



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 = 2023	RESP.	OBIETTIVO 2024	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	0,5 (3 giorni persi su 6 decessi)	SAF	Non più di 1 giorno	semestrale	0,0	0,75 (3 giorni persi su 4 ingressi)	obiettivo raggiunto (si fa notare che nel corso dell'anno sono stati liberati 6 posti necessari per permettere i lavori di ristrutturazione)
		EFFICIENZA AGGIORNAMENTO DOSSIER DINAMICO	AGGIORNAMENTO DOSSIER	OK	SPE	ogni tre mesi	semestrale	positivo	positivo	obiettivo raggiunto
		EFFICIENZA AGGIORNAMENTO CONTABILITÀ	AGGIORNAMENTO INSERIMENTO FATTURE	OK	SAP	entro il 15 del mese successivo	semestrale	positivo	positivo	obiettivo raggiunto
2	PROCESSO APPROVVIGIONAMENTI	MONITORAGGIO AFFIDABILITÀ FORNITORI	VERBALI DI NON CONFORMITÀ FORNITORI	1	SAP	Non più di due segnalazioni a fornitore	semestrale	positivo	4	tutti riferiti ai lavori di ristrutturazione in corso
			SEGNALAZIONI DI RITARDI NELLE CONSEGNE OLTRE LA DATA RICHIESTA	0	SAP	Non più di due giorni	semestrale	positivo	positivo	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
		CRESCITA PROFESSIONALE	ORE DI FORMAZIONE MEDIANTE CORSI INTERNI O ESTERNI	1002,5	RGQ	100	annuale		1136	obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE	N° DI BRIEFING SETTIMANALI e INCONTRI SVOLTI NELL'ANNO	34	DG	20	semestrale	19	38	obiettivo raggiunto
		COINVOLGIMENTO DEI RESPONSABILI DI PIANO	N° DI RIUNIONI DI STAFF SVOLTE DURANTE L'ANNO	4	CdS	2	semestrale	2	3	eseguiti più incontri informali, in assenza di verbale
		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	3	6	obiettivo raggiunto
		CONFRONTO GRUPPO EDICATIVO	N° DI RIUNIONI DURANTE L'ANNO	6	EDUC	2	semestrale	4	7	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	2	DG	2	semestrale	2	3	obiettivo raggiunto
COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	RISPETTO DELLO STANDARD DI ACCREDITAMENTO	41,5 ore di infermiere medie al giorno	CdS	25 ore IP medie al giorno	semestrale	41 ore di infermiere medie al giorno	42,5	obiettivo raggiunto		
COPERTURA DEI REPARTI DA PARTE DEL PERSONALE AUSILIARIO RSA	RISPETTO DELLO STANDARD DI ACCREDITAMENTO PER 67 OSPITI PRESENTI TUTTO L'ANNO	875/min/sett/ospite	CdS	723/min/sett/ospite	semestrale	880/min/sett/ospite	924/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	677/min/sett/ospite	CdS	560/min/sett/ospite	semestrale	574/min/sett/ospite	574/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	508/min/sett/ospite	CdS	168/min/sett/ospite	semestrale	504/min/sett/ospite	767/min/sett/ospite	obiettivo raggiunto		

