Criteri di valutazione anno 2021	
Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
> produzione dipartimentale	5 punti
> produzione struttura complessa	15 punti
miglioramento del margine	20 punti
miglioramento produzione e miglioramento del margine	25 punti
dipartimento area diagnostica	il margine è stato calcolato considerando la produzione totale (esterni ed interni)
Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati sacche restituite entro 5 gg. >80%	è stato valutato il 50% in caso di miglioramento rispetto allo scorso anno
Completamento Obiettivo Chiusura e predisposizione all'archiviazione delle cartelle cliniche attraverso procedura informatizzataLinee di indirizzo della Sanità Digitale Piemontese Progetti regionali 2018-2020" 100% al 31/12/2019 per il Dipartimento Medico Indicatore: n° di cartelle con indice e SDO firmate digitalmente/ n° dimessi %	ok obiettivo raggiunto
Completamento obiettivo Obiettivo:Attivazione della Cartella Clinica Elettronica Integrata di Ricovero Ordinario e Day SurgeryLinee di indirizzo della Sanità Digitale Piemontese Progetti regionali 2018-2020" Indicatore: n° di CCEI/ n° passaggi % (per passaggio si intende il fatto che il paziente durante il ricovero sia stato in carico alla SC)con verifica intermedia	ok obiettivo raggiunto
Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	ko obiettivo non raggiunto
Riordino di tutte le agende di prenotazione della struttura semplice o complessa, comprese quelle di libera professione,	ok obiettivo raggiunto
Tempi di attesa TAC senza e con mezzo di contrasto torace addome rachide e bacino. DGR n° 30-3307 del 16 maggio 2016: Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa RMN Cervello tronco encefalico, muscolo-scheletrica,colonna vertebrale DGR n° 30-3307 del 16 maggio 2016: Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa RMN pelvi prostata e vescica DGR n° 30-3307 del 16 maggio 2016: Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa Ecografia addome, capo collo, mammella. DGR n° 30-3307 del 16 maggio 2016: Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali	obiettivo raggiunto
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (sottoposti a monitoraggio dall'AIFA): compilazione dei relativi registri e invio delle richieste di rimborso (ove previsto)	obiettivo raggiunto

Criteri di valutazione anno 2021	
Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
Obiettivi Generali Dell'Assistenza Faramaceutica Territoriale, ed Ospedaliera – Appropriatezza. prescrittiva e riduzione della variabilità".ATC=L03AA (Fattori di stimolazione delle colonie) Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 95%. ATC=B03XA01 (Altri preparati antianemici – Eritropoietina) Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di DDD erogate, del gruppo B03XA01 sul totale del gruppo B03XA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 90%. ATC=L04AB02 (Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa -) Nell'anno 2016 l'incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 sul totale del gruppo L04AB a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 65 %.	Obiettivo raggiunto (97,67%; 96,64%; 90,50%)
Richieste consulenza Fisica sanitaria Attività presso ASL TO1 - TO2 - TO3	report a cura di Fisica Sanitaria
Tempi di attesa visita.	chirurgia vascolare e ortopedia cardiologia ok, oculistica e urologia ko, gastroenterologia ko, pneumologia, neurologia e riabilitazione ok.
Tempi di attesa esecuzioni 1) ecocardiogramma dinamico (Holter)2) elettrocardiogramma da sforzo	obiettivo non raggiunto 46/40 gg
Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi con IMA STEMI	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa interventi Angioplastica coronarica	obiettivo non raggiunto
Tempi di attesa prestazioni di spirometria.	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa colonscopia/Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia,	obiettivo raggiunto
Eco (color) dei tronchi sovraortici. Miglioramento tempi di attesa.	ok gg 44/40
Eco (color) doppler dei vasi periferici. Miglioramento tempi di attesa.	ok gg 20/40
Tempi di attesa endoarteriectomia carotidea codice priorità A < 30 gg =>90%	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa interventi chirurgici tumore colon retto. codice priorità A < 30 gg =>90%	obiettivo non raggiunto

