



SGO

SISTEMA GESTIONE ORGANIZZATIVO

Mod. GEN-5.1-DIR-04

Rev.00

OBIETTIVI E INDICATORI

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2022	RESP.	OBIETTIVO 2023	FREQUENZA MONITORAGGIO	MONITORAGGIO 1° SEMESTRE	MONITORAGGIO 2° SEMESTRE	COMMENTO
1		EFFICIENZA NELLA MODALITÀ DI INSERIMENTO DI UN NUOVO OSPITE	DIFFERENZA TRA LA DATA DI DIMISSIONE DI UN OSPITE E LA DATA DI INSERIMENTO DEL NUOVO	1 (6 giorni persi su 10 decessi/dimissioni)	SAF	Non più di 1 giorno	semestrale	0,5 (3 giorni persi su 6 decessi)	0	Obiettivo raggiunto
		EFFICIENZA AGGIORNAMENTO DOSSIER DINAMICO	AGGIORNAMENTO DOSSIER	OK	SPE	ogni tre mesi	semestrale	OK	OK	Obiettivo raggiunto
		EFFICIENZA AGGIORNAMENTO CONTABILITÀ	AGGIORNAMENTO INSERIMENTO FATTURE	OK	SAP	entro il 15 del mese successivo	semestrale	OK	OK	Obiettivo raggiunto
2	PROCESSO APPROVVIGIONAMENTI	MONITORAGGIO AFFIDABILITÀ FORNITORI	VERBALI DI NON CONFORMITA' FORNITORI	OK	SAP	Non più di due segnalazioni a fornitore	semestrale	OK	1	n.c. Sicura. Dal 1/1/24 variato il manutentore del sistema antincendio
			SEGNALAZIONI DI RITARDI NELLE CONSEGNE OLTRE LA DATA RICHIESTA	0	SAP	Non più di due giorni	semestrale	0	0	Obiettivo raggiunto
3	GESTIONE RISORSE UMANE	CRESCITA PROFESSIONALE PERSONALE MEDICO, INFERMIERISTICO, TERAPISTI ED EDUCATORI	NUMERO DI CREDITI	OK	SPE	Almeno 150 crediti in tre anni	annuale		OK	Obiettivo raggiunto (Sara Favetta ha paoticipato la formaiozone ai due anni seguenti)
		CRESCITA PROFESSIONALE	ORE DI FORMAZIONE MEDIANTE CORSI INTERNI O ESTERNI	983	RGQ	100	annuale		1002,5	Obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE	N° DI BRIEFING SETTIMANALI e INCONTRI SVOLTI NELL'ANNO	47	DG	20	semestrale	15	34	Obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO DEI RESPONSABILI DI PIANO	N° DI RIUNIONI DI STAFF SVOLTE DURANTE L'ANNO	2	CdS	2	semestrale	3	4	Obiettivo raggiunto
		CONFRONTO REFERENTI ASA	N° DI RIUNIONI DI STAFF SVOLTE DURANTE L'ANNO		RefASA		semestrale			
		COINVOLGIMENTO PERSONALE ASA AI PIANI	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	2	RefASA	3	semestrale	3	6	Obiettivo raggiunto
		CONFRONTO GRUPPO EDICATIVO	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	12	EDUC	2	semestrale	3	6	Obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO PERSONALE SERVIZI ESTERNI	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO		Care Manager	2	semestrale	1	2	Obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO PERSONALE	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	1	DG	2	semestrale	2	2	Un incontro si tiene per trattare specific argomenti e per conidiviosne degli obiettivi aziendali. Uno più ludico viene convocato al fine di favorire un buon clima aziendale
		COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	RISPETTO DELLO STANDART DI ACCREDITAMENTO	40 ore di infermiere medie al giorno	CdS	25 ore IP medie al giorno	semestrale	40 ore di infermiere medie al giorno	41,5 ore di infermiere medie al giorno	Obiettivo raggiunto
		COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE AUSILIARIO RSA	RISPETTO DELLO STANDARD DI ACCREDITAMENTO PER 67 OSPITI PRESENTI TUTTO L'ANNO	865/min/sett/ospite	CdS	723/min/sett/ospite	semestrale	863/min/sett/ospite	875/min/sett/ospite	Obiettivo raggiunto
		COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE AUSILIARIO SOLLIEVO	RISPETTO DELLO STANDARD DI ACCREDITAMENTO PER 13 OSPITI PRESENTI TUTTO L'ANNO	765/min/sett/ospite	CdS	560/min/sett/ospite	semestrale	574/min/sett/ospite	677/min/sett/ospite	Obiettivo raggiunto
		COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE AUSILIARIO CDI	RISPETTO DELLO STANDARD DI ACCREDITAMENTO PER MEDIA OSPITI PRESENTI TUTTO L'ANNO	2049/min/sett/ospite	CdS	168/min/sett/ospite	semestrale	417/min/sett/ospite	508/min/sett/ospite	Il dato è elevato per il numero di Ospiti medio pari a 6 nel corso di tutto il 2023

