

INDICATORI DI QUALITÀ
Situazione al mese di Anno 2017
1 PROCESSI DEL S.G.Q.

INDICATORE	Obiettivo	Situaz.
RESPONSABILITÀ DI GESTIONE		
Raggiungimento degli obiettivi posti nel Piano annuale della Qualità	90 % degli obiettivi pienamente raggiunti Indicatore annuale	100 %

2 GESTIONE DELLE RISORSE

INDICATORE	Obiettivo	Situaz.
RISORSE UMANE		
Piano di addestramento predisposto annualmente	SI Indicatore annuale	OK
Percentuale di personale non medico che percepisce annualmente un premio aziendale in denaro per avere mantenuto i giorni di assenza entro i limiti previsti dalla Direzione per l'erogazione di tale premio	30 % Indicatore annuale	67,4%
Per gli eventi formativi effettuazione della valutazione dell'efficacia dell'addestramento effettuato	95% Indicatore annuale	100%

3 CONTRATTO CON IL COMMITTENTE

INDICATORE	Obiettivo	Situaz.
Riesame del Contratto effettuato con esito positivo con periodicità annuale, o nel caso di cambiamenti alle condizioni di accreditamento o convenzione	SI Indicatore annuale	OK

4 GESTIONE DEI PROCESSI AZIENDALI

INDICATORE	Obiettivo	Situaz.
FORNITORI DI PRODOTTI E SERVIZI		
N° di Non Conformità rilevate in accettazione dei prodotti/servizi	3 NC/Trimestre	0
PERSONALE ESTERNO		
N° persone esterne risultate non idonee alla collaborazione con la Casa di Cura in un anno / N° persone esterne che collaborano con la Casa di Cura	Meno del 10 % Indicatore annuale	0 %
DEPOSITO FARMACEUTICO		
N° Non Conformità aperte per scadenza di farmaci e prodotti farmaceutici	≤ 1	0

APPARECCHIATURE MEDICALI		
N° di apparecchiature medicali sotto controllo di manutenzione / N° totale di apparecchiature	100 %	100 %
Manutenzioni effettuate sulle apparecchiature nei tempi pianificati	95 %	100 %

5 PROCESSI SANITARI

INDICATORE	Obiettivo	Situaz.
ACCETTAZIONE DEGENZE		
Tempi di attesa per pazienti provenienti da ospedali convenzionati	≤ 3 giorni	2,17 giorni
REPARTI DI DEGENZA		
Tempo di degenza medio dei pazienti della 1 Divisione (2 piano)	≤ 50 giorni	42,2
Tempo di degenza medio dei pazienti della 2 Divisione (3° e 4° piano)	≤ 50 giorni	43,7
Tempo di degenza medio dei pazienti della 3 Divisione (Pal B)	≤ 50 giorni	0
Questionari di gradimento - Valutazione globale	70% di questionari con risposte ≥ Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza medica	60% di questionari con risposte ≥ Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza fisioterapica	60% di questionari con risposte ≥ Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento - Vitto	60% di questionari con risposte ≥ Soddisfatto	99,85 %
Valutazione dei pazienti all'ingresso e alla dimissione con opportune scale (valore di soglia atteso:)	pazienti miglior. 70% pazienti stabili 15%	Miglioramento 97,9 % Stabile 1,8 %
N° reclami scritti	≤ 3 / trimestre	0
Malattie infettive	≤ 3 % dei pazienti	0
Infezioni nosocomiali	≤ 2 % dei pazienti	0
Piaghe da decubito che insorgono nel corso della degenza presso la Casa di Cura	≤ 2 % dei pazienti	0
Cadute accidentali	≤ 1 % del n. di pazienti	0.44 % (50.2)
TERAPIA DEL LINGUAGGIO		
Valutazione con scala dell'afasia all'ingresso e alla dimissione	miglioramento del punteggio per il 40 % dei pazienti, punteggio stabile per il 25% dei pazienti	Miglioramento 59,4 % Stabile 22,4 %
Valutazione con scala della disartria all'ingresso e alla dimissione	miglioramento del punteggio per il 40 % dei pazienti, punteggio stabile per il 25% dei pazienti	Miglioramento 60,5 % Stabile 22,2 %
DAY HOSPITAL		
N° pazienti trattati / N° pazienti accreditati	100 % Indicatore annuale	100 % delle richieste
Valutazione dei pazienti all'ingresso e alla dimissione con opportune scale (valore di soglia atteso:)	pazienti miglior. 70% pazienti stabili 15%	Miglioramento 100 % Stabile 0.0 %
N° reclami scritti/trimestre	≤ 1	0

