

**Obiettivi 2019**

Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
> produzione dipartimentale	10 punti
> produzione struttura complessa	5 punti
miglioramento del margine	20 punti
miglioramento produzione e miglioramento del margine	25 punti
Obiettivi di produzione	
Equilibrio economico finanziario e sostenibilità del SSR (pareggio di bilancio)	
Dipartimento area medica	> 500.000 euro in capo alla struttura complessa cardiologia
Dipartimento area chirurgica	> 1.500.000
Dipartimento area diagnostica	> 800.000

**obiettivi anno 2019**

Obiettivo	Comuni a tutti i dipartimenti
	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 n eventi/quasi eventi inferiore al 2018
	Obiettivo: Chiusura e predisposizione all'archiviazione delle cartelle cliniche attraverso procedura informatizzata Linee di indirizzo della Sanità Digitale Piemontese Progetti regionali 2018-2020"
	Obiettivo: Chiusura e predisposizione all'archiviazione delle cartelle cliniche attraverso procedura informatizzata Linee di indirizzo della Sanità Digitale Piemontese Progetti regionali 2018-2020"
	OBIETTIVO: Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera ATC =J01 antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero con richiesta motivata (Togeciclina, Cefotolozano/tazobactam, Meropenem, Ertapenem, Ceftobiprololo, Dalbavancina ,Daptomicina)
	Aumento della Attività di Distribuzione Diretta dei Farmaci alla dimissione da RO/DH e Visita Ambulatoriale (L. 405/2001 e s.m.i.)> 50%
	Riordino di tutte le agende di prenotazione della struttura semplice o complessa, comprese quelle di libera professione, entro giugno 2019, secondo le regole previste dal nuovo sistema CUP Regionale Unico ed Integrato. Atto di adesione del 3 giugno 2019 prot. n. 006326 "Convenzione di affidamento realizzazione servizio Unico ed integrato per la gestione delle prenotazioni sanitarie". Delibera del Direttore Generale n° 00429 del 3 giugno 2019 "Convenzione di affidamento realizzazione servizio Unico ed integrato per la gestione delle prenotazioni sanitarie: adesione e nomina Nucleo Tecnico Aziendale"
	Rapporto volumi concordati della libera professione/ attività istituzionale"
	Obiettivi di choosing wisely - relazione del direttore
	Obiettivi comuni concordati con la S.C. Di.P.sa.

**Obiettivi anno 2019****Dipartimento area medica**

Obiettivo	
Obiettivi comuni	≥ 11 posti letto per il pronto soccorso esclusi i giorni festivi.
	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
	Percorsi di cura integrati condivisi tra Dipartimento di Area Medica, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Dipartimento dei Servizi", con l'aggiornamento delle procedure correlate Descrizione sintetica del progetto: ridefinizione del gruppo di lavoro con inserimento di nuove figure professionali rappresentative di tutte le Strutture e Servizi coinvolti nel progetto, analisi dei percorsi effettivi e delle procedure organizzative di comune interesse, rilevazione delle criticità e proposta di soluzioni migliorative (per le aree ambulatoriali e di degenza in Area Medica), condivisione e diffusione di nuove procedure trasversali condivise tra tutte le strutture di degenza dell'Area medica, DEA e Dipartimento dei Servizi Indicatore di risultato: report finale con presentazione formale di nuove procedure condivise altre Strutture coinvolte: oltre alle Strutture afferenti al Dipartimento Medico, il progetto coinvolge il DEA e il Dipartimento dei Servizi
	tempi di attesa prima visita 30gg cardiologia, endocrinologia neurologia, fisiatria gastroenterologia pneumologia, allergologia, reumatologia. in caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30%
S.C. Cardiologia	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%
	Tempi di attesa ecocolodopplergrafia cardiaca
	Elettrocardiogramma Accesso diretto.
	OBIETTIVO Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con cicloergonometro o con pedana mobile. 40gg
	OBIETTIVO Tempi di attesa esecuzioni 1) ecocardiogramma dinamico (olter) 2) elettrocardiogramma da sforzo 40gg
	Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi con IMA STEMI.> 85%
	Tempi di attesa interventi Angioplastica coronarica codice priorità A < 30 gg =>90%
	Coronarografia. odice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
Gestione dei dispositivi medici specialisti e dei medicinali attraverso depositi informatizzati per ogni magazzino almeno il 90% dei materiali deve presentare una giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente.	

