

		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 = 2024	RESP.	OBIETTIVO 2025	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	0,75 (3 giorni persi su 4 ingressi)	SAF	Non più di 1 giorno	semestrale	0,3	0,4	2 gg persi su 8 ingressi nel primo semestre, 4 gg persi su 10 ingressi nel secondo semestre
		EFFICIENZA AGGIORNAMENTO DOSSIER DINAMICO	AGGIORNAMENTO DOSSIER	positivo	SPE	ogni tre mesi	semestrale	soggetto a revisione	soggetto a revisione	30/06 Stante il cambio della risorsa adetta, la nuova procederà a revisionare quanto registrato
		EFFICIENZA AGGIORNAMENTO CONTABILITÀ	AGGIORNAMENTO INSERIMENTO FATTURE	positivo	SAP	entro il 15 del mese successivo	semestrale	positivo	positivo	obiettivo raggiunto
2	PROCESSO APPROVVIGIONAMENTI	MONITORAGGIO AFFIDABILITÀ FORNITORI	VERBALI DI NON CONFORMITA' FORNITORI	4	SAP	Non più di due segnalazioni a fornitore	semestrale	0	5	le NC riguardano aspetti e subappaltatori diversi impegnati nei lavori di ristrutturazione
			SEGNALAZIONI DI RITARDI NELLE CONSEGNE OLTRE LA DATA RICHIESTA	0	SAP	Non più di due giorni	semestrale	0	0	
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	
		CRESCITA PROFESSIONALE	ORE DI FORMAZIONE MEDIANTE CORSI INTERNI O ESTERNI	1136	RGQ	100	annuale		1015	obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE	N° DI BRIEFING SETTIMANALI e INCONTRI SVOLTI NELL'ANNO	38	DG	20	semestrale	18	36	obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO DEI RESPONSABILI DI PIANO	N° DI RIUNIONI DI STAFF SVOLTE DURANTE L'ANNO	3	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	6	RefASA	3	semestrale	2	4	
		CONFRONTO GRUPPO EDICATIVO	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	7	EDUC	2	semestrale	3	6	obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO PERSONALE SERVIZI ESTERNI	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	2	Care Manager	2	semestrale	1	2	obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO PERSONALE	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	3	DG	2	semestrale	1	2	obiettivo raggiunto
		COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	RISPETTO DELLO STANDARD DI ACCREDITAMENTO	42,5	CdS	25 ore IP medie al giorno	semestrale	40 ore di infermiere medie al giorno	45 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	924/min/sett/ospite	CdS	723/min/sett/ospite	semestrale	923/min/sett/ospite	956/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	574/min/sett/ospite	CdS	560/min/sett/ospite	semestrale	574/min/sett/ospite	576/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	767/min/sett/ospite	CdS	168/min/sett/ospite	semestrale	716/min/sett/ospite	700/min/sett/ospite	obiettivo raggiunto