Questionari di gradimento - Valutazione globale	70% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza medica	60% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza fisioterapica	60% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
EX ART. 26		
Raggiungimento della soglia dei trattamenti concessi dal S.S.N. con accorpamento di questo servizio con quello dei domiciliari	100 % dei trattamenti concessi Indicatore annuale	100 %
N° reclami scritti/trimestre	≤ 2	0
Questionari di gradimento - Valutazione globale	70% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza medica	60% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza fisioterapica	60% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Valutazione con scala Barthel all'ingresso e alla dimissione	pazienti miglior. $\geq 20\%$ pazienti stabili $\geq 50\%$	Miglioramento 74,6 % Stabile 23,8 %
DOMICILIARI		
Raggiungimento della soglia dei trattamenti concessi dal S.S.N. con accorpamento di questo servizio con quello dei domiciliari	100 % dei trattamenti concessi Indicatore annuale	100 %
Valutazione dei pazienti all'ingresso e alla dimissione con opportune scale	pazienti miglior. 10% pazienti stabili 50%	Miglioramento 19,4 % Stabile 67,3%
N° reclami scritti/trimestre	≤ 1	0
Questionari di gradimento - Valutazione globale	70% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza medica	60% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
Questionari di gradimento – Assistenza fisioterapica	60% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	100 %
PICCOLO GRUPPO		
Raggiungimento della soglia dei trattamenti concessi dalla A.S.L.	100 % dei trattamenti concessi Indicatore annuale	0 %
N° reclami scritti/anno	≤ 2	0
Questionari di gradimento- Valutazione globale	70% di questionari con risposte \geq Soddisfatto	Non ci sono state dimissioni
LABORATORIO DI ANALISI		
N° analisi ripetute per errori nel prelievo/trimestre	30 / trimestre	16,7 totali
N° controlli di qualità intralaboratorio con esito negativo	0 / trimestre	0
RADIOLOGIA		
N° pazienti/trimestre	800	3084
N° lastre utilizzate a trimestre (35x45 n. 689 / 30x40 n.911 / 24x30 n. 301)	< 3 lastre / paziente	6884 (2.23 lastre a paziente)

6 SERVIZI DI FORMAZIONE

INDICATORE	Obiettivo	Situaz.
FORMAZIONE		
Valutazione del gradimento dell'evento formativo	70% di questionari con risposte ≥ 3	100 %
Valutazione del gradimento dei docenti	70% di questionari con risposte ≥ 3	100 %
Valutazione dell'apprendimento da parte dei partecipanti	80% dei partecipanti superano i test finali	100 %
Valutazione performance/economica (rilevazione semestrale Giugno Dicembre)	100% copertura delle spese di gestione	100 %
N° reclami / Corso	$\leq 10\%$ dei partecipanti	Reclami 0.0 % Suggerimento 0 (0.0 %)

7 MISURE, ANALISI, MIGLIORAMENTO

VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE		
N° verifiche ispettive interne realizzate nell'anno / N° verifiche ispettive interne pianificate nell'anno	95 %	100 %
Tempi di esecuzione delle verifiche ispettive interne / Tempi pianificati	90 % verifiche entro ≤ 30 giorni rispetto data pianificata. 10% con ritardo ≥ 30 giorni Indicatore annuale	100 %
CONTROLLO DELLE NON CONFORMITÀ		
N° di Non Conformità chiuse nei tempi previsti + max 20% / N° totale di Non Conformità	80 % Non Conformità chiuse nei tempi previsti Indicatore annuale	100 %
GESTIONE AZIONI CORRETTIVE E AZIONI PREVENTIVE		
N° di Azioni Correttive/Preventive chiuse nei tempi previsti + max 20% / n° totale di Azioni Correttive/Preventive	80 % Azioni Correttive / Preventive concluse nei tempi Indicatore annuale	100 %

Data 15/01/2018

L'Assicurazione Qualità

Sig. Mario Spiridigliozzi