

**Criteria di valutazione anno 2018**

<b>Obiettivo</b>	<b>Raggiungimento e/o criteri per la valutazione</b>
> <b>produzione dipartimentale</b>	10 punti
> <b>produzione struttura complessa</b>	5 punti
<b>miglioramento del margine</b>	20 punti
<b>miglioramento produzione e miglioramento del margine</b>	25 punti
<b>Obiettivi di produzione</b>	
<b>Dipartimento area medica</b>	E' stata mantenuta la produzione dell'anno 2016 quindi obiettivo raggiunto. il dipartimento in generale non ha raggiunto l'obiettivo del miglioramento del margine quindi di una maggiore efficienza tra produzione e costi.
<b>Dipartimento area chirurgica</b>	La produzione ha registrato un aumento di euro 2.411.551 il dipartimento in generale non ha raggiunto l'obiettivo del miglioramento del margine quindi di una maggiore efficienza tra produzione e costi.
<b>Dipartimento area diagnostica</b>	La produzione ha registrato un aumento di euro 2.411.551 obiettivo di produzione raggiunto il dipartimento in generale ha raggiunto l'obiettivo del miglioramento del margine quindi di una maggiore efficienza tra produzione e costi. Il margine è stato calcolato considerando la produzione totale (esterni ed interni), in considerazione dell'elevato numero di dispositivi utilizzato per le prestazioni interne.

**Criteria di valutazione anno 2018****Obiettivi Dipartimentali comuni**

Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
<b>Tutti i Dipartimenti</b>	Obiettivo. Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi medici DGR n° 26-6421 del 26 gennaio 2018: Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali obiettivo non raggiunto a livello aziendale
	GARANTIRE I TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CITTADINI RESIDENTI ASLTO3 COME PREVISTO DAL "Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa - Area Omogenea Torino Ovest" attraverso l'attivazione di modalità di gestione delle agende di prenotazione che consentano la garanzia dei tempi di attesa per le classi di priorità U e B e D per i cittadini appartenenti all'Area Omogenea Torino Ovest Indicatore: tempi di attesa rilevato per le prestazioni previste nel Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa dell'Area Omogenea Torino Ovest Standard: tempo di attesa inferiore o uguale a quanto previsto per il 100% delle prestazioni identificate nel Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa dell'Area Omogenea Torino Ovest Al momento sono interessate le seguenti prestazioni: VISITA PNEUMOLOGICA TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE COLONSCOPIA ESAME FUNDUS OCULI ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO N.V. Non è stato possibile scorporare le prestazioni
	Compilazione da parte di tutti i direttori di struttura complessa e semplice della dichiarazione pubblica di interesse DGR n° 26-6421 del 26 gennaio 2018: Assegnazione obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali Obiettivo raggiunto
	OBIETTIVO 20 Consumo del gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza. Obiettivo raggiunto a Livello Aziendale.
	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 a livello Aziendale.
	OBIETTIVO 10 Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati sacche restituite entro 5 gg. >80% è stato valutato il 50% in caso di miglioramento rispetto all'anno precedente
	Tempi di attesa visita. 30 gg tempo massimo regionale in caso di non rispetto dello standard regionale viene valutato positivamente un aumento di volumi rispetto al 2015 del 30% Allergologia NO, Cardiologia NO, Endocrinologia OK, Gastroenterologia OK, Neurologia OK, Pneumologia NO, Riabilitazione funzionale OK, Chirurgia Vascolare OK, Ostetricia e Ginecologia no, Oculistica NO, Otorinolaringoiatria OK, Ortopedia NO, Urologia OK
	OBIETTIVO9 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). Obiettivo in miglioramento Chirurgia plastica OK, Recupero e Riabilitazione OK
	OBIETTIVO Nota regione piemonte "trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) per l'anno 2018 "  Indicatore n. 11. Implementazione ed esito di una attività di antibiotico stewardship. obiettivo raggiunto
	OBIETTIVO: Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera ATC =J01 antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero con richiesta motivata (Togeciclina, Cefotolozano/tazobactam, Meropenem, Ertapenem, Ceftribiprilo, Dalbavancina, Daptomicina) ATC=J02 antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero (Anfotericina B, Anidulafungina, Micafungin, Isavuconazolo) obiettivo raggiunto.

