

## RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

**Periodo di rilevazione ANNO 2020**

### PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

#### PROCESSI RIABILITATIVI – Ricovero Ordinario

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
<b>Indicatori di produzione</b>		<b>31.12.2020</b>
a) N. giornate di degenza <i>(pp.ll. x giornate, considerato un T.O. al 98%)</i>	<b>25825</b>	<b>19115</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>
b) Degenza media MDC 8	<b>40</b>	<b>34</b>
Degenza media MDC 1	<b>60</b>	<b>45</b>
c) Tasso di occupazione	<b>98%</b>	<b>72,5%</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>
d) N. di casi oltre-soglia	<b>&lt;6%</b>	<b>14,1%</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>
e) budget assegnato	<b>100%</b>	<b>87,2%</b>
<b>Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa</b> <i>*(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)</i>	<b>Campione di 100 cartelle (12,5%)</b>	
f) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di sviluppare lesioni da decubito*	<b>98%</b>	<b>100%</b>
g) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di cadute*	<b>98%</b>	<b>100%</b>
h) N. di utenti per i quali è stato stilato entro 24 ore un PRI corrispondente ai criteri di qualità definiti*	<b>100%</b>	<b>100%</b>
i) N. di utenti trasferiti in urgenza	<b>&lt;6%</b>	<b>10,3% (61 su 594)</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>
j) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa (per inapproprietezza)	<b>&lt;1%</b>	<b>0,3% (2 su 594)</b>
k) N. di utenti per i quali è stata prodotta la lettera di dimissione*	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Indicatori di esito e qualità clinica</b>		
l) Valutazione con scala Barthel all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per Dh – 49)</i> <i>(stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)</i>	pazienti migliorati ≥ <b>90%</b>  pazienti stabili ≤ <b>5%</b>	<b>96,2% (483 su 502)</b>  <b>1,6% (8 su 502)</b>
m) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= incremento di 20 punti)</i> <i>(stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)</i>	pazienti migliorati ≥ <b>90%</b>  pazienti stabili ≤ <b>5%</b>	<b>96,2% (483 su 502)</b>  <b>1,6% (8 su 502)</b>

## RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
n) Valutazione con scala Indice di Deambulazione (miglioramento= guadagno di <b>3 punti</b> ) (stabilità= guadagno di <b>0 punti</b> )	pazienti migliorati $\geq$ <b>90%</b>	<b>93% (466 su 502)</b>
	pazienti stabili $\leq$ <b>5%</b>	<b>7% (36 su 502)</b>
o) N. di cadute occorse negli utenti ricoverati (non classificabili come eventi sentinella)	<b>&lt; 15%</b>	<b>12% (59 su 502)</b>
p) N. di infezioni nosocomiali al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	<b>&lt; 60%</b>	<b>27% (38 su 142)</b> (secondo trimestre)
q) N. di infezioni delle vie urinarie ESBL+ al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	<b>&lt; 10%</b>	<b>4% (6 su 142)</b> (secondo trimestre)
<b>Indicatori di qualità percepita</b>		
r) N. reclami concernenti il servizio	7 reclami / anno	<b>7</b>
s) Questionari di gradimento	80% di questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	<b>82%</b>

### PROCESSI RIABILITATIVI – Day Hospital

Indicatori di produzione		
a) N. accessi (considerato un T.O. al 98%)	<b>4878</b>	<b>2559</b>
b) Degenza media MDC 8	<b>30</b>	<b>29</b>
Degenza media MDC 1	<b>40</b>	<b>32</b>
c) Indice di rotazione	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>
d) Tasso di occupazione	<b>98%</b>	<b>51,2%</b> (dato inficiato da Covid-19)
e) N. di casi oltre-soglia	<b>&lt;1%</b>	<b>0%</b>
f) budget assegnato	<b>100%</b>	<b>61,8%</b>
<b>Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa</b> <i>*(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)</i>		
g) N. di utenti per i quali è stato stilato entro 24 ore un PRI corrispondente ai criteri di qualità definiti	<b>100%</b>	<b>100%</b>
h) N. di utenti trasferiti in urgenza	<b>0</b>	<b>0</b>
i) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa	<b>&lt;1%</b>	<b>0</b>
j) N. di utenti per i quali è stata prodotta la lettera di dimissione	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

