



Villa degli Ulivi

Clinica Neuropsichiatrica e Casa di Cura

*ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO
ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO*

ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO

Il presente documento costituisce un foglio di riepilogo degli obiettivi programmatici di miglioramento aziendali, fissati sulla base di indicatori di rilevamento specifici dei principali processi aziendali. Tali obiettivi sono stabiliti sulla base di motivazioni valide quali (domanda sanitaria, programmazione aziendale, bisogno di salute sia degli utenti che del personale), in maniera tale che siano sostenibili (sulla base delle disponibilità economiche e delle risorse aziendali) e finalizzati al miglioramento della qualità della assistenza erogata. Per la redazione di tali obiettivi e per la definizione dei relativi indicatori e criteri di monitoraggio SONO STATE CONSULTATE E COINVOLTE tutte le diverse articolazioni organizzative della struttura, con le quali ci si è interfacciati con frequenza almeno SEMESTRALE per condiverne contenuti e risultati di monitoraggio.

GLI OBIETTIVI FORMULATI SONO TESI A MIGLIORARE I CRITERI IDENTIFICATI DALLA CLINICAL GOVERNANCE intesa come qualità professionale, qualità percepita e qualità logistico-amm.va.

tali obiettivi sono stati formulati e tarati sulla base del contesto aziendale, sulla base della sostenibilità (anche economica) della struttura e sulla base di valide motivazioni quali il bisogno di salute, domanda sanitaria, programmazione aziendale

ANALISI DEI DATI ANNO 2025									MIGLIORAMENTO 2026			MONITORAGGIO	
N°	Processo	Funzione responsabile	PARAMETRI RILEVATI	INDICATORE	TARGET 2024	SITUAZIONE 2024	TARGET 2025	SITUAZIONE 2025	OBIETTIVO 2026	STRATEGIA NECESSARIA	RIFERIMENTI	Verifica attuazione	
												GIUGNO 2026	DICEMBRE 2026
	P02 Gestione Risorse	DIREZIONE	Corsi pianificati =10 Corsi erogati=10	N° corsi di formazione effettuati / corsi previsti nel piano	100%	100%	100%	100%	100%	EFFETTUARE FORMAZIONE ED INFORMAZIONE CONTINUA SULLA SICUREZZA (D.LVO 81/08); INTENSIFICARE LA FORMAZIONE CREDITI ECM; INTEGRARE FORMAZIONE PER I NEO-ASSUNTI; GARANTIRE FORMAZIONE SU RISCHIO CLINICO, EVENTO AVVERSO E CLINICAL GOVERNANCE	PIANO DI FORMAZIONE PIANO NEO ASSUNTI		
	P03 Gestione Qualita'	RGQ - RESP QUALITA'	NUM. RECLAMI	n. reclami anno in corso/nr reclami anno precedente	< 0,5%	0%	< 0,5%	0%	< 0,5%	PORRE SEMPRE ADEGUATA ATTENZIONE AL MONITORAGGIO DEI RECLAMI E RELATIVE REGISTRAZIONI; REGISTRARE NEAR MISS	CARTELLA RECLAMI-NC		
	P03 Gestione Qualita'	RGQ - RESP QUALITA'	NUM. EVENTI AVVERSI	n. eventi avversi. anno in corso/nr eventi avversi anno precedente)	<55	57	<50	49	<45	INTENSIFICARE CULTURA SU EVENTO AVVERSO E MONITORARNE EVENTUALI EVENTI; MONITORARE EVENTI SENTINELLA	CARTELLA EVENTI AVVERSI		
	P03 Gestione Qualita'	RGQ - RESP QUALITA'	N. Verifiche =1 N. Verifiche pianificate =1	N° verifiche ispettive ESEGUITE/ N° verifiche ispettive PIANIFICATE	100%	100%	100%	100%	100%	ESEGUIRE SEMPRE ALMENO UNA VERIFICA PER TUTTI I PROCESSI ANNUALMENTE, TRAMITE SOCIETA' DI CONSULENZA QUALIFICATA; VERIFICARE : la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio; Conoscenza ed applicazione protocolli da parte del personale	PIANO E RAPPORTO DI AUDIT INTERNO		
	P06 Erogazione del servizio	DIRETTORE SANITARIO	Nr accettazioni per reparto	Accettazioni SIR1 Accettazioni SIR2 Accettazioni cod60	127 110			52 25 106		MIGLIORARE LE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELLE ACCETTAZIONI	FLUSSI DEGENZA		

ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO

Il presente documento costituisce un foglio di riepilogo degli obiettivi programmatici di miglioramento aziendali, fissati sulla base di indicatori di rilevamento specifici dei principali processi aziendali. Tali obiettivi sono stabiliti sulla base di motivazioni valide quali (domanda sanitaria, programmazione aziendale, bisogno di salute sia degli utenti che del personale), in maniera tale che siano sostenibili (sulla base delle disponibilità economiche e delle risorse aziendali) e finalizzati al miglioramento della qualità della assistenza erogata. Per la redazione di tali obiettivi e per la definizione dei relativi indicatori e criteri di monitoraggio SONO STATE CONSULTATE E COINVOLTE tutte le diverse articolazioni organizzative della struttura, con le quali ci si è interfacciati con frequenza almeno SEMESTRALE per condiverne contenuti e risultati di monitoraggio.

GLI OBIETTIVI FORMULATI SONO TESI A MIGLIORARE I CRITERI IDENTIFICATI DALLA CLINICAL GOVERNANCE intesa come qualità professionale, qualità percepita e qualità logistico-amm.va.

tali obiettivi sono stati formulati e tarati sulla base del contesto aziendale, sulla base della sostenibilità (anche economica) della struttura e sulla base di valide motivazioni quali il bisogno di salute, domanda sanitaria, programmazione aziendale

ANALISI DEI DATI ANNO 2025									MIGLIORAMENTO 2026			MONITORAGGIO	
N°	Processo	Funzione responsabile	PARAMETRI RILEVATI	INDICATORE	TARGET 2024	SITUAZIONE 2024	TARGET 2025	SITUAZIONE 2025	OBIETTIVO 2026	STRATEGIA NECESSARIA	RIFERIMENTI	Verifica attuazione	
												GIUGNO 2026	DICEMBRE 2026
	P06 Erogazione del servizio	DIRETTORE SANITARIO	N. giorni di degenza; N. capacità max; nr Dimessi	N. giorni di degenza cod. 60/ N. capacità max ; incasso da degenza/limite max da incasso % utilizzazione camere	510/8030= 6,35% 561.90 9/721.000=78%	57%	57% 85,5%	SIR1-10.593 SIR2-10.200 COD.60-5.422	>3% >5% >2%	MIGLIORARE IL SISTEMA DI GESTIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO MEDIANTE ATTENTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DEI REGISTRI PRESENZE; ATTESO CHE L'OBIETTIVO DELLE 8030 GIORNATE E' PIU' TEORICO CHE SOSTANZIALE PERCHE' IL LIMITE E' FISSATO DAL BUDGET DI SPESA	FLUSSI DEGENZA		
	P06 Erogazione del servizio	DIRETTORE SANITARIO	N. giorni di degenza SIR; N. capacità max; nr Dimessi	N. giorni di degenza SIR/N. capacità max semestrale % utilizzazione camere nr dimessi media mensiled imessi	20100/21000= 95,1%	97%	7,23% 99%	DURATA MEDIA DI DEGENZA SIR1-.321 GG SIR2-.340 GG COD. 60.54.00	90% 95%	MIGLIORARE IL SISTEMA DI GESTIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO MEDIANTE ATTENTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DEI REGISTRI PRESENZE; MONITORARE LISTE DI ATTESA E SODDISFAZIONE DEL CLIENTE	FLUSSI DEGENZA		
	P04 Rapporto con il cliente	DIRETTORE SANITARIO	N. ricoveri ANNO SIR	Delta % n. clienti tra anno in corso e precedente				78		MIGLIORARE SITUAZIONE DI CONFORT E MONITORARE COSTANTEMENTE LA QUALITA' DEL CIBO, E LA PULIZIA STRUTTURA	FLUSSI DEGENZA	-	

ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO

Il presente documento costituisce un foglio di riepilogo degli obiettivi programmatici di miglioramento aziendali, fissati sulla base di indicatori di rilevamento specifici dei principali processi aziendali. Tali obiettivi sono stabiliti sulla base di motivazioni valide quali (domanda sanitaria, programmazione aziendale, bisogno di salute sia degli utenti che del personale), in maniera tale che siano sostenibili (sulla base delle disponibilità economiche e delle risorse aziendali) e finalizzati al miglioramento della qualità della assistenza erogata. Per la redazione di tali obiettivi e per la definizione dei relativi indicatori e criteri di monitoraggio SONO STATE CONSULTATE E COINVOLTE tutte le diverse articolazioni organizzative della struttura, con le quali ci si è interfacciati con frequenza almeno SEMESTRALE per condiverne contenuti e risultati di monitoraggio. GLI OBIETTIVI FORMULATI SONO TESI A MIGLIORARE I CRITERI IDENTIFICATI DALLA CLINICAL GOVERNANCE intesa come qualità professionale, qualità percepita e qualità logistico-amm.va.

