



**DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE  
PROGRAMMA PER IL RAGGIUNGIMENTO DI  
OBIETTIVI, TRAGUARDI E MIGLIORAMENTO ATTESO**

**DR.PQG.03  
REV. 00 del  
30.01,2023**

AREA	Indicatore	Obiettivi	Responsabilità	Tempi di realizzazione	Modalità attuative	Miglioramenti attesi	Strumento di monitoraggio	Verifiche Implementazione	Monitoraggio				
									I° Trim.	II° Trim.	III° Trim.	IV° Trim.	
<b>Obiettivi di miglioramento dei processi</b>													
	Numero di richieste di assistenza ricevute	Almeno 500 l'anno per	CDA	1 ANNO	Promozione del servizio	Incrmento Produttività aziendale	Verificare tramite briefing interni lo stato di avanzamento del Piano di Comunicazione e marketing sanitario	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
			CDA	1 ANNO		Incrmento Produttività aziendale	Verificare tramite briefing interni lo stato di avanzamento del Piano di Comunicazione e marketing sanitario	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
	Numero di pazienti assistiti in linea tramite trattamenti riabilitativi, infermieristici, sociosanitari e ove necessario medico specialistici. (I-II-III livello)	Almeno 100	CDA	1 ANNO	Promozione del servizio	Incrmento Produttività aziendale	Verificare tramite briefing interni lo stato di avanzamento del Piano di Comunicazione e marketing sanitario	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
				1 ANNO		Incrmento Produttività aziendale	Verificare tramite briefing interni lo stato di avanzamento del Piano di Comunicazione e marketing sanitario	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
	N. di Pazienti con assistenza nutrizionale sul totale dei pazienti (I-II-III livello)	n.d.*	CDA	1 ANNO	Promozione del servizio	Incrmento Produttività aziendale	Verificare tramite briefing interni lo stato di avanzamento del Piano di Comunicazione e marketing sanitario	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
				1 ANNO		Incrmento Produttività aziendale	Verificare tramite briefing interni lo stato di avanzamento del Piano di Comunicazione e marketing sanitario	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
	Erogazione del servizio	Numero di giorni ed ore di apertura della centrale operativa per settimana	6 gg/settimana	DT	1 ANNO	Attivazione servizio	Efficienza del servizio	Controllo dei turni del personale di centrale	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
			66 ore/settimana	DT	1 ANNO	Attivazione servizio	Efficienza del servizio	Controllo dei turni del personale di centrale	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
% di pazienti per i quali il tempo di attesa fra la segnalazione del caso (ricevimento PAI) e la presa in carico domiciliare è ≤2 gg		≥ 90%	DT	1 ANNO	Attuazione efficace della Pianta organica	Efficienza del servizio	Verifica dei tempi di attivazione dal flusso di rendicontazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
				1 ANNO	Attuazione efficace della Pianta organica	Efficienza del servizio	Verificare il registre delle urgenze	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
Gestione emergenze nelle ore notturne e nei giorni festivi		Entro 1 ora dalla chiamata	DT	1 ANNO	Attuazione efficace della Pianta organica	Efficienza del servizio	Verificare il registre delle urgenze	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
Gestione emergenze nelle ore diurne e feriali		Entro 2 ore dalla chiamata	DT	1 ANNO	Attuazione efficace della Pianta organica	Efficienza del servizio	Verificare il registre delle urgenze	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%	
N. di accessi condotti in teleassistenza	Almeno 2 accessi per assistito	DT	1 ANNO	Avvio Piano della Qualità della Telemed	Efficienza del servizio	Verifica del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%		



**DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE  
PROGRAMMA PER IL RAGGIUNGIMENTO DI  
OBIETTIVI, TRAGUARDI E MIGLIORAMENTO ATTESO**