Indicatori di esito e qualità clinica		
k) Valutazione con scala Barthel all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per ambulatorio – 74)</i>	pazienti migliorati $\geq$ <b>85%</b>  pazienti stabili $\leq$ <b>10%</b>	<b>90% (63 su 70)</b>  <b>10% (7 su 70)</b>
l) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= incremento di 10 punti)</i>	pazienti migliorati $\geq$ <b>85%</b>  pazienti stabili $\leq$ <b>10%</b>	<b>90%</b>
		<b>10%</b>
m) Valutazione con scala Indice di Deambulazione <i>(miglioramento= guadagno di 1 punto)</i>	pazienti migliorati $\geq$ <b>85%</b>  pazienti stabili $\leq$ <b>10%</b>	<b>100%</b>
		<b>0%</b>
Indicatori di qualità percepita		
n) N. reclami concernenti il servizio	5 reclami/anno	<b>0</b>
o) Questionari di gradimento	80% di questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	<b>100%</b>

### PROCESSI RIABILITATIVI – Poliambulatorio

a) N. di visite prenotate/n. di visite effettuate	<b>&gt;80%</b>	<b>100% (828 su 828)</b>
b) N. di visite NON prenotate/n. di visite effettuate	<b>&lt;10%</b>	<b>0% (0 su 828)</b>
c) Visite con tempo di attesa >30 min.	<b>&lt;10%</b>	<b>1% (7 su 828)</b>
d) N. di non conformità sulla compilazione delle CC ambulatoriali	<b>&lt;1%</b>	<b>0</b>
e) N° reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	<b>0</b>
f) Questionari di gradimento	80% di questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	<b>98%</b>

### RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Indicatori di produzione		
a) N. giornate di degenza <i>(pp.II. x giornate con un tasso di occupazione del 98%)</i>	<b>32281</b>	<b>28528</b>
b) Tasso di occupazione	<b>98%</b>	<b>86,6%</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>

## RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

c) Budget assegnato <i>Calcolato su un T.O. del 98%</i>	<b>100%</b>	<b>89,2%</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>
<b>Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa</b> <i>*(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)</i>		
d) Presenza della VMD e del PAI*	<b>100%</b>	<b>100%</b>
e) N. Ospiti per i quali è misurato il dolore*	<b>90%</b>	<b>80%</b>
f) N. di utenti trasferiti in urgenza	<b>&lt;30%</b>	<b>30% (32 su 107)</b>
g) N. di incontri tra operatori per la pianificazione delle attività e la discussione dei casi clinici	<b>Almeno 1 al mese</b>	<b>100%</b>
<b>Indicatori di esito e qualità clinica</b>		
h) N. di nuove LDD occorse negli Ospiti	<b>&lt;15%</b>	<b>1%</b>
i) N. di cadute occorse negli Ospiti <i>(non classificabili come eventi sentinella)</i>	<b>&lt;15%</b>	<b>25% (27 su 107)</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>
j) N. di ICA da germi multiresistenti sul totale dei presenti <i>(terzo trimestre)</i>	<b>&lt;6%</b>	<b>5,7% (5 su 87)</b>
k) N. di pazienti con IVU portatori di catetere / N. di pazienti portatori di catetere vescicale <i>(terzo trimestre)</i>	<b>&lt;10%</b>	<b>9,1% (4 su 44)</b>
<b>Indicatori di qualità percepita</b>		
g) N. reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	<b>4</b>
h) Questionari di gradimento	80% di questionari con valutazione generale $\geq$ soddisfatto	<b>91%</b>

