



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)
Dipartimento area chirurgica	il margine è stato calcolato considerando la produzione/costi complessiva delle strutture complesse di anestesia cardiovascolare, cardiocirurgica, chirurgia vascolare
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 allo scorso anno
Razionalizzazione nell'utilizzo e nella assegnazione delle sale operatorie e delle relative risorse alle SS.CC. del dipartimento.	relazione del capo dipartimento
OBIETTIVO 25 progetto di riorganizzazione delle aree ambulatoriali finalizzato al rientro dell'attività intramoenia allargata a pari risorse strutturali.	presenza progetto
“Revisione dei percorsi assistenziali integrati con il dea e il dipartimento dei servizi e condivisione dei criteri di gestione dei flussi di pazienti nei reparti di degenza di area medica”	ottobre-dicembre 2016: elaborazione di procedure trasversali condivise tra tutte le strutture di degenza dell'Area medica, DEA e Dipartimento dei Servizi, con ridefinizione dei criteri generali di ricovero, di trasferimento interno, di utilizzo flessibile dei lettizi prevede di procedere nel 2017 diffusione e adozione effettiva delle nuove procedure, il monitoraggio della loro corretta applicazione nella pratica quotidiana, l'analisi delle criticità e la proposta di eventuali soluzioni migliorative.
Revisione della carta dei servizi dell'area materno infantile con S.C.Pediatria e neonatologia	obiettivo raggiunto
Azzeramento delle agende cartacee di prenotazione ove presenti	obiettivo raggiunto certificazione dei capi dipartimento.
DGR 1 SETTEMBRE 2015, N. 34-2054 " Presa d'atto delle disponibilità finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio sanitario regionale relative all'esercizio 2015 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico- finanziari per l'anno 2015 Nel corso del 2015 è stata installata la nuova apparecchiatura SPCT-TC. Nel corso del 2016 l'apparecchiatura sarà completamente messa a regime è prevista una riorganizzazione del servizio con ampliamento dell'orario. Piano di efficientamento dell'azienda anno 2016 ai sensi della DGR suindicata	Relazione Direttore Struttura complessa
Ottimizzazione del tempo intercorrente tra il momento del prelievo e l'acquisizione del risultato da parte del richiedente (“turn around time”: tat) Servizi coinvolti: SC Anatomia Patologica, SC Radiodiagnostica, SC laboratorio analisi, SC Medicina Nucleare.	cfr relazione laboratorio analisi e anatomia patologia – obiettivo raggiunto



Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
Obiettivo del Dipartimento di area medica. “Revisione dei percorsi assistenziali integrati con il dea e il dipartimento dei servizi e condivisione dei criteri di gestione dei flussi di pazienti nei reparti di degenza di area medica”	Elaborati PDTA in collaborazione con Dip Medico e Dip Servizi- procedura troponina dolore toracico – obiettivo ok (cfr report Lab analisi)
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
OBIETTIVO 14 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
OBIETTIVO 8 Obiettivi Generali Dell'Assistenza Farmaceutica 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	Obiettivo raggiunto (97,67%; 96,64%; 90,50%)



Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
AZIONE 1 Incremento dell'impiego dei farmaci a brevetto scaduto AZIONE 2 Shift delle terapie verso molecole con profilo CE/CB più vantaggioso AZIONE 3 Potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari per serie rossa e antiTNF-alfa. AZIONE 4 definizione di PDTA dedicati a particolari contesti terapeutici che si avvalgono di farmaci innovativi e/o ad alto costo AZIONE 5 promozione di sperimentazioni profit presso le SS.CC. ad alta intensità di cura AZIONE 6 implementazione del ruolo del "Farmacista di corsia" presso le SS.CC. dei dipartimenti che già si avvalgono di questa figura rispetto del cronoprogramma contenuto nel piano di efficientamento	Report a cura della farmacia
Richieste consulenza Fisica sanitaria Attività presso ASL TO1 - TO2 - TO3	report a cura di Fisica Sanitaria
OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa visita.	chirurgia vascolare e ortopedia ok, oculistica e urologia ko, cardiologia e gastroenterologia ko, pneumologia, neurologia e riabilitazione ok.
OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa esecuzioni 1) ecocardiogramma dinamico (Holter)2) elettrocardiogramma da sforzo	obiettivo non raggiunto 46/40 gg
OBIETTIVO 2.2 Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi con IMA STEMI	obiettivo raggiunto
Tempi di attesa interventi Angioplastica coronarica	obiettivo non raggiunto per codice di priorità B
OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa prestazioni di spirometria.	obiettivo raggiunto
OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa colonscopia/Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	obiettivo raggiunto
OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia,	obiettivo raggiunto
OBIETTIVO 2.1 Eco (color) dei tronchi sovraortici. Miglioramento tempi di attesa.	ok gg 44/40
OBIETTIVO 2.1 Eco (color) doppler dei vasi periferici. Miglioramento tempi di attesa.	ok gg 20/40
OBIETTIVO 2.2 Tempi di attesa endoarteriectomia carotidea codice priorità A < 30 gg =>90%	obiettivo raggiunto
OBIETTIVO 2.2 Tempi di attesa interventi chirurgici tumore colon retto. codice priorità A < 30 gg =>90%	obiettivo non raggiunto
OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa fondo oculare.	obiettivo non raggiunto
TUMORE MAMMELLA codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg ≥90%	obiettivo non raggiunto



Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
Obiettivo 2.2 Tempi di attesa INTERVENTI CHIRURGICI TUMORI GINECOLOGICI codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg ≥90%	obiettivo non raggiunto
OBIETTIVO 7.2 Contenimento del numero di parti cesarei valore dell'obiettivo ≤ 20%	obiettivo non raggiunto
OBIETTIVO 23 Velocizzare il ricovero da pronto soccorso	≥ 10 posti letto (esclusa cardiologia) per il pronto soccorso esclusi i giorni festivi. Obiettivo raggiunto
OBIETTIVO 5 Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 9-6977Integrazioni in materia di punti nascita alla D.G.R. 6-5519 del 14/03/2013 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)".	obiettivo raggiunto
OBIETTIVO 7.1 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 (89%)
Tempi di attesa interventi protesi d'anca.	obiettivo non 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
OBIETTIVO 20 14. Consumo del gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza.	Obiettivo non 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 considerato raggiunto se superiore al 95% Raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto all'anno precedente
OBIETTIVO 9 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.
OBIETTIVO 9.1 Dipartimento funzionale e interregionale ed interaziendale di rete oncologica completa realizzazione di quanto disposto dalla normativa regionale vigente in materia di organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nell'ambito del dipartimento di rete oncologica del Piemonte e Valle d'aosta"	obiettivo raggiunto



Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
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 considerato 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
Ridurre il numero di DH diagnostici	Obiettivo considerato raggiunto esaminata la relazione del Direttore della S.C. Cardiologia vistata dalla Direzione sanitaria di presidio.
OBIETTIVO 12 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 Laboratorio Analisi ha dato evidenza del raggiungimento dell'obiettivo
Sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico e dell'applicazione dei "bundle"	Obiettivo raggiunto
L'Azienda ha in atto una sorveglianza delle infezioni da C. difficile. E' disponibile un monitoraggio degli accertamenti richiesti da pazienti esterni e ricoverati e un dato aziendale di riferimento che descrive la situazione endemica. 2) Frequenza di Enterobatteri resistenti a carbapenemi. Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle antibioticoresistenze nei pazienti ricoverati 3) Produzione annuale di un report sintetico sulle antibioticoresistenze di alcuni microrganismi isolati dal laboratorio 4) Frequenza di pazienti sottoposti a screening per Klebsiella multiresistente.	1) Numeratore: numero test risultati positivi anno Denominatore: numero accertamenti richiesti anno 2) Numeratore: Numero pazienti con isolamento di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi – anno Denominatore: Numero pazienti con isolamento di Klebsiella o E.coli – anno 3) Numeratore: Numero di ceppi sensibili di una data specie batterica Denominatore: Numero di ceppi per specie batterica 4) Numeratore: Numero di pazienti sottoposti a screening per Klebsiella multiresistente anno Denominatore: Numero di pazienti ricoverati presso reparti a rischio anno. Obiettivo raggiunto.
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 sarebbe da considerare raggiunto per consumi superiori ai 20 litri per mille gg di degenza. Obiettivo non raggiunto dall'azienda.



Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
OBIETTIVO 26 Le Aziende promuovono interventi efficaci di valutazione dell'uso di antibiotici attraverso un programma di Antibiotico-stewardship (Indicatore n° 14 – Manuale indicatori reg. Piemonte)	Obiettivo raggiunto
Elaborazione di una raccomandazione per il trattamento intraospedaliero dell'anafilassi da farmaci, comprendente l'analisi del fenomeno, la diagnostica da effettuare in caso di reazione avversa più o meno grave e gli schemi di desensibilizzazione	rispetto della raccomandazione
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.
Obiettivo dipartimento oncologico Identificazione di eventuali criticità dei processi organizzativi clinico-assistenziali della presa in carico e del trattamento di pazienti affetti da principali neoplasie n. 1 PDTA validato n. pazienti presi in carico secondo il PDTA	Obiettivo raggiunto 1) Report finale per Struttura con descrizione delle criticità, relativa priorità e opzioni di miglioramento. 2) Report finale del Dipartimento con descrizione delle criticità, relativa priorità e opzioni di miglioramento, con particolare attenzione al paziente preso in carico nel DH 3A. 3) Compilazione di un programma delle azioni di miglioramento proposte
Obiettivo Interdipartimentale RADIODIAGNOSTICA con DIPARTIMENTO NEUROLOGICO E EMERGENZA Implementazione del trattamento dell'ictus mediante trombolisi e perfezionamento del relativo percorso di cura	Obiettivo raggiunto 14 trombolisi ev (8 nel 2014) , miglioramento della rapidità del percorso dalla richiesta alla esecuzione dell'esame TC (compreso di refertazione) report dettagliato (intermedio e finale)
S.C. Anatomia Patologica 1. Monitoraggio tempi refertazione per biopsie ed ago-biopsie inviate servizi interni 2. Adeguamento delle procedure di accreditamento esistenti con lo scopo propedeutico al conseguimento della certificazione secondo norme ISO 9000	Obiettivo raggiunto: 1. tutti i referti delle ago-biopsie e biopsie inviate da servizi interni all'ospedale devono essere disponibili con tempistica inferiore o uguale a 4gg lavorativi 2. presenza della procedura per la rilevazione e segnalazione delle non conformità
Obiettivo Dipartimento medico Protocollo Integrato Medici-Infermieri sulla gestione e scelta del dispositivo vascolare	Obiettivo raggiunto monitorate le azioni intraprese
Obiettivo Dipartimento medico Protocollo integrato Medici-Infermieri sulla gestione e trattamento del dolore	Obiettivo dipartimento medico Applicazione protocolli di trattamento farmacologico relativi alle tipologie di dolore maggiormente rappresentato dal paziente di area medica in coordinamento con il comitato ospedale senza dolore Monitoraggio e report in seguito all'applicazione del protocollo
Obiettivo Dipartimento medico 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. Gastroenterologia Effettuazione degli esami endoscopici e delle consulenze per pazienti ricoverati entro 48 ore dalla richiesta	obiettivo raggiunto



Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
S.C. Endocrinologia Aumento attività termoblazione nodi tiroidei e completamento percorso tumori neuroendocrini.	obiettivo raggiunto
Dipartimento Chirurgico Revisionare e applicare le procedure e i protocolli di accoglienza, preparazione e percorso all'interno del blocco operatorio del paziente chirurgico sulla base delle migliori evidenze scientifiche.	Obiettivo raggiunto Presenza procedure e protocolli aggiornati per tutte le specialità. Indicatori specifici delle singole procedure e protocolli (per l'applicazione)
Dipartimento Chirurgico Gestire la sala delle urgenze secondo criteri organizzativi e di priorità clinica	Obiettivo raggiunto Presenza della procedura. Indicatori specifici della procedura (per l'applicazione)
S.C. Otorinolaringoiatria Chirurgia oncologica delle ghiandole salivari follow up (con rete oncologica)	Obiettivo raggiunto. definizione nella rete oncologica e applicazione di linee guida a livello regionale per il follow-up dei pazienti trattati per tumori delle ghiandole salivari
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
Obiettivo dipartimento cardiovascolare Attuazione del progetto relativo al trattamento dell'insufficienza mitralica nei pazienti affetti da scompenso cardiaco refrattario: ottimizzazione dell'utilizzo della Sala Ibrida sia mediante interventi cardiocirurgici di plastica mitralica sia percutanei con Mitra -Clip.	Obiettivo raggiunto Stesura del percorso mediante PDTA selezione dei pazienti Effettuazione delle prime 5 procedure. Analisi costi efficacia sulle procedure eseguite
S.C. Chirurgia vascolare Attuazione del progetto relativo al trattamento delle varici venose arti inferiori: ottimizzazione dell'utilizzo della Radiofrequenza nel trattamento delle varici arti inferiori.	Obiettivo raggiunto stesura del percorso mediante PDTA selezione dei pazienti effettuazione delle prime 5 procedure