

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

Periodo di rilevazione ANNO 2024

PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

PROCESSI RIABILITATIVI – Ricovero Ordinario

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
Indicatori di produzione		31.12.2024
a) N. giornate di degenza <i>(pp.ll. x giornate, considerato un T.O. al 98%)</i>	25825	25553
b) Degenza media MDC 8	40	32
Degenza media MDC 1	60	48
c) Tasso di occupazione	98%	97%
d) N. di casi oltre-soglia	<6%	5.5% (49 su 894)
e) budget assegnato	100%	99%
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 a cui è stato eseguito adeguato controllo del dolore	98%	100%
g) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa (per inappropriata)	<1%	0.4% (4 su 894)
h) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di sviluppare lesioni da decubito*	100%	100% (894 su 894)
i) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di cadute*	98%	100%
j) N. di utenti per i quali è stato stilato entro 24 ore un PRI corrispondente ai criteri di qualità definiti*	100%	100%
k) Numero di PRI condivisi con paziente e/o familiare/ Numero totale di PRI verificati) x 100	98%	100% (894 su 894)
l) N. di utenti per i quali è stata prodotta la lettera di dimissione*	100%	100%
m) Igiene mani N. di tamponi conformi / Numero totale di tamponi x 100 <i>(monitorare l'igiene delle mani attraverso tamponi effettuati sulle mani degli operatori sanitari)</i>	100%	100% (4 su 4)

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
Indicatori di esito e qualità clinica		
n) 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 \geq 90% pazienti stabili \leq 5%	97.5% (670 su 687) 1% (8 su 687)
o) 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 \geq 90% pazienti stabili \leq 5%	97.5% (670 su 687) 1% (8 su 687)
p) Valutazione Complessità Infermieristica all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento di 2 classi di complessità= -20 punti in dimissione)</i>	85%	88% (664 su 753) <i>(01/11/2023 al 31/10/2024)</i>
q) N. di nuove LDD occorse dagli utenti durante il ricovero	\leq 5%	1.6% (14 su 900) <i>(01/11/2023 al 31/10/2024)</i>
r) N. di infezioni nosocomiali al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	$<$ 15%	10.7% (29 su 272) <i>(III trimestre)</i>
s) N. di infezioni delle vie urinarie ESBL+ al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100	$<$ 5%	1.1% (3 su 272) <i>(III trimestre)</i>
t) N. di utenti trasferiti in urgenza	$<$ 8%	5% (46 su 894)
u) N. di cadute occorse negli utenti ricoverati <i>(non classificabili come eventi sentinella)</i>	$<$ 15%	4.7% (42 su 894)
Indicatori di qualità percepita		
v) N. reclami concernenti il servizio	7 reclami / anno	2
w) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto \geq 80%	98%

PROCESSI RIABILITATIVI – Day Hospital

Indicatori di produzione		
a) N. accessi <i>(considerato un T.O. al 98%)</i>	4865	4825
b) Degenza media MDC 8	30	32
Degenza media MDC 1	40	41

	Mod.85A.01	Rev. 4	Data Revisione 04/03/2024	Pagina 3 di 9
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

c) Indice di rotazione	1,7	1.65
d) Tasso di occupazione	98%	97%
e) N. di casi oltre-soglia	<1%	0.7%
f) budget assegnato	100%	99%
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	<1%	0.7%
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%
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%	89% (123 su 138) 3.6% (5 su 138)
l) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= incremento di 10 punti)</i>	pazienti migliorati ≥ 85% pazienti stabili ≤ 10%	89% (123 su 138) 3.6% (5 su 138)
Indicatori di qualità percepita		
m) N. reclami concernenti il servizio	5 reclami/anno	0
n) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	98%

PROCESSI RIABILITATIVI – Poliambulatorio

a) N. di visite prenotate/n. di visite effettuate	>80%	98.8% (245 su 248)
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

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 4	Data Revisione 04/03/2024	Pagina 4 di 9
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

f) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	98%
x) N. di Follow-up effettuati/N. di Follow-up prescritti X 100	≥ 20%	20% (56 su 279)

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Indicatori di produzione		
a) N. giornate di degenza <i>(pp.II. x giornate con un tasso di occupazione del 98%)</i>	32190	31837
b) Tasso di occupazione	98%	97%
c) Budget assegnato	100%	100%
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%	99%
e) N. Ospiti per i quali è misurato il dolore*	90%	100%
f) N. di utenti trasferiti in urgenza	<30%	45% (74 su 166)
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%	3.6% (6 su 166)
i) N. di cadute occorse negli Ospiti <i>(non classificabili come eventi sentinella)</i>	<15%	2.4% (4 su 166)
j) N. di ICA da germi multiresistenti sul totale dei presenti <i>(trimestre)</i>	<10%	9.6% (11 su 115) <i>(III trimestre)</i>
k) N. di infezioni delle vie urinarie ESBL+ al momento dello studio / N. di pazienti osservati nello stesso tempo X 100 <i>(2° trimestre)</i>	<6%	1.7% (2 su 115) <i>(III trimestre)</i>
Indicatori di qualità percepita		
g) N. reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	0
h) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	87%

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI

RADIOLOGIA

a) N. medio pazienti trattati nel periodo (rilevazione su base storica)	2022	1878
b) Esami radiografici per interni (rilevazione su base storica)	1939	1683
c) Esami Radiografici per esterni (rilevazione su base storica)	83	195
d) N. medio di esami ripetuti per errori nella prescrizione / mese	≤ 2	0
e) Tempo di refertazione esame ≥1 giorno	≤ 5%	0.3% (5 su 1878)

PROCESSI SECONDARI: GESTIONE DELLE RISORSE

Risorse Umane		
a) Tasso di assenteismo (Rapporto tra le ore di assenza e le ore lavorabili)	<10%	5.4 % (18782 su 349795)
b) Tasso di infortuni: rapporto tra il numero di infortuni e il n. di ore lavorate (x 100.000)	<5%	0.7% (2 su 291049)
c) Effettuazione dei corsi pianificati nel Piano Annuale della formazione	almeno il 75%	100%

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	4% (700 su 16745)

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

RIEPILOGO DEGLI INDICATORI**PROCESSI SECONDARI: MISURE, ANALISI, MIGLIORAMENTO**

Audit Interni		
a) % audit 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 04 febbraio 2025

IL RESPONSABILE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ*Dott. Orazio Parello*