

Prot. n° 1386/2024

REPORT
DEGLI INDICATORI DI MONITORAGGIO E DEGLI OBIETTIVI

INDICATORI

1. Gli indicatori interni, individuati come significativi per misurare **la gestione della documentazione** sono dati:

- da numero di procedure che rispettano i criteri stabiliti sul numero di procedure emesse nell'anno. Tale dato deve essere pari al 100%. L'obiettivo è stato raggiunto tutte le procedure emesse hanno rispettati i criteri.
- Gli indicatori della comunicazione interna sono dati dal numero di comunicazioni fatte/numero di comunicazione da dare tale dato deve essere maggiore del 90%. L'obiettivo è stato raggiunto è del 100%

Non sono previste piani d'intervento.

2. Gli indicatori interni, individuati come significativi per l'**approvvigionamento** sono dati da:

- numero ordini conformi/numero di ordini effettuati. Tale dato deve essere >80%. L'Obiettivo è stato raggiunto il dato è del 90%.
- numero ordini conformi per caratteristiche di conservazione dei prodotti e gli standard qualitativi attesi date di scadenza /numero di ordini effettuati. Tale dato deve essere >95%. L'Obiettivo è stato raggiunto il dato è del 95%
- ordini evasi entro i termini stabiliti / ordini inviati. Tale dato > 85%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 90%
- ordini evasi controllo merce / ordini arrivati. Tale dato pari al 100%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- dal rapporto tra ordini evasi entro i termini e ordini effettuati. Tale dato deve essere > 90%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 95%
- prodotti sottoscorta/rilevazione settimanale <10% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 5%
- prodotti che numero prodotti che superano la data di scadenza/prodotti arrivati <10% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 5%.

Non sono previste piani d'intervento.

3. Gli indicatori interni, individuati come significativi per il **controllo di gestione** sono dati:

- Verifica trimestrale per il monitoraggio dell'attività da svolgere sullo scostamento budget assegnato nel mese di riferimento per reparto <20% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 15%
- Verifiche semestrali per monitorare le macrovoci dell'attività per reparto per intraprendere eventuali azioni correttive per mantenere i risultati in linea con il piano degli obiettivi >80%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 85%
- Verifica raggiungimento del margine operativo lordo MOL attraverso Bilancio d'esercizio > del 20% del fatturato globale. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 20%

Non sono previste piani d'intervento.

4. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **sanificazione, smaltimento rifiuti e sicurezza** sono dati dalla:

- Gestione dei rifiuti secondo la norma; 100% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- Gestione delle pulizie secondo calendario e registrazione sulla scheda per avvenuta pulizia; >90% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- Misurazione della soddisfazione dell'utenza sulle pulizie; >80% L'Obiettivo è non stato raggiunto è del 70%
- Utilizzo dei DPI >95% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%

Sono previste piani d'intervento.

5. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **controllo della strumentazione** sono dati:

- Dall'elenco delle attrezzature deve essere aggiornato ogni anno e deve includere che: l'elenco aggiornato 100%
- Da tutte le apparecchiature devono essere in possesso del marchio CE 100% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- Da tutte le apparecchiature che devono avere il collaudo >99%; L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- da tutte le apparecchiature che devono riportare l'etichetta di verifica elettrica e funzionale >99%; L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- dal Numero di interventi per guasto/numero di apparecchiature <20%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del <10%.

Non sono previste piani d'intervento.

6. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **gestione del reclamo** sono dati:

- dal rapporto tra numero di reclami ricevuti e numero di reclami risolti. Tale dato deve essere > 90%. L'Obiettivo è stato raggiunto il dato è 100%.
- dal rapporto tra numero di reclami pervenuti e numero di utenti. Tale dato deve essere < 1%. L'Obiettivo è stato raggiunto il dato è 0.

Non sono previste piani d'intervento.

7. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **gestione risorse umane** sono dati:

- Dal numero di personale effettivo e il numero di personale richiesto per ogni singola mansione. Tale dato deve essere pari al 100%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%
- dal numero di corsi effettuati sul numero di corsi previsti la percentuale deve essere > del 80% e deve coprire almeno il 90% del personale. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 95%
- dalla soddisfazione del personale con cadenza annuale con un grado di soddisfazione > 80%. L'Obiettivo in corso di misurazione.
- Dal Rispetto del programma formativo nei tempi e nelle attività >90% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 95%.

Non sono previste piani d'intervento.

8. Gli indicatori interni, individuati come significativi per il **miglioramento continuo** sono dati:

- dal rapporto tra obiettivi raggiunti e obiettivi fissati. Tale dato deve essere > 80%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 95%.
- dal rapporto tra le aree critiche individuate e le aree esaminate tale dato deve essere >90%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 95%.
- Dal rispetto dei tempi per l'applicazione delle azioni di miglioramento tale dato deve essere >80%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 95%.

Non sono previste piani d'intervento.

9. Gli indicatori interni, individuati come significativo per il **rischio clinico** sono dati:

- Dal Numero di eventi segnalati <1. L'Obiettivo è stato raggiunto è 0%.
- Dal rapporto tra n. eventi segnalati e numero di pazienti < 1%. L'Obiettivo è stato raggiunto è 0%.
- Dalle Verifiche semestrali pari al 100%. L'Obiettivo è stato raggiunto è 100%.
- Dal Numero di comunicazioni effettuate ai pazienti, familiari e operatori sulla prevenzione delle infezioni/numero di pazienti, familiari e operatori > 95%. L'obiettivo è stato raggiunto è del 96%.

Non sono previste piani d'intervento.

10. Gli indicatori interni, individuati come significativo per la gestione **emergenze** sono dati:

- Dal Numero di emergenze, tale dato deve essere < 30%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 22%.
- Dal Numero di pazienti trasferiti per emergenza, tale dato deve essere < 30%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 22%.
- Dal Numero di decessi a seguito emergenza deve essere < 20%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 17%.

Non sono previste piani d'intervento.

11. L'indicatore interno, individuato come significativo per il **riesame della direzione** è dato:

- Dal rapporto tra gli obiettivi raggiunti e gli obiettivi fissati. Tale dato deve essere >80%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 90%.

Non sono previste piani d'intervento.

12. L'indicatore interno, individuato come significativo per la soddisfazione **utenti** è dato:

- dalla percentuale di soddisfazione sul numero di questionari somministrati. Tale dato deve essere > 90%. Il dato per alcuni item è del 80% saranno attivati piani d'intervento.

13. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **comunicazione e umanizzazione** sono dati:

- dall'evento che deve essere segnalato nei modi e nei tempi stabiliti; L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%.
- dall'evento deve essere comunicato al paziente secondo i criteri indicati; L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%.
- dall'avvenuto colloquio con il paziente e/o familiari che deve essere annotato in cartella clinica. >99% L'Obiettivo è stato raggiunto è del 99%.
- dal rapporto tra numero di colloqui registrati per l'avvenuta comunicazione e il numero di pazienti per cui è richiesta. Tale dato deve essere >10%. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 12%.
- Dalla Qualità della relazione tra professionisti sanitari/pazienti/familiari, % item questionario correttamente compilati / Questionari esaminati.

	Soddisfazione utente Obiettivo relazione tra professionisti sanitari sanitari/pazienti/familiari	Soddisfazione utente Attuale relazione tra professionisti sanitari sanitari/pazienti/familiari
	80%	95%

Non sono previste piani d'intervento.

14. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **gestione degli eventi avversi** sono dati:

- dall'evento che deve essere segnalato nei modi e nei tempi stabiliti; 100%. Non ci sono stati eventi avversi.
- dall'evento deve essere comunicato al paziente secondo i criteri indicati; 100% Non ci sono stati eventi avversi.
- dall'avvenuto colloquio con il paziente e/o familiari deve essere annotati in cartella clinica. >99%. Non ci sono stati eventi avversi.
- dalla comunicazione all'esterno dell'evento che deve avvenire nei modi e nei tempi stabiliti; 100%. Non ci sono stati eventi avversi.
- Numero di eventi avversi; Non ci sono stati eventi avversi.
- Dall'attività di sostegno per gli operatori coinvolti/n° operatori coinvolti; >95%. Non ci sono stati eventi avversi.

Non sono previste piani d'intervento.

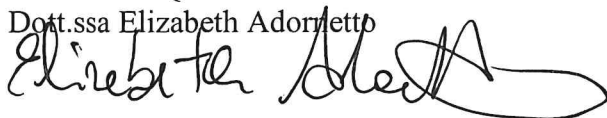
15. Gli indicatori interni, individuati come significativi per la **compilazione e gestione della cartella clinica** sono dati:

- Dalla Compilazione del DR.CLI.01 **Griglia per la valutazione della cartella clinica** per il 100% delle cartelle. L'Obiettivo è stato raggiunto è del 100%.
- Tempi di consegna entro 15gg. Tale dato deve essere > 80%. L'Obiettivo è stato raggiunto è 85%.

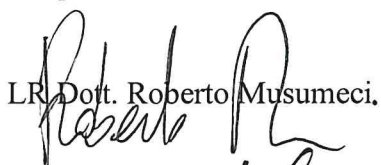
Non sono previste piani d'intervento.

Firma del RQ

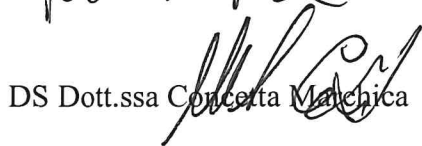
Dott.ssa Elizabeth Adornetto



Per presa Visione

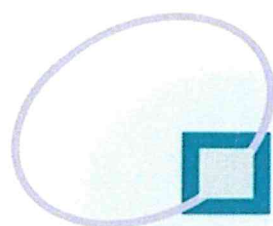


LR Dott. Roberto Musumeci.



DS Dott.ssa Concetta Marchica

Misturbianco, 15/10/2024



Villa Lisa s.r.l.
Residenza Sanitaria Assistenziale

Prot.: 1348/2024

REPORT
SULLA SODDISFAZIONE
DEI CITTADINI UTENTI

- -

2024

Sede di Misterbianco (CT)

Relazione sui dati
dell'anno 2024

RELAZIONE SUI DATI DELL'ANNO: 2024

Il questionario sul gradimento dei servizi è stato somministrato a nr. 51 nella sede di Misterbianco. I dati raccolti sono stati suddivisi in quattro macro aree:

1) Servizio di prenotazione; 2) Qualità dei Servizi; 3) Area Servizi; 4) Assistenza Post.

Il nuovo questionario, strutturato su una scala variabile da 1 a 7 (1= per niente soddisfatto, 7= molto soddisfatto) per una migliore rappresentazione dei dati è stato visualizzato in:

1= Negativo; 2= Insufficiente; 3= Sufficiente; 4= Discreto; 5= Buono; 6= Ottimo; 7= Eccellente.

