



obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020

**Obiettivo**

**Raggiungimento e/o criteri per la valutazione**

**per l'anno in corso si ritiene di tenere monitorato il margine di efficienza che deve essere almeno pari a quello corrispondente all'anno 2019**

**obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020**

<b>Obiettivo</b>	<b>Comuni a tutti i dipartimenti</b>
	miglioramento del margine
	Consumo del gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza.
	Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee.
	Migliorare l'utilizzo del sangue ed aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale Indicatori % restituzione sacche oltre le 72 ore < 20% effettuazione di almeno una iniziativa documentata di SC finalizzata alla conoscenza della procedura aziendale relativa alla trasfusione con partecipazione di almeno l'80% degli operatori partecipazione del referente per il buon uso del sangue o suo sostituto a tutte le riunioni del COBUS
	Completamento Obiettivo Chiusura e predisposizione all'archiviazione delle cartelle cliniche attraverso procedura informatizzata Linee 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 %
	Completamento obiettivo Obiettivo:Attivazione della Cartella Clinica Elettronica Integrata di Ricovero Ordinario e Day Surgery Linee 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
	OBIETTIVO: Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera
	Aumento della Attività di Distribuzione Diretta dei Farmaci alla dimissione da RO/DH e Visita Ambulatoriale (L. 405/2001 e s.m.i.)
	Riordino di tutte le agende di prenotazione della struttura semplice o complessa, comprese quelle di libera professione,
	Rapporto volumi concordati della libera professione/ attività istituzionale"



obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020

Dipartimento area medica

Obiettivo

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 **IN MONITORAGGIO**

Applicazione "Procedure di continuità assistenziale" inserita in Intranet aziendale (Direzione Medica > NOCC), insieme a numerosi allegati (Informative per l'utenza, Registro trasferimenti in Strutture esterne, Modulistica varia). **OK**

**tempi di attesa prima visita 30gg**  
**cardiologia, endocrinologia neurologia, fisiatria gastroenterologia pneumologia, allergologia, reumatologia. IN MONITORAGGIO**

in caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30%

Coronarografia. odice priorità A max 30 gg >90%  
codice priorità B=max 60gg >90% **OK**

Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi con IMA STEMI.> 85% **OK**

Tempi di attesa interventi Angioplastica coronarica codice priorità A < 30 gg **OK**  
=>90%

Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con cicloergonometro o con pedana mobile. 40gg tempo massimo regionale  
in caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30% **IN MONITORAGGIO**


S.C. Cardiologia


Tempi di attesa ecocolodopplergrafia cardiaca **IN MONITORAGGIO**


Elettrocardiogramma  
Accesso diretto.

**OBIETTIVO** Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con cicloergonometro o con pedana mobile. 40gg **IN MONITORAGGIO**

**OBIETTIVO** Tempi di attesa esecuzioni  
1) ecocardiogramma dinamico (olter)  
2) elettrocardiogramma da sforzo 40gg **IN MONITORAGGIO**

 <b>obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020</b>	
<b>Dipartimento area medica</b>	
<b>Obiettivo</b>	
<b>S.C. Endocrinologia</b>	Tempi di attesa Ecografia CAPO COLLO. 40gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
<b>S.C. Gastroenterologia</b>	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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso $\geq$ 95% inviate .
	Tempi di attesa colonscopia totale/retto sigmoidoscopia con endoscopia flessibile 30gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica 30gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica 30gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Screening del colon retto gli obiettivi vengono valutati a livello dei sei programmi di prevenzione secondaria dei tumori cui partecipano le aziende
<b>S.C. Pneumologia</b>	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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso $\geq$ 95% inviate . <b>OK</b>
	Tempi di attesa prestazioni di spirometria globale/spirometria semplice. 40gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
<b>S.C.D.U. Ematologia, S.C.D.U. Oncologia</b>	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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso $\geq$ 95% inviate . <b>OK</b>
<b>S.C. MECAU</b>	Ridurre i tempi di attesa per codice gialli, verde e bianco Ridurre i tempi di attesa per codice gialli, verde e bianco rispettivamente a: 30, 90, 90. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS. DEA II $\leq$ 6ore Anno 2017: 10,77 gg. Anno 2018: 11 gg /57.302 Anno 2019 9 gg/58.532 passaggi <b>IN MONITORAGGIO</b>
<b>S.C. Neurologia</b>	ELETTROMIOGRAFIA semplice per arto superiore/ arto inferiore Miglioramento tempi di attesa. 30gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
	ELETTROMIOGRAFIA semplice del capo/ tronco. 30 gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Valutazione EMG del cammino non associabile a analisi della cinematica della dinamica del passo. 30 gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Valutazione EMG dinamica dell'arto inferiore. 30gg <b>IN MONITORAGGIO</b>