### RADIOLOGIA

a) N. medio pazienti trattati nel periodo <i>(rilevazione su base storica)</i>	<b>2855</b>	<b>1393</b>
b) Esami radiografici per interni	<b><math>\leq 95%</math></b>	<b>94% (1315 su 1393)</b>
c) Esami Radiografici per esterni	<b><math>\geq 5%</math></b>	<b>6% (78 su 1393)</b>
d) N. medio di esami ripetuti per errori nella prescrizione / mese	<b>2</b>	<b>0</b>
e) Tempo di refertazione esame $\geq 1$ giorno	<b>98%</b>	<b>100%</b>

### PROCESSI SECONDARI: GESTIONE DELLE RISORSE

<b>Risorse Umane</b>		
a) Tasso di assenteismo (Rapporto tra le ore di assenza e le ore lavorabili)	<b>&lt;10%</b>	<b>7,09% (24.835 su 350.207)</b>
b) Tasso di infortuni: rapporto tra il numero di infortuni e il n. di ore lavorate (x 100.000)	<b>&lt;5%</b>	<b>21.37% (52 su 243.263)</b> <i>(dato inficiato da Covid-19)</i>

 <b>POLICLINICO ITALIA</b>	Mod.85A.01	Rev. 3	Data Revisione 09/03/2020	Pagina 5 di 6
	<b>RIEPILOGO DEGLI INDICATORI</b>			

c) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	almeno il 75%	<b>93 %</b>
---	---------------	-------------

<b>Personale a collaborazione</b>		
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	<b>0</b>

<b>Apparecchiature Medicali</b>		
a) Manutenzioni ordinarie effettuate sulle apparecchiature nei tempi pianificati	≥ 95 %	<b>100%</b>

<b>Servizio Farmacia</b>		
a) N° farmaci e prodotti farmaceutici scaduti durante l'immagazzinamento	≤ 5% delle confezioni movimentate/anno	<b>4% (506 su 11975)</b>

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

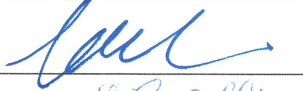


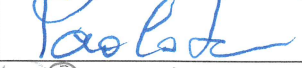
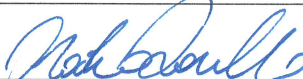

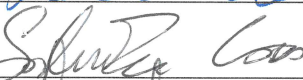
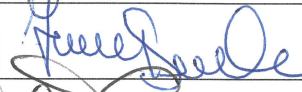




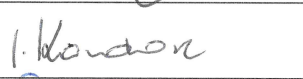

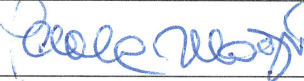
### PROCESSI SECONDARI: MISURE, ANALISI, MIGLIORAMENTO

<b>Audit Interni</b>		
a) % audit interni interni realizzate nell'anno rispetto audit interni pianificate nell'anno	≥ 95 %	<b>100%</b>

<b>Gestione delle Non Conformità</b>		
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 %	<b>100%</b>

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

Data 27 gennaio 2021

Gianfranco Tarsitani Direttore Sanitario		Tamara Ragni Capo Ufficio Presidenza	
Angela Maria Cazzella Vice Direttore Sanitario		Paolo Leone Responsabile Radiologia	
Orazio Parelo Responsabile Qualità		Giulia Trentino Servizio Farmacia	
Salvatore Coco Medico Fisiatra		Francesca Dante Ufficio Contabilità	
Sabrina Spinella Medico Responsabile I Raggruppamento		Marco Ferro Ufficio Tecnico E Servizio Manutenzione	
Marco Ferrari Medico Responsabile RSA		Gabriele Dionisi Ufficio del Personale	
Iwona Kordosz Infermiera Dirigente RSA		Maria Chiara Armenia Dietista	
Paola Magri Poliambulatorio		Denise Plutino Infermiere Referente ICA	