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2022	RESP.	OBIETTIVO 2023	FREQUENZA MONITORAGGIO	MONITORAGGIO 1° SEMESTRE	MONITORAGGIO 2° SEMESTRE	COMMENTO
4	EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA	FREQUENZA AGGIORNAMENTO CARTELLA SANITARIA	FREQUENZA AGGIORNAMENTO CARTELLA SANITARIA RAPPORTO PERCENTUALE TRA IL N° DI CARTELLE AGGIORNATE DOPO UN TEMPO SUPERIORE A 6 MESI E IL N° TOTALE DI OSPITI	OK	DIS	<1%	semestrale	OK	OK	Obiettivo raggiunto
		FREQUENZA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE CAPACITÀ RESIDUE DELL'OSPITE	SOMMINISTRAZIONE SCALE DI VALUTAZIONE	OK	DIS	2	semestrale	OK	OK	Obiettivo raggiunto
		PESO DELLE CADUTE CON ESITO	NUMERO DELLE CADUTE CON ESITO RAPPORTATO AL NUMERO DI CADUTE				semestrale		12%	Inserita prima rilevazione a fine 2023
		VARIETÀ MENU	INSERIMENTO PRODOTTI STAGIONALI NEI MENÙ	OK	RefCUC	Non meno di 2 pdt a stagione	semestrale	OK	OK	
		CORRETTA PULIZIA AMBIENTI	RISULTATO VERIFICHE SANIFICAZIONE	0	CdS	0	semestrale	0	0	
		FUNZIONAMENTO SERVIZIO ANIMAZIONE	NUMERO EVENTI ORGANIZZATI CON L'ESTERNO	0	EDUC	Non meno di 10 eventi	semestrale	10	17	Obiettivo raggiunto
		FUNZIONAMENTO SERVIZIO LAVANDERIA	LAMENTI PER CAPI PERSI	0	RefASA/LAV	Non più di 2	semestrale	0	1	Il reclamo 206, fa riferimento ad un lamento per perdita capi che in realtà non era avvenuta
	SERVIZIO C.DOM.	COPERTURA SERVIZIO	100%	Care Manager	copertura servizio	annuale	100%	100%	Obiettivo raggiunto	
5	PROCESSO DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	INDISPONIBILITÀ DELLO STRUMENTO/ATTREZZATURA	TEMPO CHE INTERCORRE TRA SEGNALAZIONE DELL'ANOMALIA E RIPARAZIONE	OK	MAN	Non più di tre giorni	annuale		OK	
6	GESTIONE SODDISFAZIONE DEL CLIENTE	FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	DISTRIBUZIONE QUESTIONARI	1	RGQ	1 volta anno	annuale		1	
		DISCUSSIONE DEI RISULTATI	INCONTRI CON PARENTI	1	RGQ	1 volta anno	annuale		1	
		INFORMAZIONE A OSPITI E PARENTI	PREPARAZIONE PAI CON OSPITE/PARENTE	OK	EQUIPE	Almeno 1 incontro all'anno a ospite	annuale		OK	
		MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEI PARENTI	NUMERO RECLAMI DEI PARENTI DELL'OSPITE	2	RGQ	Non più di 8	semestrale	1	3	Si veda riesame
		MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE UTENTI SERVIZI RSA APERTA E C.DOM.	NUMERO RECLAMI DEI PARENTI DELL'UTENTE	0	RGQ	Non più di 3 per servizio	semestrale	0	0	Obiettivo raggiunto
7	GESTIONE STRUMENTAZIONE/ATTREZZATURA PER SERVIZI DELLA STRUTTURA	MIGLIORAMENTO DELLA STRUMENTAZIONE/ATTREZZATURA A DISPOSIZIONE	INVESTIMENTO IN NUOVA STRUMENTAZIONE E/O ATTREZZATURA	€ 35.830,00	DG	€ 1.000,00	semestrale	€ 10.829,73		
8	GESTIONE DEL PROCESSO FKT	CAPACITÀ DI MISURARE LE PERFORMANCE DEL SERVIZIO	STRUMENTI DI MISURAZIONE	0,51 su 999	FKT	;Max15%non eseguito per cause nostre su media 900 terapie programmate	semestrale	0,44 su 1.097	1,10 su 1162	Il dato annuale è 0,78 su 1.130
9	GESTIONE DEL PROCESSO EDUCATIVO	CAPACITÀ DI MISURARE LE PERFORMANCE DEL SERVIZIO	STRUMENTI DI MISURAZIONE	1,91%	EDUC	;Max15%non eseguito per cause nostre su media attività	semestrale	0,00%	1,00%	Nel primo semestre, tutte le attività previste dalle Educatrici sono state effettuate.
10	GESTIONE AUDIT	IMPRECISIONE/SUPERFICIALITÀ DEGLI AUDIT INTERNI PRECEDENTI	N° NC CHE AVREBBERO DOVUTO ESSERE RILEVATE NELLE VERIFICHE PRECEDENTI	0	RGQ	≤2	annuale		0	
11	MONITORAGGIO SGO	MISURAZIONE DELL'EFFICACIA DEL SGO	N° NC DA AUDIT INTERNO	0	RGQ	0	annuale		0	
			N° OSSERVAZIONI DA AUDIT INTERNO	2	RGQ	4	annuale		4	
			N° RACCOMANDAZIONI DA AUDIT INTERNO	4	RGQ	4	annuale		7	

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2022	RESP.	OBIETTIVO 2023	FREQUENZA MONITORAGGIO	MONITORAGGIO 1° SEMESTRE	MONITORAGGIO 2° SEMESTRE	COMMENTO
11	MONITORAGGIO SOC	MISURAZIONE DELL'EFFICACIA DEL SOC	N° NC DA AUDIT ENTE	0	RGQ	0	annuale			
			N° OSSERVAZIONI DA AUDIT ENTE	0	RGQ	4	annuale			
			N° RACCOMANDAZIONI DA AUDIT IENTE	1	RGQ	4	annuale		4	Spunti di miglioramento
12	CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001:2015	OTTENIMENTO CERTIFICATO UNI EN ISO 901:2015	EMISSIONE CERTIFICATO	ok	RGQ	MANTENIMENTO	annuale		OK	

DATA EMISSIONE:
18/01/2023

APPROVATO DGE:
LAURA ANDREOLI

DATA AGGIORNAMENTO:
31/01/2024