

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 1 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

Periodo di rilevazione ANNO 2025

PROCESSI PRINCIPALI DEL S.G.Q.

PROCESSI RIABILITATIVI – Ricovero Ordinario

INDICATORE	Obiettivo / Valore di soglia	Situazione alla data
Indicatori di produzione		31.12.2025
a) N. giornate di degenza <i>(pp.II. x giornate, considerato un T.O. al 98%)</i>	25754	25809
b) Degenza media MDC 8	40	33
Degenza media MDC 1	60	43,5
c) Tasso di occupazione	98%	98,21%
d) N. di casi oltre-soglia	<6%	6,8%
e) budget assegnato	100%	100%
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) Corretta e tempestiva valutazione e pianificazione infermieristica (N. di CCE conformi ai criteri di audit / N. totale di CCE esaminate×100)	90%	99,8%
h) N. di pazienti trasferiti verso altra tipologia riabilitativa (per inappropriatazza)	<1%	0,3% (7 su 768)
i) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di sviluppare lesioni da decubito*	100%	100% (102 su 102)
j) N. di utenti ricoverati da più di 24 ore valutati per il rischio di cadute*	98%	100%
k) N. di utenti per i quali è stato stilato entro 24 ore un PRI corrispondente ai criteri di qualità definiti*	100%	100%
l) N. di PRI condivisi con paziente e/o familiare/ Numero totale di PRI verificati) x 100	98%	100%
m) N. di utenti per i quali è stata prodotta la lettera di dimissione*	100%	100%

**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 (miglioramento= raggiungimento della soglia regionale per Dh – 49) (stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)	pazienti migliorati $\geq$ 90% pazienti stabili $\leq$ 5%	97% (678 su 695) 1,2% (9 su 695)
o) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione (miglioramento= incremento di 20 punti) (stabilità: guadagno inferiore ai 10 punti)	pazienti migliorati $\geq$ 90% pazienti stabili $\leq$ 5%	97% (678 su 695) 1,2% (9 su 695)
N. di nuove LDD occorse dagli utenti durante il ricovero (tasso per 1000 gg di degenza)	$\leq$ 2‰	0,02‰ (6 su 27839)
p) N. di infezioni nosocomiali rilevate nel periodo di osservazione / N. totale di giornate di degenza nello stesso periodo $\times$ 1.000	$<$ 10‰	4‰ (28 su 7080) (II trimestre)
q) N. di infezioni delle vie urinarie da ESBL+ rilevate nel periodo di osservazione / N. totale di giornate di degenza nello stesso periodo $\times$ 1.000	$<$ 5‰	2,5‰ (18 su 7080) (II trimestre)
r) N. di utenti trasferiti in urgenza	$<$ 8‰	1,4‰ (47 su 27839)
s) N. di cadute occorse negli utenti ricoverati (tasso per 1000 gg di degenza) (non classificabili come eventi sentinella)	$<$ 2‰	1,2‰ (40 su 32937)
t) Igiene mani N. di tamponi conformi / Numero totale di tamponi $\times$ 100 (monitorare l'igiene delle mani attraverso tamponi effettuati sulle mani degli operatori sanitari)	100%	100% (4 su 4)
Indicatori di qualità percepita		
u) N. reclami concernenti il servizio	$\leq$ 7 reclami / anno	2
v) N. di elogi concernenti il servizio	$>$ 1 / anno	15
w) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto $\geq$ 80%	97,8%

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 3 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

PROCESSI RIABILITATIVI – Day Hospital

Indicatori di produzione		
a) N. accessi (<i>considerato un T.O. al 98%</i>)	4865	4964
b) Degenza media MDC 8	40	31
Degenza media MDC 1	60	44
c) Indice di rotazione	1,7	1,7
d) Tasso di occupazione	98%	100%
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	<1%	0.6%
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%	88,1% (133 su 151) 1,3% (12 su 151)
l) Valutazione con scala FIM all'ingresso e alla dimissione <i>(miglioramento= incremento di 10 punti)</i>	pazienti migliorati ≥ 85% pazienti stabili ≤ 10%	88,1% (133 su 151) 1,3% (12 su 151)
Indicatori di qualità percepita		
m) N. reclami concernenti il servizio	5 reclami/anno	0
n) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	99,9%

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 4 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