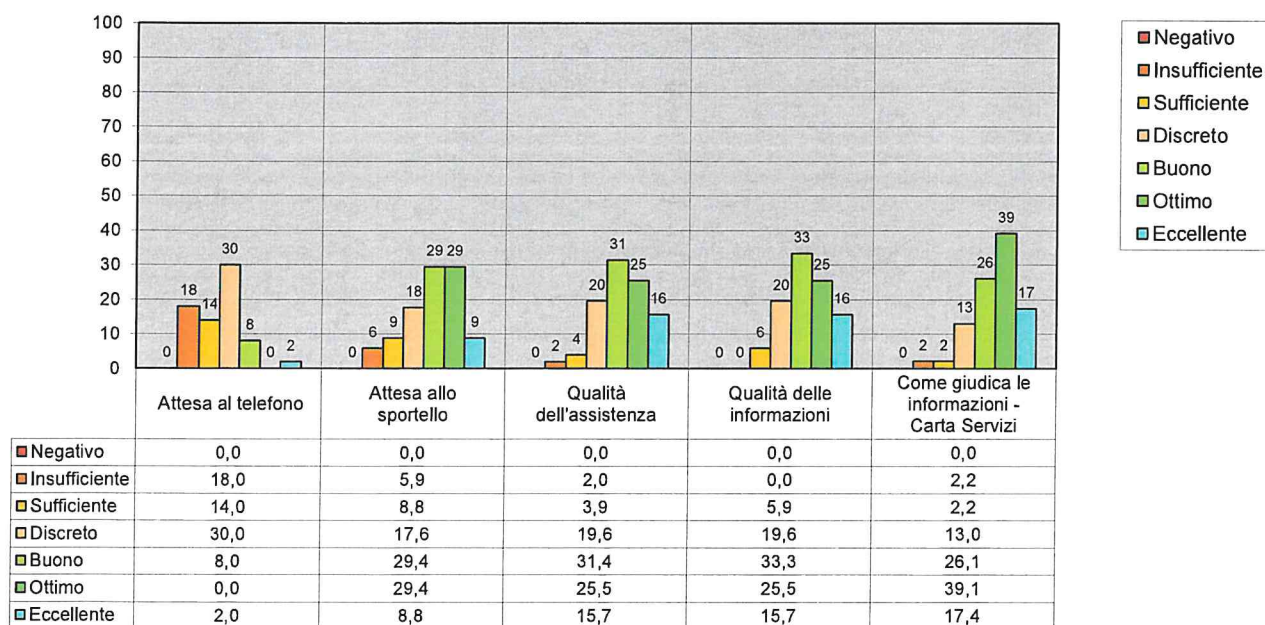
Riguardo l'area del **"Servizio di Prenotazione"**, si osserva che, nel periodo in esame

il **20,0%** si ritiene **non soddisfatto** (punteggio da 1 a 2),
il **50,0%** si ritiene **mediamente soddisfatto** (punteggio da 3 a 5),
ed il **30,0%** si ritiene **molto soddisfatto** (punteggio da 6 a 7).

(vedi grafico nr. 1 e note a piè pagina)

SERVIZI DI PRENOTAZIONE - 2024

Grafico nr.1



Gli utenti intervistati in questa sezione non riportano osservazione e/o suggerimenti:

-
-
-
-

Per la macro area **"Qualità del servizio"** si è osservato quanto segue:

il **7,8%** si ritiene **non soddisfatto** (punteggio da 1 a 2),
il **49,0%** si ritiene **mediamente soddisfatto** (punteggio da 3 a 5),
ed il **43,1%** si ritiene **molto soddisfatto** (punteggio da 6 a 7).

(vedi grafici nr. 2 e 3 e note a piè pagina)

