Periodo di rilevazione ANNO 2023

PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

PROCESSI RIABILITATIVI – Ricovero Ordinario

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
Indicatori di produzione		**31.12.2023**
a) N. giornate di degenza *(pp.ll. x giornate, considerato un T.O. al 98%)*	**25754**	**25217**
b) Degenza media MDC 8 Degenza media MDC 1	**40** **60**	**33** **38**
c) Tasso di occupazione	**98%**	**98%**
d) N. di casi oltre-soglia	**<6%**	**5,5%**
e) budget assegnato	**100%**	**100%**
Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa **(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)*	**Campione di 100 cartelle (12,5%)**	
f) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di sviluppare lesioni da decubito*	**98%**	**100%**
g) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di cadute*	**98%**	**100%**
h) N. di utenti per i quali è stato stilato entro 24 ore un PRI corrispondente ai criteri di qualità definiti*	**100%**	**100%**
i) N. di utenti trasferiti in urgenza	**<8%**	**7,5%** ***(54 su 719)***
j) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa (per inappropriatezza)	**<1%**	**0%** ***(0 su 719)***
k) N. di utenti per i quali è stata prodotta la lettera di dimissione*	**100%**	**100%**
Indicatori di esito e qualità clinica		
l) Valutazione con scala Barthel all'ingresso e alla dimissione (*miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per Dh – 49*) (*stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)*	pazienti migliorati ≥ **90%** pazienti stabili ≤ **5%**	**98%** ***(634 su 647)*** **2,2%** ***(13 su 647)***
m) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione (*miglioramento= incremento di 20 punti*) (*stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)*	pazienti migliorati ≥ **90%** pazienti stabili ≤ **5%**	**98%** ***(634 su 647)*** **2,2%** ***(13 su 647)***

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
n) Valutazione con scala Indice di Deambulazione (*miglioramento= guadagno di **3 punti***) (*stabilità= guadagno di **0 punti***)	pazienti migliorati ≥ **90%** pazienti stabili ≤ **5%**	**98%** ***(634 su 647)*** **2,2%** ***(13 su 647)***
o) N. di cadute occorse negli utenti ricoverati *(non classificabili come eventi sentinella)*	**< 15%**	**5%** ***(47 su 883)***
p) N. di infezioni nosocomiali al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	**< 40%**	**11% (32 su 291)** ***(2° trimestre)***
q) N. di infezioni delle vie urinarie ESBL+ al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	**< 10%**	**1%** ***(3 su 291)*** ***(2° trimestre)***
r) N. di controlli sull'igiene delle mani eseguiti con tamponi prelevati sulle mani random del personale sanitario	**4 tamponi/anno**	**100%**
Indicatori di qualità percepita		
s) N. reclami concernenti il servizio	7 reclami / anno	**0**
t) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	**98%**

PROCESSI RIABILITATIVI – Day Hospital

Indicatori di produzione		
a) N. accessi (*considerato un T.O. al 98%)*	**4865**	**4750**
b) Degenza media MDC 8 Degenza media MDC 1	**30** **40**	**33** **40**
c) Indice di rotazione	**1,7**	**1,7**
d) Tasso di occupazione	**98%**	**98%**
e) N. di casi oltre-soglia	**<1%**	**0%**
f) budget assegnato	**100%**	**100%**
Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa **(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)*		
g) N. di utenti per i quali è stato stilato entro 24 ore un PRI corrispondente ai criteri di qualità definiti	**100%**	**100%**
h) N. di utenti trasferiti in urgenza	**0**	**0**
i) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa	**<1%**	**0%**
j) N. di utenti per i quali è stata prodotta la lettera di dimissione	**100%**	**100%**

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

Indicatori di esito e qualità clinica		
k) Valutazione con scala Barthel all'ingresso e alla dimissione (*miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per ambulatorio – 74*)	pazienti migliorati ≥ **85%** pazienti stabili ≤ **10%**	**95,8%** ***(115 su 120)*** **4,2%** ***(5 su 120)***
l) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione (*miglioramento= incremento di 10 punti*)	pazienti migliorati ≥ **85%** pazienti stabili ≤ **10%**	**95,8%** ***(115 su 120)*** **4,2%** ***(5 su 120)***
m) Valutazione con scala Indice di Deambulazione (*miglioramento= guadagno di 1 punto*)	pazienti migliorati ≥ **85%** pazienti stabili ≤ **10%**	**95,8%** ***(115 su 120)*** **4,2%** ***(5 su 120)***
Indicatori di qualità percepita		
n) N. reclami concernenti il servizio	5 reclami/anno	**0**
o) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	**96%**

PROCESSI RIABILITATIVI – Poliambulatorio

a) N. di visite prenotate/n. di visite effettuate	**>80%**	**98%** ***(878 su 900)***
b) N. di visite NON prenotate/n. di visite effettuate	**<10%**	**0%** ***(0 su 0)***
c) Visite con tempo di attesa >30 min.	**<10%**	**0%** ***(0 su 0.)***
d) N. di non conformità sulla compilazione delle CC ambulatoriali	**<1%**	**0%**
e) N° reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	**0**
f) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	**98%**