 <b>obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020</b>	
<b>Dipartimento area chirurgica</b>	
<b>Obiettivo</b>	
	Applicazione "Procedure di continuità assistenziale" inserita in Intranet aziendale (Direzione Medica > NOCC), insieme a numerosi allegati (Informative per l'utenza, Registro trasferimenti in Strutture esterne, Modulistica varia). in particolare S.C. Ortopedia <b>OK</b>
<b>Obiettivi comuni</b>	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale. Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati. N° ricoveri con degenza preoperatoria <1 gg (in elezione) escluso fuori regione >95% <b>IN MONITORAGGIO</b>
	<b>tempi di attesa prima visita 30gg</b> Chirurgia plastica, Ortopedia, Chirurgia vascolare, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia in caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30% <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Lean management progetto pilota di analisi e ottimizzazione delle sale operatorie 1) rispetto del regolamento delle sale operatorie 2) compilazione su Babele dei campi e delle schede implementate (presenza e correttezza tipologia dell'intervento per inserimento in lista d'attesa, scheda anestesiologicala, scarico del materiale, compilazione della check list, segnalazione paziente dimissibile, ecc.) 3) rispetto delle regole di programmazione definite 4) diminuzione del numero di minuti di sfioramento (esempio diminuzione del 30% rispetto al 2018) 5) % inizio seduta incisione entro le 8.30 personale infermieristico: ripristino dei materiali nei carrelli, utilizzo di kit di strumentario che scade per primo, compilazione della check list senza lo sblocco a posteriore degli orari, firma leggibile sui moduli
<b>S.C. Anestesia e Rianimazione Cardiovascolare</b>	Progetto miglioramento della qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva del Piemonte che utilizza il network di raccolta dati GIVITI Indicatori: esito sulla mortalità aggiustata per gravità. Mediana della durata della terapia empirica. <b>OK</b>
	Numero di morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione sul numero di decessi dei soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica > 20% - <40% <b>OK</b>
	B) Incidenza VAP /1000 giorni ventilazione nelle Terapie Intensive dell'Azienda e analisi del dato di incidenza e mortalità rispetto ai dati regionali Indicatore n° 17 -Prevalenza delle colonizzazioni da KPC in Terapia Intensiva e della compliance di appropriatezza della terapia. <b>OK</b>
<b>S.C. Anestesia e Rianimazione Generale</b>	Progetto miglioramento della qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva del Piemonte che utilizza il network di raccolta dati GIVITI Indicatori: esito sulla mortalità aggiustata per gravità. Mediana della durata della terapia empirica. <b>OK</b>
	Numero di morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione sul numero di decessi dei soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica > 20% - <40% <b>OK</b>
	B) Incidenza VAP /1000 giorni ventilazione nelle Terapie Intensive dell'Azienda e analisi del dato di incidenza e mortalità rispetto ai dati regionali Indicatore n° 17 -Prevalenza delle colonizzazioni da KPC in Terapia Intensiva e della compliance di appropriatezza della terapia. <b>OK</b>