QUALITA' DEI SERVIZI - 2024

Grafico nr.2

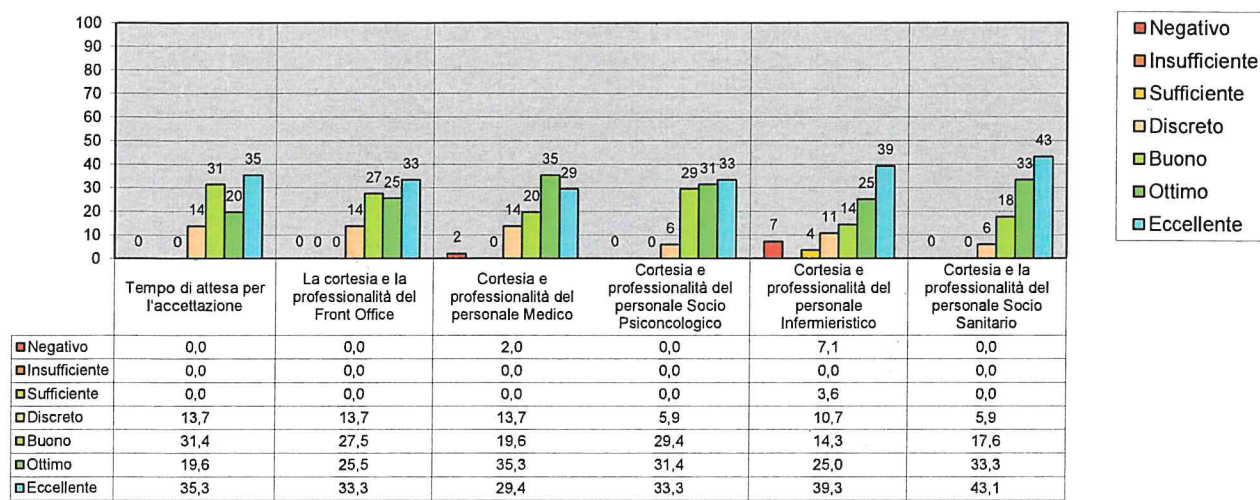
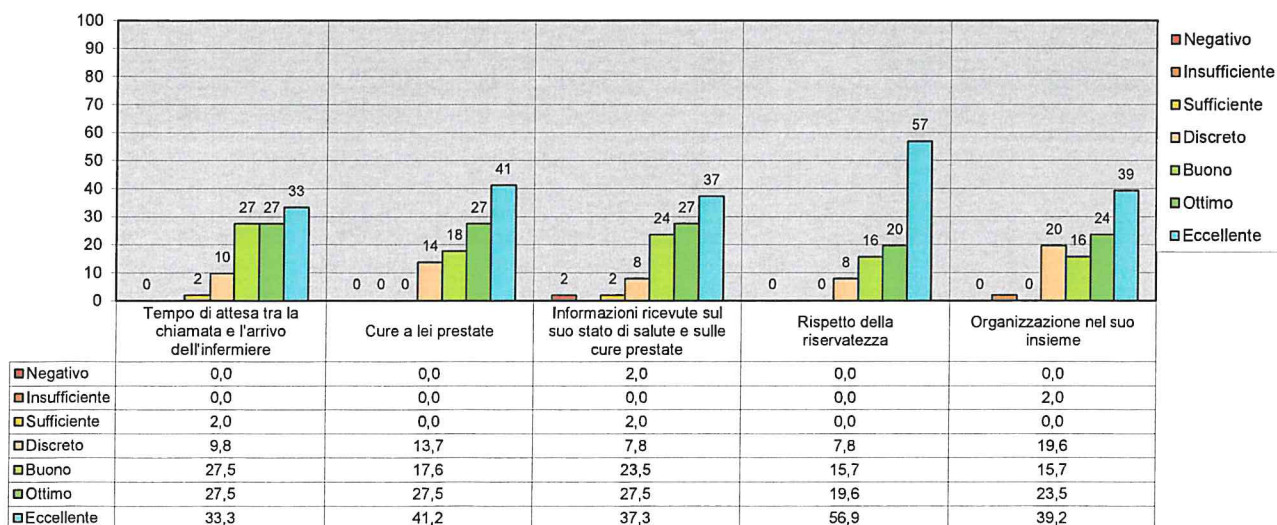


Grafico nr.3



Gli utenti intervistati in questa sezione non riportano osservazione e/o suggerimenti:

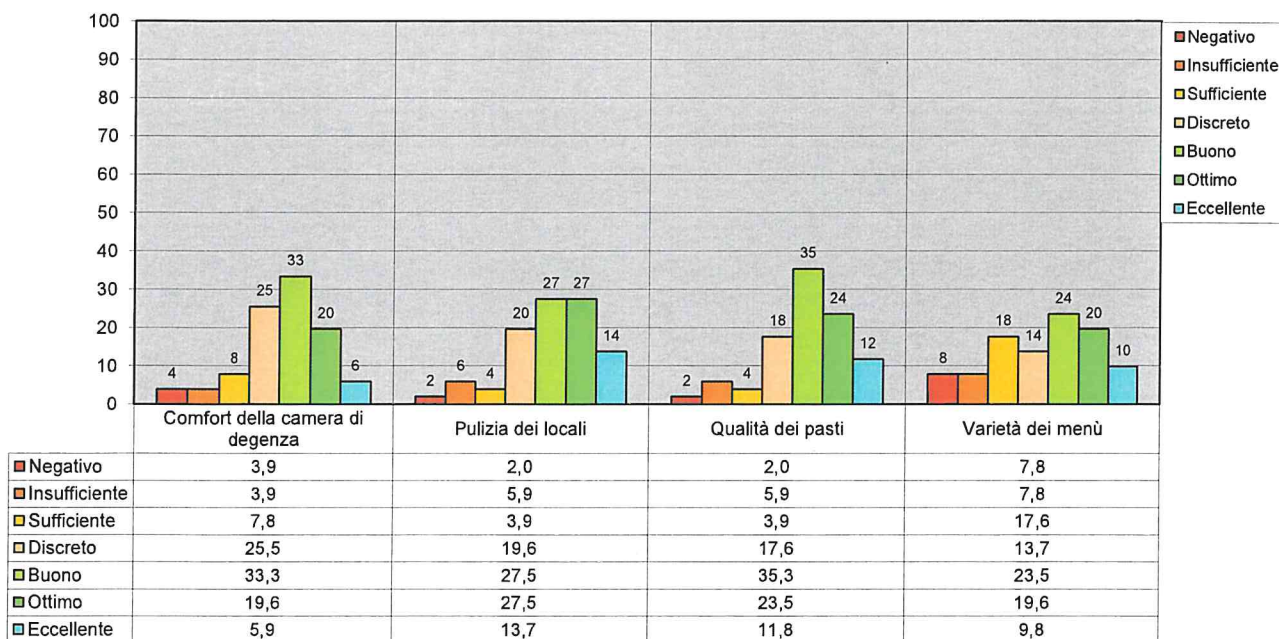
Per la macro area **"Qualità del Servizio Alberghiero"** si è osservato quanto segue:

il **28,6%** si ritiene **non soddisfatto** (punteggio da 1 a 2),
il **42,9%** si ritiene **mediamente soddisfatto** (punteggio da 3 a 5),
ed il **28,6%** si ritiene **molto soddisfatto** (punteggio da 6 a 7).

(vedi grafico nr. 4 e note a piè pagina)

QUALITA' DEL SERVIZIO ALBERGHIERO - 2024

Grafico nr.4



Gli utenti intervistati in questa sezione non riportano osservazione e/o suggerimenti:

Resp. Servizio di Psico-Oncologia
Istituto Oncologico del Mediterraneo
(Dott.ssa Maria Carmela Scriminaci)

Per presa visione

Roberto R.