tali obiettivi sono stati formulati e tarati sulla base del contesto aziendale, sulla base della sostenibilità (anche economica) della struttura e sulla base di valide motivazioni quali il bisogno di salute, domanda sanitaria, programmazione aziendale

ANALISI DEI DATI ANNO 2025									MIGLIORAMENTO 2026			MONITORAGGIO	
N°	Processo	Funzione responsabile	PARAMETRI RILEVATI	INDICATORE	TARGET 2024	SITUAZIONE 2024	TARGET 2025	SITUAZIONE 2025	OBIETTIVO 2026	STRATEGIA NECESSARIA	RIFERIMENTI	Verifica attuazione	
												GIUGNO 2026	DICEMBRE 2026
	P04 Rapporto con il cliente	DIRETTORE SANITARIO	N. riammissioni ANNO SIR	Delta % n. clienti tra anno in corso e precedente				6%	<6%	Indagare e Monitorare cause della riammissione	FLUSSI DEGENZA		
	P04 Rapporto con il cliente	DIRETTORE SANITARIO	NR di dimissioni concordate SIR	Delta % n. clienti tra anno in corso e precedente				100%	- 100%	Indagare e Monitorare cause della riammissione	FLUSSI DEGENZA		
	QUALITA' DEL SERVIZIO	DIRETTORE SANITARIO	diagnosi errate LPA	Nr di diagnosi errate o parzialmente errate	0	0	0	0	100% coerenti con setting	; APPROFONDIRE ANALISI DELLE CAUSE DI EVENTUALI DIAGNOSI ERRATE ED INTENSIFICARE PROCESSO FORMATIVO IN MERITO	FLUSSI DEGENZA		
	P04 Rapporto con il cliente	DIRETTORE SANITARIO	N. ricoveri ANNO LPA	Delta % n. clienti tra anno in corso e precedente				101		. MIGLIORARE SITUAZIONE DI CONFORT E MONITORARE COSTANTEMENTE LA QUALITA' DEL CIBO, E LA PULIZIA STRUTTURA	FLUSSI DEGENZA		
	P04 Rapporto con il cliente	DIRETTORE SANITARIO	N.DIMMISSIONI ANNO LPA NR di dimissioni concordate	Delta % n. clienti tra anno in corso e precedente				84 100%	- 100%	Indagare e Monitorare cause della riammissione	FLUSSI DEGENZA		

ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO

Il presente documento costituisce un foglio di riepilogo degli obiettivi programmatici di miglioramento aziendali, fissati sulla base di indicatori di rilevamento specifici dei principali processi aziendali. Tali obiettivi sono stabiliti sulla base di motivazioni valide quali (domanda sanitaria, programmazione aziendale, bisogno di salute sia degli utenti che del personale), in maniera tale che siano sostenibili (sulla base delle disponibilità economiche e delle risorse aziendali) e finalizzati al miglioramento della qualità della assistenza erogata. Per la redazione di tali obiettivi e per la definizione dei relativi indicatori e criteri di monitoraggio SONO STATE CONSULTATE E COINVOLTE tutte le diverse articolazioni organizzative della struttura, con le quali ci si è interfacciati con frequenza almeno SEMESTRALE per condiverne contenuti e risultati di monitoraggio.