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2024	RESP.	OBIETTIVO 2025	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	2	DIS	2	semestrale	OK	OK	obiettivo raggiunto
		NUMERO CADUTE	NUMERO DELLE CADUTE AL NUMERO OSPITI TRANSITATI ANNO DISTINTI PER NUCLEO	220 cadute su 87 ospiti transitati	DIS	si registra senza obj (si veda commento nel Riesame)	annuale		98 SU 33 AL SECONDO - 77 SU 62 AL PRIMO/TERZO	IL PRIMO E IL TERZO VENGONO RESI INSIEME PER LA PERMANENZA SU UN NUCLEO ALLARGATO DURANTE I LAVORI
		PESO DELLE CADUTE CON ESITO	NUMERO DELLE CADUTE CON ESITO RAPPORTATO AL NUMERO DI CADUTE	2%	DIS	MANTENIMENTO	semestrale	5%	3%	2 erano persone autonome fisicamente e cognitivamente e quindi con deambulazione conservata e non soggetta a limitazioni, se non l'utilizzo del girello. Hanno ripreso a camminare e utilizzano il girello, come prima. Una delle due fa assiduamene attività riabilitativa, mentre la seconda ha una patologia psichiatrica che influisce sulla frequenza. 1 al Nucleo affetta da disturbi comportamentali e da wandering, ma con scala di valutazione della deambulazione con basso rischio e quindi non soggetta a limitazioni (ora contenuta su richiesta dei figli). Nel complesso il numero di cadue totali è diminuito. IL DATO ANNUO SI ATTESTA SUL 3% (NEL SECONDO SEMESTRE 2 CADUTE CON ESITO AL SECONDO E TRE AL PRIMO/TERZO)
		NUMERO CADUTE LETTO	NUMERO DELLE CADUTE DAL LETTO RAPPORTATO AL NUMERO DI CADUTE	9%	DIS	MANTENIMENTO	semestrale	2%	6%	NEL SECONDO SEMESTRE 4/98 AL SECONDO E 10/77 AL PRIMO-TERZO
		UTILIZZO CONTENZIONI (ESCLUSO SPONDINE AL LETTO)	NUMERO OSPITI CONTENUTI/NUMERO OSPITI TRANSITATI ANNIO	41%	DIS	MANTENIMENTO	annuale		40%	17/33 AL SECONDO - 21/62 AL PRIMO TERZO (SONO COMPRESI I TUTONI CHE SONO 3)
		LESIONI DA PRESSIONE	NUMERO OSPITI CON LESIONI/NUMERO OSPITI TRANSITATI NELL'ANNO	16%	DIS	MANTENIMENTO	annuale		15%	obiettivo raggiunto
		SOLUZIONI DI LESIONI DA PRESSIONE	NUMERO LESIONI REGREDITE/NUMERO DI LESIONI	86%	DIS	MANTENIMENTO	annuale		86%	obiettivo raggiunto
		CONTROLLO MALNUTRIZIONE	NUMERO OSPITI A RISCHIO MALNUTRIZIONE/NUMERO OSPITI TRANSITATI NELL'ANNO	72%	DIS	MANTENIMENTO	annuale		71%	obiettivo raggiunto
		CONTROLLO MALNUTRIZIONE	NUMERO OSPITI CH ENON HANNO AVUTO PEGGIORAMENTO DEL B.M.I./NUMERO OSPITI A RISCHIO	51%	DIS	MIGLIORAMENTO	annuale		85%	obiettivo raggiunto
		ERRORI SOMMINISTRAZIONE FARMACI	NUMERO ERRORI GRAVI SOMMINISTRAZIONE TERAPIA/NUMERO ERRORI IN SOMMINISTRAZIONE	0	DIS	MANTENIMENTO	annuale		0	obiettivo raggiunto
		VARIETÀ MENU	INSERIMENTO PRODOTTI STAGIONALI NEI MENÙ	OK	RefCUC	Non meno di 2 pdt a stagione	semestrale	ok	OK	obiettivo raggiunto
		CORRETTA PULIZIA AMBIENTI	RISULTATO VERIFICHE SANIFICAZIONE	0	CdS	0	semestrale	0	0	obiettivo raggiunto
		FUNZIONAMENTO SERVIZIO ANIMAZIONE	NUMERO EVENTI ORGANIZZATI CON L’ESTERNO	19	EDUC	Non meno di 10 eventi	semestrale	10	17	obiettivo raggiunto
		FUNZIONAMENTO SERVIZIO LAVANDERIA	LAMENTELE PER CAPI PERSI	0	RefASA/LAV	Non più di 2	semestrale	0	0	obiettivo raggiunto
		SERVIZIO C.DOM.	COPERTURA SERVZIO	100%	Care Manager	copertura servizio	semestrale	100%	100%	obiettivo raggiunto
5	PROCESSO DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	INDISPONIBILITÀ DELLO STRUMENTO/ATTREZZATURA	TEMPO CHE INTERCORRE TRA SEGNALAZIONE DELL’ANOMALIA E RIPARAZIONE	dificoltà in estate	MAN	Non più di tre giorni	annuale		OK	obiettivo raggiunto
		FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	DISTRIBUZIONE QUESTIONARI	1	RGQ	1 volta anno	annuale		1	obiettivo raggiunto