Maria Carmela Scriminaci

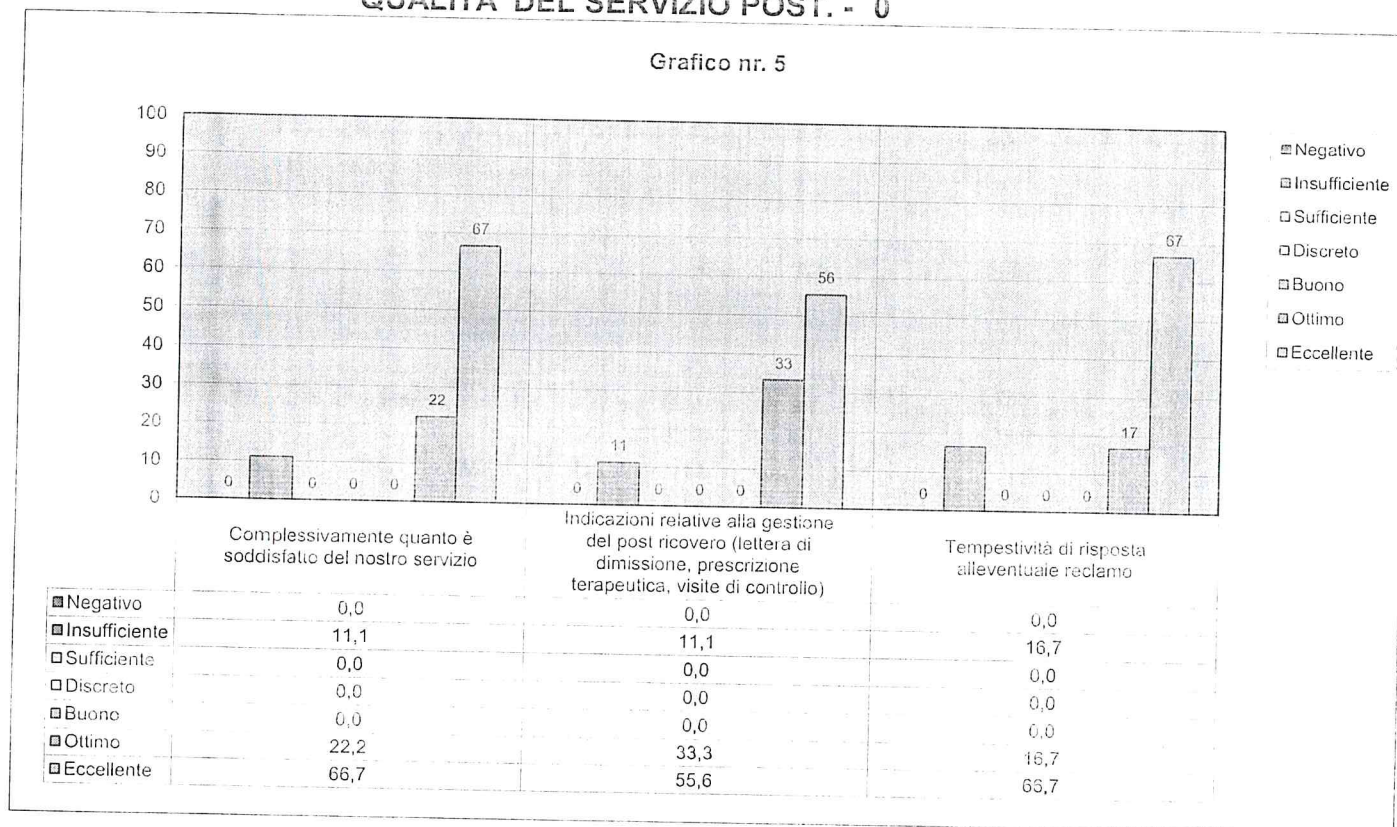
Per la macro area **"Qualità del Servizio Assistenza Post."** si è osservato quanto segue:

il	22,2%	si ritiene	<u>non soddisfatto</u>	(punteggio da 1 a 2),
il	44,4%	si ritiene	<u>mediamente soddisfatto</u>	(punteggio da 3 a 5),
ed il	33,3%	si ritiene	<u>molto soddisfatto</u>	(punteggio da 6 a 7).

(vedi grafico nr. 5 e note a piè pagina)

QUALITA' DEL SERVIZIO POST. - 0

Grafico nr. 5



Gli utenti intervistati in questa sezione non riportano osservazione e/o suggerimenti:

Resp. Servizio di Psico-Oncologia
Istituto Oncologico del Mediterraneo
(Dott.ssa Maria Carmela Scriminaci)