**Obiettivi anno 2019****Dipartimento area medica**

Obiettivo	
S.C. Endocrinologia	Tempi di attesa Ecografia CAPO COLLO. 40gg.
S.C. Gastroenterologia	Tempi di attesa colonscopia totale/retto sigmoidoscopia con endoscopio flessibile 30gg
	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica 30gg
	Tempi di attesa polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica 30gg
	Screening del colon retto gli obiettivi vengono valutati a livello dei sei programmi di prevenzione secondaria dei tumori cui partecipano le aziende
	Implementazione modello RAO per gastroenterologia
	Gestione dei dispositivi medici specialisti e dei medicinali attraverso depositi informatizzati per ogni magazzino almeno il 90% dei materiali deve presentare una giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente.
S.C. Pneumologia	Tempi di attesa prestazioni di spirometria globale/spirometria semplice. 40gg
S.C.D.U. Ematologia, S.C.D.U. Oncologia	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 .
S.C. MECAU	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.
	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS. DEA II \leq 6ore Anno 2017: 10,77 gg. Anno 2018: 11 gg
S.C. Neurologia	ELETTROMIOGRAFIA semplice per arto superiore/ arto inferiore Miglioramento tempi di attesa. 30gg
	ELETTROMIOGRAFIA semplice del capo/ tronco. 30 gg
	Valutazione EMG del cammino non associabile a analisi della cinematica della dinamica del passo. 30 gg.
	Valutazione EMG dinamica dell'arto inferiore. 30gg
S.C. Neurologia	Tempi di attesa prestazioni di spirometria globale/spirometria semplice. 40 gg.
S.C. Reumatologia	Gestione dei dispositivi medici specialisti e dei medicinali attraverso depositi informatizzati per ogni magazzino almeno il 90% dei materiali deve presentare una giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente.

 OBIETTIVI ANNO 2019	
Dipartimento area chirurgica	
Obiettivo	
Obiettivi comuni	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%
	tempi di attesa prima visita 30gg 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%
	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
S.C. Anestesia e Rianimazione Cardiovascolare	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. Obiettivo raggiunto.
	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% Obiettivo raggiunto.
	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. Obiettivo raggiunto
S.C. Anestesia e Rianimazione Generale	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. Obiettivo raggiunto.
	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% Obiettivo raggiunto.
	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. Obiettivo raggiunto
	Attivazione parto in analgesia

 OBIETTIVI ANNO 2019	
Dipartimento area chirurgica	
Obiettivo	
S.C. Chirurgia Plastica	Tempi di attesa interventi chirurgici melanoma.
S.C. Chirurgia Vascolare	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%
	Eco (color) doppler dei vasi periferici 30 gg.
	Tempi di attesa endoarteriectomia carotidea codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
S.C. Cardiochirurgia	Tempi di attesa by-pass aortocoronarico. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
	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"
	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.
S.C. Chirurgia Generale e oncologica	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%
	Tempi di attesa interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
	Tempi di attesa riparazione ernia inguinale. codice priorità A max 30 gg >73% codice priorità B=max 60gg >90%
	Tempi di emorroidectomia. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
	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%
	Tempi di attesa interventi chirurgici tumore colon retto. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
	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"
	tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico Si introduce una sorveglianza a rotazione sugli interventi chirurgici, di colon retto.