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2024	RESP.	OBIETTIVO 2025	FREQUENZA MONITORAGGIO	MONITORAGGIO 1° SEMESTRE	MONITORAGGIO 2° SEMESTRE	COMMENTO
6	GESTIONE SODDISFAZIONE DEL CLIENTE	DISCUSSIONE DEI RISULTATI	INCONTRI CON PARENTI	2	RGQ	1 volta anno	annuale		1	obiettivo raggiunto
		INFORMAZIONE A OSPITI E PARENTI	PREPARAZIONE PAI CON OSPITE/PARENTE	OK	EQUIPE	Almeno 1 incontro all'anno a ospite	annuale		OK	obiettivo raggiunto
		MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEI PARENTI	NUMERO RECLAMI DEI PARENTI DELL'OSPITE	2	RGQ	Non più di 8	semestrale	3	1	4 in totale
		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	€ 43.227,25	DG	€ 1.000,00	semestrale	€ 6.710,00	€ 73.972,00	obiettivo raggiunto
8	GESTIONE DEL PROCESSO FKT	CAPACITÀ DI MISURARE LE PERFORMANCE DEL SERVIZIO	STRUMENTI DI MISURAZIONE	SI VEDA 2024	FKT	;Max15%non eseguito per cause nostre su media 900 terapie programmate	semestrale	7,5 su 942	12 su 995	Richiesta verifica programmazione: sostituita ginnastica di grupo del venerdi per 28pax con attività individuale per 10/12 PAX. Il mercoledì 2/3 ospiti fanno alzata con metodo Kinaesthetiks con foglio formazione, ma non è in programmazione (04/08/2025)
9	GESTIONE DEL PROCESSO EDUCATIVO	CAPACITÀ DI MISURARE LE PERFORMANCE DEL SERVIZIO	STRUMENTI DI MISURAZIONE	SI VEDA 2024	EDUC	;Max15%non eseguito per cause nostre su media attività	semestrale	1%	2,18%	obiettivo raggiunto
10	GESTIONE AUDIT	IMPRECISIONE/SUPERFICIALITÀ DEGLI AUDIT INTERNI PRECEDENTI	N° NC CHE AVREBBERO DOVUTO ESSERE RILEVATE NELLE VERIFICHE PRECEDENTI	0	RGQ	≤2	annuale		0	obiettivo raggiunto
11	MONITORAGGIO SGO	MISURAZIONE DELL'EFFICACIA DEL SGO	N° NC DA AUDIT INTERNO	0	RGQ	3	annuale		0	obiettivo raggiunto
			N° OSSERVAZIONI DA AUDIT INTERNO	2	RGQ	10	annuale		6	obiettivo raggiunto
			N° RACCOMANDAZIONI DA AUDIT INTERNO	7	RGQ	10	annuale		4	obiettivo raggiunto
			N° NC DA AUDIT ENTE	1	RGQ	0	annuale		0	obiettivo raggiunto
			N° OSSERVAZIONI DA AUDIT ENTE	0	RGQ	4	annuale		0	obiettivo raggiunto
			N° RACCOMANDAZIONI DA AUDIT IENTE	5	RGQ	4	annuale		3	Opportunità di miglioramento
12	CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001:2015	OTTENIMENTO CERTIFICATO UNI EN ISO 901:2015	EMISSIONE CERTIFICATO	positivo	RGQ	MANTENIMENTO	annuale		positivo	obiettivo raggiunto

DATA EMISSIONE:
20/01/2025

APPROVATO DGE:
LAURA ANDREOLI

DATA AGGIORNAMENTO:
24/02/2026