 <b>obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020</b>	
<b>Dipartimento area chirurgica</b>	
<b>Obiettivo</b>	
<b>S.C. Chirurgia Plastica</b>	Tempi di attesa interventi chirurgici melanoma. <b>IN MONITORAGGIO</b>
<b>S.C. Chirurgia Vascolare</b>	Tempi di attesa Eco (color) dei tronchi sovraortici. 40 gg tempo massimo regionale 40gg. in caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30% <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Eco (color) doppler dei vasi periferici 30 gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa endoarteriectomia carotidea codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
<b>S.C. Cardiochirurgia</b>	Tempi di attesa by-pass aortocoronarico. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
	Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità dati di frequenza dell'applicazione dei bundle in almeno il 100 % degli interventi sorvegliati Applicazione dei "bundle" superiore al 90% degli interventi per i quali è raccolto il "bundle" <b>OK</b>
	Tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiochirurgia/ Denominatore: numero interventi su sei mesi di sorveglianza. <b>OK</b>
<b>S.C. Chirurgia Generale e oncologica</b>	Percentuale di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con degenza operatoria inferiore a 3 giorni/ricovero tasso aggiustato > 70% tempi di attesa codice priorità A max 30 gg >67% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
	Tempi di attesa interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
	Tempi di attesa riparazione ernia inguinale. codice priorità A max 30 gg >73% codice priorità B=max 60gg >90% <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di emorroidectomia. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Adesione progetto ERAS. n. pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati intervento colon retto nel 2019/ n. pazientio da SDO con interventi programmati int. Colon retto nel 2019 > 90% <b>DA VALUTARE</b>
	Tempi di attesa interventi chirurgici tumore colon retto. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
	Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità dati di frequenza dell'applicazione dei bundle in almeno il 100 % degli interventi sorvegliati Applicazione dei "bundle" superiore al 90% degli interventi per i quali è raccolto il "bundle" <b>OK</b>
	tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico Si introduce una sorveglianza a rotazione sugli interventi chirurgici, di colon retto. <b>OK</b>

**obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020****Dipartimento area chirurgica**

<b>Obiettivo</b>	
<b>S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia</b>	Tempi di attesa interventi protesi d'anca. codice priorità A < 30 gg <b>OK</b> =>90%
	Degenza pre-intervento per le fratture di femore (pazienti > 65 anni) inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno nel 70% dei casi <b>OK</b>
	Fratture di tibia e perone due gg - 4 gg <b>OK</b>
	Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità dati di frequenza dell'applicazione dei bundle in almeno il 100 % degli interventi sorvegliati Applicazione dei "bundle" superiore al 90% degli interventi per i quali è raccolto il "bundle" <b>OK</b>
	Tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Ortopedia/ Denominatore: numero interventi su sei mesi di sorveglianza. <b>OK</b>
<b>S.C.D.U. Ostetrica e Ginecologia</b>	Tempi di attesa ecografia ostetrica ginecologica 11 gg.
	Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORI GINECOLOGICI. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
	Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MAMMELLA. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
	Presenza e diffusione di un protocollo per la profilassi antibiotica in ambito ginecologico
	Contenimento del numero di parti cesarei maternità di II livello valore dell'obiettivo ≤ 20% bilancio di salute alla 36° - 37° settimana >60% <b>OK</b>
	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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso ≥% 95% inviate . <b>OK</b>
<b>S.C. Oculistica</b>	Fotografia del fundus 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso ≥% 95% inviate . <b>OK</b>
<b>S.C. Otorinolaringoiatria</b>	Tempi di attesa esame audiometrico tonale. 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
<b>S.C. Urologia</b>	Tempi di attesa interventi chirurgici tumore prostata. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90% <b>OK</b>
	presenza e diffusione di un protocollo per la profilassi antibiotica in ambito urologico <b>OK</b>



## obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020

## Dipartimento diagnostica e servizi

Obiettivo	
Obiettivi comuni	Applicazione "Procedure di continuità assistenziale" inserita in Intranet aziendale (Direzione Medica > NOCC), insieme a numerosi allegati (Informative per l'utenza, Registro trasferimenti in Strutture esterne, Modulistica varia). <b>OK</b>
	Ottimizzazione del tempo intercorrente tra il momento del prelievo e l'acquisizione del risultato da parte del richiedente ("turn around time": TAT). Prestazioni di citologia aspirativa extratiroidea Servizi coinvolti: S.C. Anatomia Patologica, SC laboratorio analisi, SC Radiodiagnostica, SC Radioterapia, SC Medicina Nucleare, S.C. Endocrinologia. <b>OK</b>
S.C. Radiodiagnostica	<b>PROGETTO MAMMOGRAFIA TAC</b> <b>IN VALUTAZIONE</b>
	Tempi di attesa mammografia bilaterale 40gg <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa mammografia monolaterale 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa TAC senza e con mezzo di contrasto torace addome / completo/ inferiore/ superiore 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa TAC cranio - encefalo con senza mezzo di contrasto 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa TAC senza e con mezzo di contrasto rachide e speco vertebrale toracico/lombosacrale/cervicale 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa TAC bacino e articolazioni sacro iliache 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa RMN encefalo tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa RM con o senza mezzo di contrasto addome inferiore e scavo pelvico 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa RM con o senza mezzo di contrasto colonna in toto 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa Ecografia mammella. Mono/bilaterale 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
	Tempi di attesa ecografia addome completo/ superiore/inferiore 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>
Tempi di attesa biopsia cutanea fegato. 30gg. <b>IN MONITORAGGIO</b>	
S.C. Fisica Sanitaria	Dosimetria pazienti in radiodiagnostica <b>OK</b>
	Richieste consulenza Fisica sanitaria <b>OK</b>
	Attività presso ASL Torino - TO3 - AOU San Luigi <b>OK</b>



obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020

Dipartimento diagnostica e servizi

Obiettivo	
S.C. Farmacia	Distribuzione diretta Farmaci
	<p>Obiettivi Generali Dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale, Integrativa e Protesica -PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) – Appropriatazza.“...Il governo della domanda di servizi e prestazioni riguarda, (tra gli altri) ... i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatazza”</p> <p>Verifica dell'appropriatazza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (sottoposti a monitoraggio dall'AIFA): compilazione dei relativi registri e invio delle richieste di rimborso (ove previsto)</p> <p>% di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso inviate <math>\geq</math> 95% <b>OK</b></p>
	Consumo del gel idroalcolico 20L/1000 giorni di assistenza. report trimestrale alle strutture confrontato con l'anno precedente <b>OK</b>
	Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera <b>OK</b>
	Verifica di disponibilit�, completezza e qualit� , nonch� del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale. Azioni di supporto alle strutture complesse <b>OK</b>
Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende relativi alla distribuzione diretta ed ai consumi ospedalieri e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anni. rapporto tra i costi aziendali rilevati dal modello di conto economico ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) Struttura coinvolta controllo di gestione. <b>OK</b>	

**obiettivi anno 2 semestre 2019 vs 2 semestre 2020****S.C. Di.P.Sa.**

Collaborazione con i Direttori delle Strutture complesse al raggiungimento degli obiettivi assegnati	OK
Applicazione "Procedure di continuità assistenziale" inserita in Intranet aziendale (Direzione Medica > NOCC), insieme a numerosi allegati (Informative per l'utenza, Registro trasferimenti in Strutture esterne, Modulistica varia).	OBIETTIVO RINVIATO
Migliorare l'utilizzo del sangue ed aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale Indicatori % restituzione sacche oltre le 72 ore < 20% effettuazione di almeno una iniziativa documentata di SC finalizzata alla conoscenza della procedura aziendale relativa alla trasfusione con partecipazione di almeno l'80% degli operatori partecipazione del referente per il buon uso del sangue o suo sostituto a tutte le riunioni del COBUS n eventi/quasi eventi inferiore al 2018	
Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee Applicare in tutti i casi di decesso presso il proprio reparto i criteri per la selezione dei donatori ed in caso di possibilità di donazione richiedere il consenso ai famigliari	41 DONAZIONI OBIETTIVO OK
Nota regione piemonte avente ad oggetto "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) per l'anno 2019" Consumo del gel idroalcolico 20L/1000 giorni di assistenza. Le Aziende promuovono interventi efficaci per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti. Alle aziende è richiesto di realizzare un programma di prevenzione del rischio infettivo ed attivare gli indicatori condivisi a livello regionale la cui sintesi è trasmessa ai fini della valutazione annuale da parte della Direzione Generale.	evidenza delle azioni 99 LITRI / AZIENDALE OBIETTIVO RAGGIUNTO
Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente ASL, AO, AOU. DGR n°4-92 del 19 luglio 2019 : Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali	NON ASSEGNATO
<b>TOTALE PESO</b>	