Criteri di valutazione anno 2021	
Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
Tempi di attesa fondo oculare.	obiettivo non raggiunto
Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MAMMELLA codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg ≥90%	obiettivo non raggiunto
Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORI GINECOLOGICI codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg ≥90%	obiettivo non raggiunto
Contenimento del numero di parti cesarei valore dell'obiettivo ≤ 20%	obiettivo non raggiunto
Degenza pre-intervento per le fratture di femore (pazienti 65 anni) inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno nel 70% dei casi	obietttivo raggiunto (89%)
Tempi di attesa interventi interventi protesi d'anca.	obiettivo raggiunto
Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiochirurgia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Ortopedia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Chirurgia Generale	obiettivo raggiunto
dicatore n. 16 Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità Misurare l'attenzione dell'Azienda alla sorveglianza dell'implementazione delle misure di controllo negli interventi di chirurgia.	obiettivo raggiunto
Consumo del gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza.	Obiettivo raggiunto dall'Azienda
Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee	Obiettivo raggiunto dall'Azienda
Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati. N° ricoveri con degenza preoperatoria <1 gg (in elezione) escluso fuori regione	L'obiettivo è stato consi derato raggiunto se superiore al 95% Raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto all'anno precedente
Applicazione delle linee guida aziendali sulla corretta redazione, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria. Incrementare la completezza e leggibilità di referti Numero di cartelle consegnate agli uffici competenti per il rilascio della copia al paziente entro i termini previsti (sette giorni dalla dimissione).	nessuna struttura complessa ha raggiunto l' obiettivo esclusa la Medicina Nucleare.
Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati. N° ricoveri con degenza preoperatoria <1 gg (in elezione) escluso fuori regione	L'obiettivo è stato consi derato raggiunto se superiore al 95% Raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto all'anno precedente
Riduzione delle giornate di degenza che supera i valori medi indicati dalla Regione Piemonte (allegato n°3) per il primo DRG in ordine di frequenza per ogni struttura	L'obiettivo è stato considerato raggiunto se in linea con i valori medi regionali raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto all'anno 2016

Criteri di valutazione anno 2021	
Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
Ridurre il numero di DH diagnostici	Obiettivo considerato raggiunto esaminata la relazione del Direttore della S.C. Cardiologia vistata dalla Direzione sanitaria di presidio.
Razionalizzazione organizzativa, qualitativa e quantitativa delle strutture in attuazione del Percorso Nascita dell'Azienda in applicazione delle linee guida regionali e delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.	obiettivo raggiunto
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (sottoposti a monitoraggio dall'AIFA): compilazione dei relativi registri e invio delle richieste di rimborso (ove previsto)	95% autorizzazione
Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee	Obiettivo raggiunto dall'Azienda
Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati	Obiettivo in miglioramento Raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto al 2016
Gestire le eventuali non conformità e raccomandazioni rilevate alla verifica di audit	Il Laboratori Analisi ha dato evidenza del raggiungimento dell'obiettivo
Sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico e dell'applicazione dei "bundle"	Obiettivo raggiunto
Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale.Riduzione delle giornate di degenza che supera i valori medi indicati dalla Regione Piemonte per i primi DRG in ordine di frequenza per ogni struttura .	valutato 50% se in presenza di un miglioramento verso l'anno precedente.
Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle infezioni nelle Terapie Intensive	1) disponibilità di tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni di cvc 2) disponibilità di tasso di incidenza di VAP /1000 giorni di ventilazione assistita Obiettivo raggiunto
Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani	L'obiettivo è da considerare raggiunto per consumi superiori ai 20 litri per mille gg di degenza. Obiettivo raggiunto dall'azienda.
Tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI > 75% obiettivo raggiunto.
Indicatori per sorveglianza e controllo delle ICA e dell'Antimicrobicoresistenza - Anno 2021 -Regione Piemonte - indicatore 6	Sono raccolti e analizzati retrospettivamente sugli anni 2017- 2020 i seguenti dati e raccolti prospetticamente sul 2021: OK relazione direttore % MRSA su isolati invasivi % CRE su isolati invasivi Report su antibioticoresistenza
Indicatori per sorveglianza e controllo delle ICA e dell'Antimicrobicoresistenza - Anno 2021 -Regione Piemonte - indicatore 4	1. Contributo allo sviluppo della rete regionale di raccolta dati sulle antibioticoresistenze nell'ambito della sorveglianza nazionale AR-ISS 2. Adesione al sistema di "Sorveglianza nazionale delle batteriemie da Klebsiella pneumoniae e Escherichia coli produttori di carbapenemasi" 3. Flusso di microrganismi "alert" dal laboratorio alle UPRI 4. Adesione alla sorveglianza regionale di alcuni microrganismi "alert" 5. Disponibilità presso il laboratorio di un protocollo per la gestione delle emocolture. OK relazione del direttore

Criteri di valutazione anno 2021	
Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
Aumento delle segnalazioni al NOCC per velocizzare e semplificare le dimissioni	100% dei pazienti ricoverati in area medica hanno la segnalazione al NOCC
S.C. Odontoiatria Attività su: 1) disabili 2) Prevenzione e riabilitazione del cavo orale nei pazienti oncologici capo-collo	Obiettivo raggiunto. 1 Riduzione del 10% del tempo di attesa 2 Documento oggettivo contenente una mappa dei bisogni soddisfatti o percepiti come criticità