**Criteria di valutazione anno 2018****Dipartimento area medica**

<b>Obiettivo</b>	<b>Raggiungimento e/o criteri per la valutazione</b>
<b>Obiettivi comuni</b>	≥ 11 posti letto per il pronto soccorso esclusi i giorni festivi. Obiettivo non 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 è stato valutato il 50% in caso di miglioramento rispetto all'anno precedente
<b>S.C. Cardiologia</b>	Elettrocardiogramma Si rende necessario che le ASR. Intervengano ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale al fine di assicurare le prestazioni individuate entro gli standard stabiliti a livello regionale. Accesso diretto.
	Tempi di attesa esecuzioni 1) ecocardiogramma dinamico (Holter)2) elettrocardiogramma da sforzo. Obiettivo non raggiunto.
	Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi con IMA STEMI. obiettivo raggiunto > 85% obiettivo non raggiunto
	Tempi di attesa interventi Angioplastica coronarica codice priorità A < 30 gg =>90% obiettivo non raggiunto
	PDTA Scompenso cardiaco Verrà valutato l'utilizzo della ricetta dematerializzata nelle prescrizioni e prenotazione delle visite di follow-up secondo la tempistica prevista dai singoli PDTA Obiettivo raggiunto
<b>S.C. Endocrinologia</b>	Tempi di attesa Ecografia CAPO COLLO. Obiettivo non raggiunto
	PDTA DIABETE Verrà valutato l'utilizzo della ricetta dematerializzata nelle prescrizioni e prenotazione delle visite di follow-up secondo la tempistica prevista dai singoli PDTA
<b>S.C. Gastroenterologia</b>	Tempi di attesa colonscopia/Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia obiettivo raggiunto
	screening oncologici. Secondo quanto previsto dal programma di screening colon rettale. Obiettivo raggiunto
<b>S.C. Neurologia</b>	ELETTROMIOGRAFIA Miglioramento tempi di attesa. Obiettivo raggiunto
<b>S.C. Pneumologia</b>	PDTA BPCO Verrà valutato l'utilizzo della ricetta dematerializzata nelle prescrizioni e prenotazione delle visite di follow-up secondo la tempistica prevista dai singoli PDTA Obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa prestazioni di spirometria. Obiettivo non raggiunto
<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 ≥% 95% inviate . Obiettivo raggiunto
<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. giallo 43,12 KO verde 119 KO bianco 84,90 OK
	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS. DEA II <=6ore Anno 2017: 10,77 Anno 2018: 11 Obiettivo non raggiunto.

 <b>Criteria di valutazione anno 2018</b>	
<b>Dipartimento area chirurgica</b>	
<b>Obiettivo</b>	<b>Raggiungimento e/o criteri per la valutazione</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% Obiettivo raggiunto e' stato valutato al 50% un miglioramento rispetto all'anno precedente.
<b>S.C. Anestesia e Rianimazione Cardiovascolare</b>	<p>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.</p> <p>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 &gt; 20% - &lt;40% Obiettivo raggiunto.</p> <p>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</p> <p>Attivazione parto in analgesia. Obiettivo non raggiunto.</p>
<b>S.C. Anestesia e Rianimazione Generale</b>	<p>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.</p> <p>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 &gt; 20% - &lt;40% Obiettivo raggiunto.</p> <p>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</p> <p>Degenza pre-intervento per le fratture di femore (pazienti 65 anni) inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno nel 70% dei casi Obiettivo raggiunto 70%</p>
<b>S.C. Chirurgia Vascolare</b>	<p>Eco (color) dei tronchi sovraortici. Miglioramento tempi di attesa. Obiettivo non raggiunto</p> <p>Eco (color) doppler dei vasi periferici. Miglioramento tempi di attesa. Obiettivo non raggiunto.</p> <p>Tempi di attesa endoarteriectomia carotidea. Obiettivo raggiunto</p>
<b>S.C. Chirurgia Generale e oncologica</b>	<p>Lean management progetto pilota di analisi e ottimizzazione delle sale operatorie Analisi situazione di partenza , criticità e ambiti di intervento sono definiti e condivisi con il team.</p> <p>Ogni soluzione è stata descritta e valutata in termini di costo e beneficio. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Tempi di attesa interventi chirurgici tumore colon retto. Obiettivo raggiunto.</p> <p>PDTA tumore colon retto. Verrà valutato l'utilizzo della ricetta dematerializzata nelle prescrizioni e prenotazione delle visite di follow -up secondo la tempistica prevista dai singoli PDTA. Obiettivo raggiunto</p>