**OBIETTIVI ANNO 2019****Dipartimento area chirurgica**

Obiettivo	
S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	Tempi di attesa interventi protesi d'anca. codice priorità A < 30 gg =>90%
	Degenza pre-intervento per le fratture di femore (pazienti > 65 anni) inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno nel 70% dei casi
	Fratture di tibia e perone due gg - 4 gg
	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"
	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.
S.C.D.U. Ostetrica e Ginecologia	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%
	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%
	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 .
S.C. Oculistica	Fotografia del fundus 30gg.
	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 .
S.C. Otorinolaringoiatria	Tempi di attesa esame audiometrico tonale. 30gg.
	Tempi di attesa interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide. codice priorità A max 30 gg >90% codice priorità B=max 60gg >90%
S.C. Urologia	Tempi di attesa interventi chirurgici tumore prostata. 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 urologico

**Obiettivi anno 2019****Dipartimento diagnostica e servizi**

Obiettivo	
Obiettivi comuni	<p>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.</p> <p>Percorsi di cura integrati condivisi tra Dipartimento di Area Medica, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Dipartimento dei Servizi", con l'aggiornamento delle procedure correlate Descrizione sintetica del progetto: ridefinizione del gruppo di lavoro con inserimento di nuove figure professionali rappresentative di tutte le Strutture e Servizi coinvolti nel progetto, analisi dei percorsi effettivi e delle procedure organizzative di comune interesse, rilevazione delle criticità e proposta di soluzioni migliorative (per le aree ambulatoriali e di degenza in Area Medica), condivisione e diffusione di nuove procedure trasversali condivise tra tutte le strutture di degenza dell'Area medica, DEA e Dipartimento dei Servizi Indicatore di risultato: report finale con presentazione formale di nuove procedure condivise altre Strutture coinvolte: oltre alle Strutture afferenti al Dipartimento Medico, il progetto coinvolge il DEA e il Dipartimento dei Servizi</p>
S.C. Radiodiagnostica	<p>Tempi di attesa mammografia bilaterale 40gg</p> <p>Tempi di attesa mammografia monolaterale 30gg.</p> <p>Tempi di attesa TAC senza e con mezzo di contrasto torace addome / completo/ inferiore/ superiore 30gg.</p> <p>Tempi di attesa TAC cranio - encefalo con senza mezzo di contrasto 30gg.</p> <p>Tempi di attesa TAC senza e con mezzo di contrasto rachide e speco vertebrale toracico/lombosacrale/cervicale 30gg.</p> <p>Tempi di attesa TAC bacino e articolazioni sacro iliache 30gg.</p> <p>Tempi di attesa RMN encefalo tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare 30gg.</p> <p>Tempi di attesa RM con o senza mezzo di contrasto addome inferiore e scavo pelvico 30gg.</p> <p>Tempi di attesa RM con o senza mezzo di contrasto colonna in toto 30gg.</p> <p>Tempi di attesa Ecografia mammella. Mono/bilaterale 30gg.</p> <p>Tempi di attesa ecografia addome completo/ superiore/inferiore 30gg.</p> <p>Tempi di attesa biopsia cutanea fegato. 30gg.</p> <p>Gestione dei dispositivi medici specialisti e dei medicinali attraverso depositi informatizzati per ogni magazzino almeno il 90% dei materiali deve presentare una giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente.</p>

