

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

Periodo di rilevazione ANNO 2022

PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

PROCESSI RIABILITATIVI – Ricovero Ordinario

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
Indicatori di produzione		31.12.2022
a) N. giornate di degenza <i>(pp.ll. x giornate, considerato un T.O. al 98%)</i>	25754	23167
b) Degenza media MDC 8	40	31
Degenza media MDC 1	60	43
c) Tasso di occupazione	98%	88,15%
d) N. di casi oltre-soglia	<6%	8,4%
e) budget assegnato	100%	98,5%
Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa <i>*(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)</i>	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	<6%	5,9% (48 su 814)
j) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa (per inapproprietezza)	<1%	0% (0 su 814)
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 <i>(miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per Dh – 49)</i> <i>(stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)</i>	pazienti migliorati ≥ 90% pazienti stabili ≤ 5%	96,4% (30 su 638) 3,8% (24 su 638)
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 ≥ 90% pazienti stabili ≤ 5%	96,4% (30 su 638) 3,8% (24 su 638)

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 \geq 90% pazienti stabili \leq 5%	91% (566 su 624) 4,8% (30 su 624)
o) N. di cadute occorse negli utenti ricoverati (non classificabili come eventi sentinella)	< 15%	4,4% (38 su 856)
p) N. di infezioni nosocomiali al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	< 40%	9,4% (28 su 297) (2° trimestre)
q) N. di infezioni delle vie urinarie ESBL+ al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	< 10%	0,7% (2 su 297) (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	3
t) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto \geq 80%	97,4%

PROCESSI RIABILITATIVI – Day Hospital

Indicatori di produzione		
a) N. accessi (considerato un T.O. al 98%)	4865	4603
b) Degenza media MDC 8	30	30
Degenza media MDC 1	40	33
c) Indice di rotazione	1,7	1,6
d) Tasso di occupazione	98%	92,7%
e) N. di casi oltre-soglia	<1%	0%
f) budget assegnato	100%	100%
Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa <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	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 <i>(miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per ambulatorio – 74)</i>	pazienti migliorati ≥ 85% pazienti stabili ≤ 10%	94,7% (107 su 113) 0% (0 su 113)
l) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= incremento di 10 punti)</i>	pazienti migliorati ≥ 85% pazienti stabili ≤ 10%	94,7% (107 su 113) 0% (0 su 113)
m) Valutazione con scala Indice di Deambulazione <i>(miglioramento= guadagno di 1 punto)</i>	pazienti migliorati ≥ 85% pazienti stabili ≤ 10%	88,5%(100 su 113) 11,5%(13 su 113)
Indicatori di qualità percepita		
n) N. reclami concernenti il servizio	5 reclami/anno	0
o) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	97,4%

PROCESSI RIABILITATIVI – Poliambulatorio

a) N. di visite prenotate/n. di visite effettuate	>80%	100% (281 su 281)
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 281)
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%	97%

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Indicatori di produzione		
a) N. giornate di degenza <i>(pp.II. x giornate con un tasso di occupazione del 98%)</i>	32193	30127
b) Tasso di occupazione	98%	95,9%
c) Budget assegnato	100%	97,6%

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 3	Data Revisione 09/03/2020	Pagina 4 di 6
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

Indicatori di appropriatezza e qualità organizzativa <i>*(misurati su un campione pari ad almeno 10% delle cartelle)</i>		
d) Presenza della VMD e del PAI*	100%	100%
e) N. Ospiti per i quali è misurato il dolore*	90%	96%
f) N. di utenti trasferiti in urgenza	<30%	8% (15 su 189)
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%	2% (3 su 189)
i) N. di cadute occorse negli Ospiti <i>(non classificabili come eventi sentinella)</i>	<15%	1% (2 su 189)
j) N. di ICA da germi multiresistenti sul totale dei presenti (3° trimestre)	<10%	9% (11 su 119)
k) N. di pazienti con IVU portatori di catetere / N. di pazienti portatori di catetere vescicale (3° trimestre)	<6%	0% (0 su 9)
Indicatori di qualità percepita		
g) N. reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	1
h) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	96,3%

RADIOLOGIA

a) N. medio pazienti trattati nel periodo <i>(rilevazione su base storica)</i>	1242	2204
b) Esami radiografici per interni	≤ 95%	97% (2128 su 2204)
c) Esami Radiografici per esterni	≥ 5%	3,4% (76 su 2204)
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%	2,2% (8022 su 367818)
b) Tasso di infortuni: rapporto tra il numero di infortuni e il n. di ore lavorate (x 100.000)	<5%	2,8% (8 su 283.559)
c) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	almeno il 75%	100%

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

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	8,8% (1229 su 13926)

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 23 gennaio 2023

POLICLINICO ITALIA - ROMA
Dott. Orazio Parelo - m 1123
Responsabile della Qualità