**Criteria di valutazione anno 2018****Dipartimento area chirurgica**

<b>Obiettivo</b>	<b>Raggiungimento e/o criteri per la valutazione</b>
<b>S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia</b>	Lean management progetto pilota di analisi e ottimizzazione delle sale operatorie. Analisi situazione di partenza, criticità e ambiti di intervento sono definiti e condivisi con il team.
	Tempi di attesa interventi protesi d'anca. codice priorità A < 30 gg =>90% Obiettivo non raggiunto.
	Indicatore n. 7 tasso di incidenza di Infezioni del sito chirurgico Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiocirurgia, in Ortopedia, in Chirurgia Generale, Denominatore: numero interventi su sei mesi di sorveglianza. Obiettivo raggiunto
	Indicatore n. 16 Prevalenza dell'applicazione dei "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità. Presenza dei dati relativi all'incidenza delle ISC in Cardiocirurgia Ortopedia, Chirurgia Generale e Urologia ed alla applicazione dei "bundle" Obiettivo raggiunto.
	Degenza pre-intervento per le fratture di femore (pazienti > 65 anni) inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno nel 70% dei casi Obiettivo raggiunto 70%
<b>S.C.D.U. Ostetrica e Ginecologia</b>	n° parti con cesareo primario/n. parti con nessun pregresso cesareo x100 valore dell'obiettivo ≤ 25% 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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso ≥ 95% inviate. Obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa ecografia ostetrica-ginecologica. Obiettivo non raggiunto.
	Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MAMMELLA. Obiettivo raggiunto dopo giustificazioni.
	Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORI GINECOLOGICI. Obiettivo non raggiunto.
<b>S.C. Oculistica</b>	PDTA tumore mammella Verrà valutato l'utilizzo della ricetta dematerializzata nelle prescrizioni e prenotazione delle visite di follow-up secondo la tempistica prevista dai singoli PDTA. 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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso ≥ 95% inviate. Obiettivo raggiunto
<b>S.C. Otorinolaringoiatria</b>	Tempi di attesa fondo oculare. Obiettivo non raggiunto.
	Tempi di attesa audiometria. Obiettivo raggiunto
<b>S.C. Urologia</b>	Tempi di attesa interventi chirurgici tumore prostata. Codice priorità A < 30 gg ≥ 90% codice priorità B < 60 gg Obiettivo raggiunto con giustificazioni

**Criteria di valutazione anno 2018****Dipartimento diagnostica e servizi**

<b>Obiettivo</b>	<b>Raggiungimento e/o criteri per la valutazione</b>
<b>S.C. Radiodiagnostica</b>	Tempi di attesa TAC senza e con mezzo di contrasto torace addome rachide e bacino. Obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa RMN Cervello tronco encefalico, muscolo-scheletrica,colonna vertebrale. Obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa RMN pelvi prostata e vescica obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa Ecografia mammella. Obiettivo raggiunto
	Tempi di attesa mammografia
<b>S.C. Laboratorio Analisi</b>	Indicatore n°9A 9B L'Azienda ha in atto una sorveglianza dei Microrganismi alert Indicatore n° 10 eVIDENZA DI PARTECIPAZIONE AL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE DA KLEBSIELLA e E. COLI resistenti a carbapenemi Indicatore n° 11 Produzione annuale di un report sintetico sulle antibioticoresistenze di alcuni microrganismi isolati dal laboratorio Indicatore n° 10 Evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da Klebsiella e E.coli produttori di carbapenemasi. Obiettivo raggiunto.
<b>S.C. Anatomia Patologica</b>	Mantenimento della citoassistenza per la radiodiagnostica-ecografia e per le tiroidi. Obiettivo raggiunto
<b>S.C. Fisica Sanitaria</b>	Attività presso ASL Torino - TO3
	Collaborazione implementazione PET ≥600.000 euro di produzione medicina nucleare. Obiettivo raggiunto.
<b>S.C. Farmacia</b>	Azioni di supporto alle strutture complesse prescrizioni terapeutiche indirizzate verso farmaci più costosi giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace è richiesta al Direttore Generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza. Obiettivo raggiunto.
	Distribuzione diretta Farmaci >20% di distribuzione in volume > 10% di distribuzione in valore. Obiettivo raggiunto.
	OBIETTIVO: Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera ATC =J01 antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero con richiesta motivata (Togeciclina, Ceftolozano/tazobactam, Meropenem, Ertapenem, Ceftobiprol, Dalbavancina ,Daptomicina) ATC=J02 antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero (Anfotericina B, Anidulafungina, Micafungin, Isavuconazolo) Obiettivo raggiunto.
	"trasmissione degli indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) per l'anno 2018 " 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)