**Obiettivi anno 2019****Dipartimento diagnostica e servizi**

Obiettivo	
S.C. Laboratorio Analisi	<p>Indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) per l'anno 2019 "Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori" in attesa della specifica Nota Regione Piemonte</p> <p>sono inseriti su piattaforma web gemini i dati di resistenza a alcuni microorganismi alert, isolati da sangue e liquor provenienti da tutti i pazienti ricoverati e non</p> <p>Klebsiella pneumoniae ed Escherichia coli testati con sensibilità ai carpapenemi isolati da tutti i materiali provenienti da pazienti ricoverati.</p>
S.C. Fisica Sanitaria	<p>Dosimetria pazienti in radiodiagnostica</p> <p>Richieste consulenza Fisica sanitaria</p> <p>Attività presso ASL Torino - TO3 - AOU San Luigi</p>
S.C. Farmacia	<p>Gestione dei dispositivi medici specialisti e dei medicinali attraverso depositi informatizzati</p> <p>per ogni magazzino almeno il 90% dei materiali deve presentare una giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente. Assegnato alle strutture indicate dal Direttore farmacia</p> <p>Distribuzione diretta Farmaci >50% di distribuzione in volume</p> <p>Obiettivi Generali Dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale, Integrativa e Protesica -PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) – Appropriatelyzza.“...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'appropriatezza”</p> <p>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)</p> <p>% di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso inviate \geq 95%</p> <p>Consumo del gel idroalcolico 20L/1000 giorni di assistenza. report trimestrale alle strutture confrontato con l'anno precedente</p> <p>Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera ATC =J01 antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero con richiesta motivata (Togeciclina, Cefotolozano/tazobactam, Meropenem, Ertapenem, Cefbipipolo, Dalbavancina ,Daptomicina)</p> <p>Verifica di disponibilità, completezza e qualità , nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale. Azioni di supporto alle strutture complesse il riferimento è tra le giornate di degenza a richiesta motivata ed il totale delle giornate di terapia registrate l'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di uno scostamento rispetto al valore best performer non superiore al 10% per le A.O. best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o il raggiungimento del dato 2018.</p> <p>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.</p>



A.O. Ordine Mauriziano

S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

	osservato anni 2018	Obiettivi anni 2019
Dirigenti compreso il Direttore		
Adempimenti previsti dal PTTI	in fase di definizione tra la Direzione medica ed il responsabile anticorruzione dell'Azienda	per la parti di competenza
Governo dei tempi di attesa . 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	azioni poste in essere	azioni poste in essere
Migliorare l'utilizzo del sangue ed aumentare la sicurezza del paziente nel percorso trasfusionale Indicatori % restituzione sacche oltre le 72 ore < 20%		azioni poste in essere
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	Verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza. Aggiornamento dei piani aziendali. Azioni di miglioramento implementate/completate.	effettuare la rilevazione del grado di umanizzazione dei percorsi assistenziali nell'ambito della continuità ospedale-territorio e della gestione del paziente in P.S. secondo quanto previsto e con le tempistiche che verranno indicate dalla Regione Piemonte. Check list percorsi assistenziali.
Continuità assistenziale e programma regionale cronicità 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		presenza del nucleo ospedaliero cronicità definizione della proposta del nucleo ospedaliero cronicità secondo i contenuti e tempi previsit dall'assessorato.
Riordino di tutte le agende di prenotazione della struttura semplice o complessa, comprese quelle di libera professione, entro giugno 2019, secondo le regole previste dal nuovo sistema CUP Regionale Unico ed Integrato. Atto di adesione del 3 giugno 2019 prot. n. 006326 "Convenzione di affidamento realizzazione servizio Unico ed integrato per la gestione delle prenotazioni sanitarie". Delibera del Direttore Generale n° 00429 del 3 giugno 2019 "Convenzione di affidamento Realizzazione servizio Unico ed integrato per la gestione delle prenotazioni sanitarie: adesione e nomina Nucleo Tecnico Aziendale" 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	1) presenza di agende con prestazioni con diversa denominazione e uguale numero catalogo regionale 2) presenza di agende "miste" con accessi per esterni e per interni 3) presenza di agende nominative per medico (escluse quelle di libera professione)	indicatore: n. di agende della SC /SS revisionate / tutte le agende della SC /SS = 100%
Chiusura e predisposizione all'archiviazione delle cartelle cliniche attraverso procedura informatizzata Linee di indirizzo della Sanità Digitale Piemontese Progetti regionali 2018-2020"		Indicatore: n° di cartelle con indice e SDO firmate digitalmente/ n° dimessi % strutture coinvolte: S.C. Sistemi informativi. Tutte le strutture complesse
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) 100% entro il 31/12/2019



