questionari con valutazione generale soddisfatto (Ritornati 25 su 107 inviati)	96.6% dei questionari con valutazione generale soddisfatto (Ritornati 28 su 90 inviati)	97.1% dei questionari con valutazione generale soddisfatto (ritornati 38 su 80)
3. Utenti Non Residenziali Ambulatoriali e Domiciliari				
Utenti con patologie degenerative – valutazione equilibrio ed andatura				
Tinetti – Test equilibrio	% Utenti migliorati e stabili $\geq 50\%$	62% di utenti migliorati e/o stabili	61,5% di utenti migliorati e/o stabili	Analisi dei Dati In fase di sviluppo su nuovo S.I.
Tinetti – Test andatura	% Utenti migliorati e/o stabili $\geq 70\%$	90% di utenti migliorati e/o stabili	95% di utenti migliorati e/o stabili	Analisi dei dati in fase di sviluppo su nuovo S.I.
Utenti con patologie che presentano spasticità				
Ashworth	% Utenti migliorati e/o stabili $\geq 50\%$	100% di utenti migliorati e/o stabili	69% di utenti migliorati e/o stabili	Analisi dei Dati In fase di sviluppo su nuovo S.I.



OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione anno 2022	Situazione anno 2021	Situazione anno 2020
4. Utenti Non Residenziali Ambulatoriali FKT				
a) N. abbandoni non pianificati	6 abbandoni / anno	0/anno	2/anno	0/anno
b) N. reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno	2/anno	0/anno
c) Questionari di gradimento / semestre	80% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	98,9% dei questionari con valutazione generale soddisfatto; (ritornati 57 su 60 inviati)	93% dei questionari con valutazione generale soddisfatto; (ritornati 25 su 50)	90,9% dei questionari con valutazione generale soddisfatto; (ritornati 21 su 58)
5. Utenti Non Residenziali Domiciliari FKT				
a) N. abbandoni non pianificati	5 abbandoni / anno	0/anno	0/anno	0/anno
b) N. reclami o segnalazioni e suggerimenti concernenti il servizio	5 reclami / anno	0/anno	0/anno	1/anno
c) Questionari di gradimento	80% questionari con valutazione generale ≥ soddisfatto	98,4% dei questionari con valutazione generale soddisfatto (ritornati 24 su 73 inviati)	96,4% dei questionari con valutazione generale soddisfatto (ritornati 30 su 46)	95.6% dei questionari con valutazione generale soddisfatto (ritornati 34 su 51)

PROCESSI SECONDARI: GESTIONE DELLE RISORSE

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione anno 2022	Situazione anno 2021	Situazione anno 2020
Risorse Umane				
a) Rapporto tra i giorni effettivamente lavorati ed il numero totale di giorni lavorativi dei dipendenti	≥ 80%	96%	94%	99.3%



OBIETTIVI CLINICI E DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RELATIVI INDICATORI

INDICATORE QUALITÀ	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione anno 2022	Situazione anno 2021	Situazione anno 2020
b) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	$\geq 80\%$	Si rimane in attesa di valutazione al termine dell'anno	86% 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	3	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	4
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%	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	$\geq 75\%$	100%	100%	100%
Gestione delle Azioni Correttive				
c) % di Azioni Correttive chiuse con effettuazione della verifica dell'efficacia rispetto al totale di Azioni Correttive	$\geq 75\%$	75% (AC 4/22 ancora da verificare l'efficacia)	100%	100%