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2023	RESP.	OBIETTIVO 2024	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	<1%	<1%	obiettivo raggiunto
		FREQUENZA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE CAPACITÀ RESIDUE DELL'OSPITE	SOMMINISTRAZIONE SCALE DI VALUTAZIONE	OK	DIS	2	semestrale	2	2	obiettivo raggiunto
		NUMERO CADUTE	NUMERO DELLE CADUTE AL NUMERO OSPITI TRANSITATI ANNO				annuale		220 cadute su 87 ospiti transitati	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde) (54,85% dat medio no nucleo Alzheimer)
		PESO DELLE CADUTE CON ESITO	NUMERO DELLE CADUTE CON ESITO RAPPORTATO AL NUMERO DI CADUTE	12%		miglioramento	semestrale	2%	2%	Nel primo semestre 2 con esito su 88, nel 2024 5 su 220 (DATO OSS 4,65%)
		NUMERO CADUTE LETTO	NUMERO DELLE CADUTE DAL LETTO RAPPORTATO AL NUMERO DI CADUTE				semestrale	16%	9%	Nel primo semestre 14 dal letto su 88, nel 2024 20/220 (dato OSS 11,43%)
		UTILIZZO CONTENZIONI (ESCLUSO SPONDINE AL LETTO)	NUMERO OSPITI CONTENUTI/NUMERO OSPITI TRANSITATI ANNO				annuale		41%	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde) DATO 40%
		LESIONI DA PRESSIONE	NUMERO OSPITI CON LESIONI/NUMERO OSPITI TRANSITATI NELL'ANNO				annuale		16%	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde) (18,85% dato 2022)
		SOLUZIONI DI LESIONI DA PRESSIONE	NUMERO LESIONI REGREDITE/NUMERO DI LESIONI				annuale		86%	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde)(63,85%)
		CONTROLLO MALNUTRIZIONE	NUMERO OSPITI A RISCHIO MALNUTRIZIONE/NUMERO OSPITI TRANSITATI NELL'ANNO				annuale		72%	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde)(32,84%)
		CONTROLLO MALNUTRIZIONE	NUMERO OSPITI CH ENON HANNO AVUTO PEGGIORAMENTO DEL B.M.I./NUMERO OSPITI A RISCHIO				annuale		51%	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde)NON vi è il dato di riferimento)
		ERRORI SOMMINISTRAZIONE FARMACI	NUMERO ERRORI GRAVI SOMMINISTRAZIONE TERAPIA/NUMERO ERRORI IN SOMMINISTRAZIONE				annuale		0	L'obiettivo sarà stabilito a seguito di confronto del dato ottenuto rispetto a cluster di riferimento (Osservatorio RSA Lombarde) (DATO 23,18%)
		VARIETÀ MENU	INSERIMENTO PRODOTTI STAGIONALI NEI MENÙ	OK	RefCUC	Non meno di 2 pdt a stagione	semestrale	positivo	positivo	Introdotta iniziativa "La cucina regionale"
		CORRETTA PULIZIA AMBIENTI	RISULTATO VERIFICHE SANIFICAZIONE	0	CdS	0	semestrale	positivo	positivo	obiettivo raggiunto
		FUNZIONAMENTO SERVIZIO ANIMAZIONE	NUMERO EVENTI ORGANIZZATI CON L'ESTERNO	17	EDUC	Non meno di 10 eventi	semestrale	11	8	17 eventi con esterni e due uscite (prano a Borno e giornata al grest)
		FUNZIONAMENTO SERVIZIO LAVANDERIA	LAMENTELE PER CAPI PERSI	1	RefASA/LAV	Non più di 2	semestrale	0	0	nei questionari miglioramento del punteggio assegnato
SERVIZIO C.DOM.	COPERTURA SERVIZIO	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	OK	MAN	Non più di tre giorni	annuale		dificoltà in estate	nel periodo di vacanza del posto lavoro del manutentore si sono registrati ritardi nelle riparazioni
-	GESTIONE SODDISFAZIONE DEL	FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	DISTRIBUZIONE QUESTIONARI	1	RGQ	1 volta anno	annuale		1	obiettivo raggiunto
		DISCUSSIONE DEI RISULTATI	INCONTRI CON PARENTI	1	RGQ	1 volta anno	annuale		2	obiettivo raggiunto (effettuato un incontro in più per spiegare il progetto di ristrutturazione)
		INFORMAZIONE A OSPITI E PARENTI	PREPARAZIONE PAI CON OSPITE/PARENTE	OK	EQUIPE	Almeno 1 incontro all'anno a ospite	annuale		OK	obiettivo raggiunto

N°	PROCESSO	CARATTERISTICHE DA MISURARE	OGGETTO DEL CONTROLLO	VALORE DI RIFERIMENTO anno precedente = 2023	RESP.	OBIETTIVO 2024	FREQUENZA MONITORAGGIO	MONITORAGGIO 1° SEMESTRE	MONITORAGGIO 2° SEMESTRE	COMMENTO
6	CLIENTE	MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEI PARENTI	NUMERO RECLAMI DEI PARENTI DELL'OSPITE	3	RGQ	Non più di 8	semestrale	0	2	obiettivo raggiunto, un reclamo è stato presentato durante l'incontro di dicembre con i parenti. Non è stato appuntato sul registro reclami, ma si è proceduto ad aprire la nc n.46
		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		DG	€ 1.000,00	semestrale	€ 34.068,60	€ 43.227,25	obiettivo raggiunto
8	GESTIONE DEL PROCESSO FKT	CAPACITÀ DI MISURARE LE PERFORMANCE DEL SERVIZIO	STRUMENTI DI MISURAZIONE	1,10 su 1162	FKT	;Max15%non eseguito per cause nostre su media 900 terapie programmate	semestrale	6,5 su 1112	15,5 su 1079	dato per semestre (a dicembre trasloco palestra che ha determinato un innalzamento delle cause interne)
9	GESTIONE DEL PROCESSO EDUCATIVO	CAPACITÀ DI MISURARE LE PERFORMANCE DEL SERVIZIO	STRUMENTI DI MISURAZIONE	1,00%	EDUC	;Max15%non eseguito per cause nostre su media attività	semestrale	0,00%	1,77%	dato per semestre:Ad alzare il dato medio la % di 2,8 di non eseguito per mancato funzionamento dell'impianto di filodiffusione
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	
			N° OSSERVAZIONI DA AUDIT INTERNO	4	RGQ	10	annuale		2	
			N° RACCOMANDAZIONI DA AUDIT INTERNO	7	RGQ	10	annuale		7	
			N° NC DA AUDIT ENTE	0	RGQ	0	annuale		1	1 non conformità minore chiusa nell'immediato
			N° OSSERVAZIONI DA AUDIT ENTE	0	RGQ	4	annuale		0	
N° RACCOMANDAZIONI DA AUDIT IENTE	4	RGQ	4	annuale		5	tutti gli spunti di miglioramento sono stati presi in carico			
12	CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001:2015	OTTENIMENTO CERTIFICATO UNI EN ISO 901:2015	EMISSIONE CERTIFICATO	OK	RGQ	MANTENIMENTO	annuale		positivo	obiettivo raggiunto

DATA EMISSIONE:  
05/02/2024

APPROVATO DGE:  
LAURA ANDREOLI

DATA AGGIORNAMENTO:  
20/01/2025