**DR.PQ.03  
REV. 00 del  
30.01.2023**

AREA	Indicatore	Obiettivi	Responsabilità	Tempi di realizzazione	Modalità attuative	Miglioramenti attesi	Strumento di monitoraggio	Verifiche Implementazione	Monitoraggio			
	N. di PAI formalizzati sul totale degli assistiti	100%	DT	1 ANNO	Organizzazione efficace dell'attività	Appropriatezza del servizio	Verifica del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	N. di PAI rivalutati sul totale degli assistiti	85%	DT	1 ANNO	Organizzazione efficace dell'attività	Appropriatezza del servizio	Verifica del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Percentuale di pazienti che sono affidati ad un Case Manager	95%	DT	1 ANNO	Capillare implementazione dell'approccio	Presa in carico globale	Verifica del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Consulenza psicologica settimanale per i pazienti con II e III livello di assistenza	Almeno 1 a settimana	DT	1 ANNO	Implementazione dei percorsi di umanizzazione	Migliorare la qualità della relazione	Verifica del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
Affidabilità del Servizio	N. di difformità registrate in termini di scarto tra gli orari pattuiti e gli orari di reale erogazione	< 10 l'anno	DT	1 ANNO	Monitoraggio del servizio e identificazione	Continuità del servizio	Verifica del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	N. di casi di discontinuità di erogazione degli interventi	< 10 l'anno	DT	1 ANNO	Monitoraggio del servizio e identificazione	Continuità del servizio	Verifica delle segnalazioni di disservizio segnalate ed audi sulla documentazione sanitaria	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	N. di criticità emerse nel rispetto del Piano di Lavoro sulla base del Piano Individuale di Trattamento	< 10 l'anno	DT	1 ANNO	Monitoraggio del servizio e identificazione	Continuità del servizio	Verifica delle segnalazioni di disservizio segnalate ed audi sulla documentazione sanitaria	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
		< 10 l'anno	DT	1 ANNO	Monitoraggio del servizio e identificazione	Continuità del servizio	Verifica delle segnalazioni di disservizio segnalate ed audi sulla documentazione sanitaria	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
Personalizzazioni e dell'intervento	n° di Piani Individuali di Trattamento revisionati almeno 1 volta	>70%	DT	1 ANNO	Verifica costante dell'appropriatezza del servizio	Appropriatezza del servizio	AUDIT Documentale	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
				1 ANNO		Appropriatezza del servizio	AUDIT Documentale	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
Approccio Multidisciplinare	n° di Piani Individuali di Trattamento in cui è coinvolto più di un operatore	>40%	DT	1 ANNO	Implementazione dell'approccio Multidisciplinare	Appropriatezza del servizio	AUDIT Documentale	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	N. di Partecipazioni degli operatori ad incontri multidisciplinari su quelli programmati	>85%	DT	1 ANNO	Implementazione dell'approccio Multidisciplinare	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale dedicato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Numero di Piani di inserimento delle nuove risorse con incontro di formazione specifica sull' approccio multidisciplinare in cure domiciliari e processi di hand over	100%	DT	1 ANNO	Implementazione dell'approccio Multidisciplinare	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale dedicato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Numero di incontri di formazione per requisiti cogenti	Almeno 2 l'anno per profilo professionale	DT	1 ANNO	Attuazione del Piano di Formazione annuale	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale dedicato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%



**DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE  
PROGRAMMA PER IL RAGGIUNGIMENTO DI  
OBIETTIVI, TRAGUARDI E MIGLIORAMENTO ATTESO**