GLI OBIETTIVI FORMULATI SONO TESI A MIGLIORARE I CRITERI IDENTIFICATI DALLA CLINICAL GOVERNANCE intesa come qualità professionale, qualità percepita e qualità logistico-amm.va.

tali obiettivi sono stati formulati e tarati sulla base del contesto aziendale, sulla base della sostenibilità (anche economica) della struttura e sulla base di valide motivazioni quali il bisogno di salute, domanda sanitaria, programmazione aziendale

ANALISI DEI DATI ANNO 2025									MIGLIORAMENTO 2026			MONITORAGGIO	
N°	Processo	Funzione responsabile	PARAMETRI RILEVATI	INDICATORE	TARGET 2024	SITUAZIONE 2024	TARGET 2025	SITUAZIONE 2025	OBIETTIVO 2026	STRATEGIA NECESSARIA	RIFERIMENTI	Verifica attuazione	
												GIUGNO 2026	DICEMBRE 2026
	QUALITA' DEL SERVIZIO	DIRETTORE SANITARIO	diagnosi errate SIR	Nr di decessi				7,9%	<6%	APPROFONDIRE ANALISI DELLE CAUSE DI DECESSO	FLUSSI DEGENZA		
	P03 Gestione Qualita'	DIREZIONE	Fatturato TOTALE ANNO IN CORSO Fatturato ANNO PREC	Delta % del Fatturato	SIR 3.506.074,37 COD. 60 315.234,92		+2% +3%	SIR 3.558.331,63 COD. 60 557.034,45	+2% +3%	IL FATTURATO TOTALE è DIMINUITO MONITORARE ED OTTIMIZZARE COSTI E SERVIZI DELLE FORNITURE DI PRODOTTO E SERVIZIO; MANTENIMENTO ACCREDITAMENTO REGIONALE;	BILANCI ANNUALI	-	
	QUALITA' DEL SERVIZIO	DIRETTORE SANITARIO	Nr di degenze con problemi	Nr di degenze per le quali non sono stati rispettati obiettivi da cartella clinica	nd				0	NUOVO OBIETTIVO; APPROFONDIRE FORMAZIONE DEL PERSONALE CIRCA UTILIZZO E CORRETTA GESTIONE DELLE CARTELLE CLINICHE E MONITORAGGIO DEI RELATIVI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO	CARTELLE CLINICHE		
	QUALITA' DEL SERVIZIO			Nr di degenze per le quali il paziente è stato trasportato presso altra struttura	nd				0	NUOVO OBIETTIVO; APPROFONDIRE ANALISI DELLE CAUSE DI EVENTUALI DEGENZE CON PROBLEMATICHE NON RISOLTE INTERNAMENTE ALLA STRUTTURA	FLUSSI DEGENZA		

ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO

Il presente documento costituisce un foglio di riepilogo degli obiettivi programmatici di miglioramento aziendali, fissati sulla base di indicatori di rilevamento specifici dei principali processi aziendali. Tali obiettivi sono stabiliti sulla base di motivazioni valide quali (domanda sanitaria, programmazione aziendale, bisogno di salute sia degli utenti che del personale), in maniera tale che siano sostenibili (sulla base delle disponibilità economiche e delle risorse aziendali) e finalizzati al miglioramento della qualità della assistenza erogata. Per la redazione di tali obiettivi e per la definizione dei relativi indicatori e criteri di monitoraggio SONO STATE CONSULTATE E COINVOLTE tutte le diverse articolazioni organizzative della struttura, con le quali ci si è interfacciati con frequenza almeno SEMESTRALE per condiverne contenuti e risultati di monitoraggio.

GLI OBIETTIVI FORMULATI SONO TESI A MIGLIORARE I CRITERI IDENTIFICATI DALLA CLINICAL GOVERNANCE intesa come qualità professionale, qualità percepita e qualità logistico-amm.va.

tali obiettivi sono stati formulati e tarati sulla base del contesto aziendale, sulla base della sostenibilità (anche economica) della struttura e sulla base di valide motivazioni quali il bisogno di salute, domanda sanitaria, programmazione aziendale