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Indicatori di produzione		
a) N. giornate di degenza *(pp.ll. x giornate con un tasso di occupazione del 98%)*	**32193**	**31866**
b) Tasso di occupazione	**98%**	**97%**
c) Budget assegnato	**100%**	**97%**
Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa **(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)*		
d) Presenza della VMD e del PAI*	**100%**	**100%**
e) N. Ospiti per i quali è misurato il dolore*	**90%**	**99%**
f) N. di utenti trasferiti in urgenza	**<30%**	**11%** ***(19 su 176)***
g) N. di incontri tra operatori per la pianificazione delle attività e la discussione dei casi clinici	**Almeno 1 al mese**	**100%**
Indicatori di esito e qualità clinica		
h) N. di nuove LDD occorse negli Ospiti	**<15%**	**1%** ***(2 su 176)***
i) N. di cadute occorse negli Ospiti *(non classificabili come eventi sentinella)*	**<15%**	**9%** ***(16 su 176)***
j) N. di ICA da germi multiresistenti sul totale dei presenti (*2° trimestre*)	**<10%**	**5,5%** ***(6 su 109)*** ***(2° trimestre)***
k) N. di infezioni delle vie urinarie ESBL+ al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100 (*2° trimestre*)	**<6%**	**4,6%** ***(5 su 109)*** ***(2° trimestre)***
Indicatori di qualità percepita		
g) N. reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	**0**
h) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	**89%**

RADIOLOGIA

a) N. medio pazienti trattati nel periodo *(rilevazione su base storica)*	**2204**	**2022**
b) Esami radiografici per interni	**≤ 95%**	**96%** ***(1939 su 2022)***
c) Esami Radiografici per esterni	**≥ 5%**	**4%** ***(83 su 2022)***
d) N. medio di esami ripetuti per errori nella prescrizione / mese	**2**	**0**
e) Tempo di refertazione esame ≥1 giorno	**≥ 5%**	**0%**

PROCESSI SECONDARI: GESTIONE DELLE RISORSE

Risorse Umane		
a) Tasso di assenteismo (Rapporto tra le ore di assenza e le ore lavorabili)	<10%	**6%** ***(24270 su 379027)***
b) Tasso di infortuni: rapporto tra il numero di infortuni e il n. di ore lavorate (x 100.000)	<5%	**4%** ***(12 su 299878)***
c) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	almeno il 70%	**71%**

Personale a collaborazione		
a) % di persone a collaborazione risultate non idonee alla collaborazione con il Centro di Riabilitazione in un anno rispetto al totale di persone a collaborazione	≤ 10 % del personale a collaborazione presente nell'anno	**0%**

Apparecchiature Medicali		
a) Manutenzioni ordinarie effettuate sulle apparecchiature nei tempi pianificati	**≥ 95 %**	**100%**

Servizio Farmacia		
a) N° farmaci e prodotti farmaceutici scaduti durante l'immagazzinamento	**≤ 10% delle confezioni movimentate/anno**	**2,8%** ***(490 su 17501)***

Cucina		
a) Controllo delle check list trimestrali del Piano di Autocontrollo (punteggio ≥ 65)	**95%**	**100%**
b) N° Controlli microbiologici con esito favorevole	**100%**	**100%**

PROCESSI SECONDARI: MISURE, ANALISI, MIGLIORAMENTO

Audit Interni		
a) % audit interni interni realizzate nell'anno rispetto audit interni pianificate nell'anno	**≥ 95 %**	**100%**

Gestione delle Non Conformità		
a) % di Non Conformità chiuse con effettuazione della verifica che la soluzione della Non Conformità sia stata efficace rispetto al totale delle Non Conformità	**≥ 95 %**	**100%**

Gestione delle Azioni Correttive		
a) % di Azioni Correttive chiuse con effettuazione della verifica dell'efficacia rispetto al totale di Azioni Correttive	**≥ 95 %**	**100%**

Data 16.01.2024

Gianfranco Tarsitani Direttore Sanitario		Filippo Monami Amministratore Delegato Resp. Ufficio del Personale	
Stefano Monami Risk Manager		Tamara Ragni Ufficio Presidenza	
Orazio Parello Responsabile SGQ		Paolo Leone Responsabile Radiologia	
Salvatore Coco Medico Fisiatra		Francesca Dante Ufficio Economato	
Sabrina Spinella Medico Responsabile I Raggruppamento		Marco Ferro Ufficio Tecnico e Servizio Manutenzione	
Mariachiara Gentile Medico Responsabile II Raggruppamento		Daniela Petti Servizio Formazione	
Corina Badica Coordinatore Infermieristico		Giulia Trentino Servizio Farmacia	
Stefania Mondello Coordinatore Infermieristico		Maria Chiara Armenia Dietista	
Marco Ferrari Medico Responsabile RSA		Silvia Quaglio Coordinatore Infermieristico	
Iwona Kordosz Infermiera Dirigente RSA		Paola Magrì Coordinatore Poliambulatorio	