**DR.POQ.03  
REV. 00 del  
30.01,2023**

AREA	Indicatore	Obiettivi	Responsabilità	Tempi di realizzazione	Modalità attuative	Miglioramenti attesi	Strumento di monitoraggio	Verifiche Implementazione	Monitoraggio			
Gestione Risorse umane	Numero di incontri di formazione professionalizzante per i Medici	Almeno 3 l'anno	DT	1 ANNO	Attuazione del Piano di Formazione annuale	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale devivato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per gli infermieri	Almeno 3 l'anno	DT	1 ANNO	Attuazione del Piano di Formazione annuale	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale devivato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per fisioterapisti	Almeno 3 l'anno	DT	1 ANNO	Attuazione del Piano di Formazione annuale	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale devivato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per gli OSS	Almeno 3 l'anno	DT	1 ANNO	Attuazione del Piano di Formazione annuale	Miglioramento delle competenze ed delle performances del personale devivato all'assistenza	Verifica stato di avanzamento del Piano di Formazione	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	Raggiungimento di tutti i crediti formativi obbligatori e previsti per l'anno	95% degli operatori	DT	1 ANNO	Verifica puntuale sull'assolvimento dell'obbligo	Promozione della partecipazione ai corsi	Ricognizione degli attestati del personale o della scheda My ECM AGENAS	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	N° operatori in uscita (per profilo prof.le)	≥ 1	DT	1 ANNO	Attuazione delle policy di gestione delle risorse	Fidelizzazione Operatori	Controllo flussi dati Operatori ed esiti dati customer satisfaction degli operatori	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
	N° operatori in ingresso (per profilo prof.le)		DT	1 ANNO	Attuazione delle policy di gestione delle risorse	Fidelizzazione Operatori	Controllo flussi dati Operatori ed esiti dati customer satisfaction degli operatori	Ogni 3 mesi	30%	60%	80%	100%
<b>Obiettivi di miglioramento degli outcome</b>												
Appropriatezza del periodo di presa in carico ed intensità assistenziale	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello Base	30 minuti	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e controllo	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Controllo della tabella di marcia	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello I	30 minuti	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e controllo	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Controllo della tabella di marcia	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello II	45/60 minuti	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e controllo	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Controllo della tabella di marcia	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello III	Oltre un'ora	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e controllo	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Controllo della tabella di marcia	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	Livello Base: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 2 gg per paziente	100%	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e controllo	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Verificare i dati del flusso di rendicontazione delle prestazioni all'ASP	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	Livello I : Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 8 gg per paziente	100%	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e controllo	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Verifica PAI	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%



**DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE  
PROGRAMMA PER IL RAGGIUNGIMENTO DI  
OBIETTIVI, TRAGUARDI E MIGLIORAMENTO ATTESO**