ANALISI DEI DATI ANNO 2025									MIGLIORAMENTO 2026			MONITORAGGIO	
N°	Processo	Funzione responsabile	PARAMETRI RILEVATI	INDICATORE	TARGET 2024	SITUAZIONE 2024	TARGET 2025	SITUAZIONE 2025	OBIETTIVO 2026	STRATEGIA NECESSARIA	RIFERIMENTI	Verifica attuazione	
												GIUGNO 2026	DICEMBRE 2026
	QUALITA' DEL SERVIZIO	RESP LABORATORIO	Test errati	Nr di test EMERGENZA non fatti o non efficaci	0	0	0	0	0	NUOVO OBIETTIVO; APPROFONDIRE ANALISI DELLE CAUSE DI EVENTUALI TEST DI LABORATORIO ERRATI ED INTENSIFICARE PROCESSO FORMATIVO IN MERITO	FLUSSI DEGENZA		
	QUALITA' DEL SERVIZIO	DIRETTORE SANITARIO	Nr di eventi in reparti degenza	Nr cadute con ripercussioni; nr di aggressioni al personale medico nr di fughe dalla struttura	0 0 2	0 0 0	0 0 0	0 0 1	0 0 0	RIUNIONE PERIODICA DELLA SICUREZZA; SOPRALLUOGHI SULLA STRUTTURA DA PARTE DI RSPP E CONSULENTI ESTERNI	REGISTRO NON CONFORMITA'		
	COMUNICAZIONI	RESP QUALITA'	Nr di errori di comunicazione e	Nr di errori di comunicazione tra amministrazione, personale medico ed infermieristico	0	0	0	0	0	INTENSIFICARE RIUNIONI E PROCESSI DI SOCIALIZZAZIONE TRA IL PERSONALE			
	SODDISFAZIONE UTENTE	RGQ - RESP QUALITA'	Questionari di soddisfazione del cliente	Indice di Soddisfazione	75%	80%	82%		> 83%	MIGLIORARE LE ATTIVITA' LUDICO RICREATIVE, E VIGILARE SULLA QUALITA' DEL SERVIZIO MENSA E PULIZIA AMBIENTI; RICEVE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE DIRETTE DALL'UTENTE	CARTELLA QUESTIONARI		

ANALISI DEI DATI, INDICATORI DI PROCESSO ED OBIETTIVI SPECIFICI DI MIGLIORAMENTO

Il presente documento costituisce un foglio di riepilogo degli obiettivi programmatici di miglioramento aziendali, fissati sulla base di indicatori di rilevamento specifici dei principali processi aziendali. Tali obiettivi sono stabiliti sulla base di motivazioni valide quali (domanda sanitaria, programmazione aziendale, bisogno di salute sia degli utenti che del personale), in maniera tale che siano sostenibili (sulla base delle disponibilità economiche e delle risorse aziendali) e finalizzati al miglioramento della qualità della assistenza erogata. Per la redazione di tali obiettivi e per la definizione dei relativi indicatori e criteri di monitoraggio SONO STATE CONSULTATE E COINVOLTE tutte le diverse articolazioni organizzative della struttura, con le quali ci si è interfacciati con frequenza almeno SEMESTRALE per condiverne contenuti e risultati di monitoraggio.

GLI OBIETTIVI FORMULATI SONO TESI A MIGLIORARE I CRITERI IDENTIFICATI DALLA CLINICAL GOVERNANCE intesa come qualità professionale, qualità percepita e qualità logistico-amm.va.

tali obiettivi sono stati formulati e tarati sulla base del contesto aziendale, sulla base della sostenibilità (anche economica) della struttura e sulla base di valide motivazioni quali il bisogno di salute, domanda sanitaria, programmazione aziendale

ANALISI DEI DATI ANNO 2025									MIGLIORAMENTO 2026			MONITORAGGIO	
N°	Processo	Funzione responsabile	PARAMETRI RILEVATI	INDICATORE	TARGET 2024	SITUAZIONE 2024	TARGET 2025	SITUAZIONE 2025	OBIETTIVO 2026	STRATEGIA NECESSARIA	RIFERIMENTI	Verifica attuazione	
												GIUGNO 2026	DICEMBRE 2026
	Partecipazione del personale	RGQ - RESP QUALITA'	Questionari di comfort e motivazione del dipendente	Indice di Soddisfazione	nd	nd	nd		> 83%	RICEVERE INFORMAZIONI DI FEEDBACK IMPORTANTI PER MIGLIORARE L'AMBIENTE E LE CONDIZIONI DI LAVORO E COINVOLGERE MEGLIO IL PERSONALE	Cartelle questionari di comfort e motivazione		
	P06	RGQ	Tempo di attesa	Minuti di attesa per accettazione paziente	10 MIN		MAX 9,5 MIN	10 MIN	MAX 9,5 MIN	MIGLIORARE IL SISTEMA DI ACCETTAZIONE; VIGILARE SULLA PROFESSIONALITA' DEL PERSONALE DI ACCETTAZIONE; AUMENTARE LA FORMAZIONE PER IL PERSONALE DA FRONT OFFICE	LISTE DI ATTESTAZIONE; PRENOTAZIONI		

Per indicazioni piu' approfondite, alleghiamo la tabella dei case mix, come elaborata dalla direzione sanitaria