A.O. Ordine Mauriziano

S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

	osservato anni 2018	Obiettivi anni 2019
<p>Numero esecuzioni prelievo cornee effettuati nel 2018 / totale decessi ospedalieri nel 2019 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</p>	<p>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</p>	<p>26 donazioni</p>
<p>Nota regione piemonte "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) per l'anno 2019 " Consumo del gel idroalcolico/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.</p>	<p>monitoraggio in collaborazione S.C. Farmacia da fornire alle strutture</p>	<p>monitoraggio in collaborazione S.C. Farmacia da fornire alle strutture</p>
<p>Monitoraggio in collaborazione con la S.S. Controllo di gestione e Struttura tecnica permanente degli obiettivi dipartimentali e clinici assegnati alle SS.CC. Sanitarie</p>	<p>evidenza del monitoraggio, azioni suggerite per la correzione/modifica degli obiettivi assegnati</p>	<p>evidenza del monitoraggio, azioni suggerite per la correzione/modifica degli obiettivi assegnati</p>
<p>Informare e promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati 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</p>		<p>ritiro referti on line utilizzato per almeno 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura un esame di laboratorio. Espressione consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura un esame di laboratorio. Strutture coinvolte S.C. Sistemi Informativi</p>
<p>TOTALE PESO ASSEGNATO</p>	<p>100</p>	<p>100</p>



A.O. Ordine Mauriziano di Torino

S.C. Di.P.Sa.

Obiettivi 2019

Collaborazione con i Direttori delle Strutture complesse al raggiungimento degli obiettivi assegnati	
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	
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
Implementazione lettera di dimissione integrata ai 4 reparti sperimentali del presidio (Dipartimento medico e Dipartimento chirurgico)	>75% in tutte le unità di degenza coinvolte nella sperimentazione (Medicina I A, Week surgery chirurgica, 4 B Chirurgia, Cardiologia) entro 31 dicembre 2019
Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani con soluzione alcolica per manovre assistenziali prive di rischio biologico ed in particolare in presenza di pazienti portatori di batteri multiresistenti agli antibiotici	n. osservazioni che rispettano il criterio dell'OMS sull'utilizzo dei guanti /n. osservazioni condotte atteso adesione 80% standard ottimale 90%
Non mantenere l'isolamento precauzionale alla risoluzione dei sintomi dei pazienti affetti da Clostridium difficile	n. isolamenti sospesi dopo 48 ore /n. osservazioni condotte. Atteso 90%
Non fare ricorso alla ginnastica vescicale prima della rimozione dello stesso	n. ginnastica vescicale/pazienti cateterizzati. Atteso <5%
Non sostituire i cateteri venosi periferici ad intervalli regolari ma esclusivamente dopo valutazione clinica.	n. cateteri sostituiti in base valutazione clinica/pazienti con dispositivo vascolare atteso 95%

**A.O. Ordine Mauriziano di Torino****S.C. Di.P.Sa.****Obiettivi 2019**

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

effettuare la rilevazione del grado di umanizzazione dei percorsi assistenziali nell'ambito della continuità ospedale-territorio e della gestione del paziente in P.S. secondo quanto previsto e con le tempistiche che verranno indicate dalla Regione Piemonte. Check list percorsi assistenziali.

Continuità assistenziale e programma regionale cronicità
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

presenza del nucleo ospedaliero cronicità
definizione della proposta del nucleo ospedaliero cronicità secondo i contenuti e tempi previsti dall'assessorato.

TOTALE PESO**100****OBIETTIVI IN MONITORAGGIO**

Gestione dei dispositivi medici specialistici e dei medicinali attraverso i depositi informatizzati afferenti alle Sale operatorie generali

per ogni magazzino almeno il 90% dei materiali deve presentare una giacenza fisica uguale a quanto registrato informaticamente.