**DR.POQ.03  
REV. 00 del  
30.01,2023**

AREA	Indicatore	Obiettivi	Responsabilità	Tempi di realizzazione	Modalità attuative	Miglioramenti attesi	Strumento di monitoraggio	Verifiche Implementazione	Monitoraggio			
	· Livello II: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 14 gg per paziente	100%	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Verifica PAI	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· Livello III: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 18/20 gg per paziente	100%	DT	1 ANNO	Attuazione delle procedure aziendali e	Migliorare i requisiti di appropriatezza e di adeguata intensità assistenziale	Verifica PAI	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
Continuità delle cure	· Media di giorni di ricovero ospedaliero durante l'assistenza domiciliare	≤ 15	DT	1 ANNO	Applicazione dei corretti Protocolli Assistenziali	Assicurare la continuità assistenziale	Verifica PAI	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
Sicurezza delle Cure	· N. di segnalazioni di Near Misses	0	DT	1 ANNO	Promozione ed attuazione delle misure di prevenzione dei rischi sanitari	Aumentare il livello di sicurezza delle prestazioni sanitarie	Audit comportamentali, Safety walk round + analisi delle segnalazioni	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· N. di segnalazioni di Eventi Avversi	0	DT	1 ANNO	Promozione ed attuazione delle misure di prevenzione dei rischi sanitari	Aumentare il livello di sicurezza delle prestazioni sanitarie	Audit comportamentali, Safety walk round + analisi delle segnalazioni	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· N. di segnalazioni di Eventi sentinella	0	DT	1 ANNO	Promozione ed attuazione delle misure di prevenzione dei rischi sanitari	Aumentare il livello di sicurezza delle prestazioni sanitarie	Audit comportamentali, Safety walk round + analisi delle segnalazioni	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· N. di segnalazioni di ICA	0	DT	1 ANNO	Promozione ed attuazione delle misure di prevenzione dei rischi sanitari	Aumentare il livello di sicurezza delle prestazioni sanitarie	Audit comportamentali, Safety walk round + analisi delle segnalazioni	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
Soddisfazione del paziente e della famiglia	· n° di questionari di customer satisfaction rientrati/n° di questionari consegnati	≥ 60%	URP	1 ANNO	Mitoraggio della customer tramite distribuzione dei questionari di gradimemnto	Migliorare la qualità della ralazione con il paziente	Consultazione delle schede Customer	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· % di risposte con giudizio positivo al questionario di customer satisfaction	≥ 80%	URP	1 ANNO	Mitoraggio della customer tramite distribuzione dei questionari di gradimemnto	Migliorare la qualità della ralazione con il paziente	Consultazione delle schede Customer	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· n° di ringraziamenti ricevuti	N.D.	URP	1 ANNO	Mitoraggio della customer tramite distribuzione dei questionari di gradimemnto	Migliorare la qualità della ralazione con il paziente	Consultazione delle schede Customer	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
	· tempi gestione del reclamo	Entro 7 GG dalla segnalazione con evidenza di chiusura del reclamo	URP	1 ANNO	Applicazione del Regolamento di Pubblica tutela	Migliorare la qualità della ralazione con il paziente	Verifica registro delle segnaelazioni	Ogni 6 mesi	50%	//	//	50%
<b>Verifica Indicatori di input</b>												
Professionalità degli Operatori	Operatori in possesso di tutti i titoli richiesti sul numero di operatori inseriti	100%	PR	1 ANNO	Attuazione del piano di avvio della centrale operativa e del piano annuale delle attività	Conformità ai requisiti di accreditamento	Verifica Curricula e autenticità dei titoli presentati	Ogni nuova assunzione				
Adeguatezza composizione delle	Percentuale di copertura della tipologia di dotazione di risorse umane richiesta per centrale operativa	100%	PR	1 ANNO	Attuazione del piano di avvio della centrale operativa e del piano annuale delle attività	Conformità ai requisiti di accreditamento	Verifica della Pianta Organica i ciascuna centrale operativa	Annualmente	50%	//	//	50%



**DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE  
PROGRAMMA PER IL RAGGIUNGIMENTO DI  
OBIETTIVI, TRAGUARDI E MIGLIORAMENTO ATTESO**

**DR.PQG.03  
REV. 00 del  
30.01.2023**

AREA	Indicatore	Obiettivi	Respon- sabilità	tempi di realizzazi- one	Modalità attuative	Miglioramenti attesi	Strumento di monitoraggio	Verifiche Implementazione	Monitoraggio			
Dotazioni e di strumenti informati	N. di postazioni allestite adeguatamente sul numero di postazioni esistenti in centrale	100%	PR	1 ANNO	Attuazione del piano di avvio della centrale operativa e del piano annuale delle attività	Conformità ai requisiti di accreditamento	Verifica dotazione di centrale ed elenco hardware e software	Annualmente	50%	//	//	50%
Dotazioni e di dispositivi	Percentuale di copertura della dotazione strumentale richiesta e cogente	100%	PR	1 ANNO	Attuazione del piano di avvio della centrale operativa e del piano annuale delle attività	Conformità ai requisiti di accreditamento	Verifica dotazione del magazzino di centrale	Annualmente	50%	//	//	50%
Dotazioni e extra apparecchiature e	Percentuale di copertura della dotazione strumentale extra	100%	PR	1 ANNO	Attuazione del piano di avvio della centrale operativa e del piano annuale delle attività	Conformità ai requisiti di accreditamento	Verifica dotazione del magazzino di centrale	Annualmente	50%	//	//	50%

**DATA**

**30.01.2023**

**Firma RQ**