PROCESSI RIABILITATIVI – Poliambulatorio

a) N. di visite prenotate/n. di visite effettuate	>80%	99% (954 su 964)
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%	100%
x) N. di Follow-up effettuati/N. di Follow-up prescritti X 100	≥ 20%	22% (43 su 199)

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Indicatori di produzione		
a) N. giornate di degenza (pp.ll. x giornate con un tasso di occupazione del 98%)	32193	32115
b) Tasso di occupazione	98%	99,76%
c) Budget assegnato	100%	98,85%
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%	100%
f) N. di utenti trasferiti in urgenza	<10‰	0,12‰ (38 su 32115)
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		
N. di nuove LDD occorse negli Ospiti (tasso per 1000 gg di degenza)	<2‰	0,01‰ (2 su 32115)
h) N. di cadute occorse negli Ospiti (tasso per 1000 gg di degenza) (non classificabili come eventi sentinella)	<2‰	0,01‰ (3 su 32115)
i) N. di infezioni nosocomiali rilevate nel periodo di osservazione / N. totale di giornate di degenza nello stesso periodo × 1.000	<10‰	2.6‰ (21 su 7975) (II trimestre)
j) N. di infezioni delle vie urinarie da ESBL+ rilevate nel periodo di osservazione / N. totale di giornate di degenza nello stesso periodo × 1.000	<6‰	0.9‰ (7 su 7975) (II trimestre)

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 5 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

Indicatori di qualità percepita		
g) N. reclami concernenti il servizio	4 reclami / anno	0
h) N. elogi concernenti il servizio	> 1 / anno	2
i) Questionari di gradimento	valutazione generale soddisfatto ≥ 80%	87%

RADIOLOGIA

a) N. medio pazienti trattati nel periodo (rilevazione su base storica)	1878	1818
b) Esami radiografici per interni (rilevazione su base storica)	1683	1658
c) Esami Radiografici per esterni (rilevazione su base storica)	195	160
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%	10% (33030,04 su 330450,76)
b) Tasso di infortuni: rapporto tra il numero di infortuni e il n. di ore lavorate (x 100.000)	<5%	3% (8 su 268955)
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%

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 6 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

Servizio Farmacia		
a) N° farmaci e prodotti farmaceutici scaduti durante l'immagazzinamento	≤ 10% delle confezioni movimentate/anno	3,96% (577 su 14558)

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 realizzate nell'anno rispetto audit interni pianificate nell'anno	≥ 95 %	100%

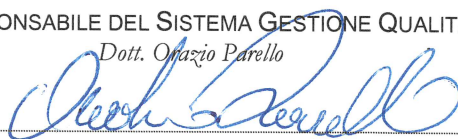
Gestione delle Non Conformità		
a) % di Non Conformità chiuse con effettuazione della verifica che la soluzione della Non Conformità sia stata efficace rispetto al totale delle Non Conformità	≥ 95 %	100%

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

Data 03 febbraio 2026

IL RESPONSABILE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Dott. Orazio Parelli

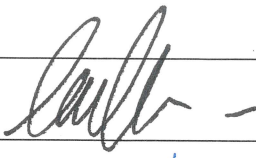
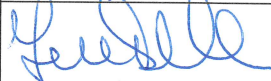
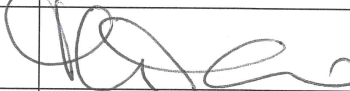
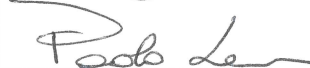
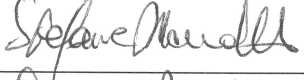
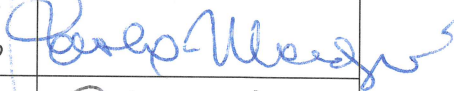
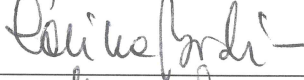
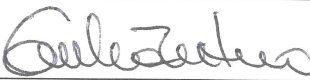
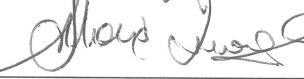


 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 7 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

RELAZIONE SUI RISULTATI DEGLI INDICATORI RILEVATI PER L'ANNO 2025

Allegato alla presente

 POLICLINICO ITALIA	Mod.85A.01	Rev. 6	Data Revisione 12/01/2026	Pagina 8 di 8
	RIEPILOGO DEGLI INDICATORI			

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