

**Criteria di valutazione anno 2017**

| 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 | |
| Dipartimento area medica | la produzione dipartimentale è di minuita di euro - 285.600 quindi obiettivo non raggiunto ma considerando l'aumento registrato nel 2016 pari a euro + 3.476.977 si considera che il dipartimento abbia mantenuto la produzione e l'obiettivo è stato valutato 5 punti. il dipartimento in generale non ha raggiunto l'obiettivo del miglioramento del margine quindi di una maggiore efficienza tra produzione e costi. |
| Dipartimento area chirurgica | obiettivo di produzione raggiunto il dipartimento in generale non ha raggiunto l'obiettivo del miglioramento del margine quindi di una maggiore efficienza tra produzione e costi. |
| Dipartimento area diagnostica | 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. alla Struttura complessa Medicina Nucleare è stata riconosciuta la produzione considerando il periodo di chiusura per l'installazione della PET raffrontato con lo stesso periodo dell'anno precedente. il margine è stato calcolato considerando la produzione totale (esterni ed interni) |



Criteria di valutazione anno 2017

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|---------------------------------|--|
| Obiettivi Dipartimentali | |
| Tutti i Dipartimenti | <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> |
| | Divieto di sospensione delle prenotazioni (chiusura delle agende). Certificazione dei capi dipartimento. |
| | <p>OBIETTIVO 9 Applicazione delle linee guida aziendali sulla corretta redazione, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria. Incrementare la completezza e leggibilità di referti</p> <p>Numero di cartelle consegnate agli uffici competenti per il rilascio della copia al paziente entro i termini previsti (sette giorni dalla dimissione).</p> <p>E' stato valutato positivamente un miglioramento del 50% e il 50% un miglioramento generale rispetto all'anno trascorso</p> <p>E' motivi di carenza del personale è mancata la richiesta analisi del processo ed evidenza delle criticità</p> |
| | 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%Cardiologia NO, Endocrinologia OK, Gastroenterologia OK, Neurologia OK, Pneumologia OK, Riabilitazione funzionale OK, Chirurgia Vascolare OK, Ostetricia e Ginecologia OK, Oculistica NO, Otorinolaringoiatria OK, Ortopedia NO, Urologia NO |
| | <p>OBIETTIVO 9.1 Dipartimento funzionale e interregionale ed interaziendale di rete oncologica. Ciascuna struttura partecipi per la parte di competenza alla rete oncologica e e garantisca il proprio apporto per la corretta applicazione di quanto previsto nella DGR indicatori</p> <p>Organizzazione e funzionamento del CAS; numero di pazienti presi in carico dal CAS/numero di pazienti con accesso all'A.O. con patologia oncologica</p> <p>PDTA per le singole patologie tumorali : n. PDTA deliberati firmati da tutti i componenti del GIC, per patologia tumorale/n. totale di PDTA da deliberare</p> |

**Criteria di valutazione anno 2017**

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|--|--|
| Dipartimento 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” 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. | Obiettivo raggiunto. |
| ≥ 10 posti letto (esclusa cardiologia) per il pronto soccorso esclusi i giorni festivi. | Obiettivo raggiunto |
| OBIETTIVO 4 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 | E' stato valutato al 50% se presente un miglioramento un miglioramento rispetto all'anno precedente. |
| S.C. Cardiologia | OBIETTIVO 3.2 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. 47 gg. |
| | OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa esecuzioni 1) ecocardiogramma dinamico (Holter)2) elettrocardiogramma da sforzo. Dinamico Obiettivo raggiunto. Obiettivo non raggiunto da sforzo. |
| | OBIETTIVO 2.2 Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi con IMA STEMI. obiettivo raggiunto > 85% |
| | Tempi di attesa interventi Angioplastica coronarica obiettivo raggiunto |
| S.C. Endocrinologia | Obiettivo 3.2 Tempi di attesa Ecografia CAPO COLLO. Obiettivo raggiunto 38gg. |
| S.C. Gastroenterologia | OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa colonscopia/Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile . Obiettivo raggiunto 26gg |
| | OBIETTIVO 2.1 Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia obiettivo raggiunto 19gg |
| | OBIETTIVO 6.4 screening oncologici. Secondo quanto previsto dal programma di screening colon rettale. Obiettivo raggiunto |
| S.C. Neurologia | ELETTROMIOGRAFIA Miglioramento tempi di attesa. Obiettivo raggiunto 22 gg. |
| S.C. Pediatria. S.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia. | Revisione del percorso nascita aziendale. Obiettivo raggiunto. |

**Criteria di valutazione anno 2017**

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|---|--|
| S.C. Pneumologia | OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa prestazioni di spirometria. Obiettivo raggiunto 44 gg. |
| 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. Obiettivo raggiunto |
| Dipartimento area chirurgica | |
| OBIETTIVO 3 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. |
| SS.CC. Anestesia e Rianimazione Generale, 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 | Attivazione parto in analgesia. Obiettivo non raggiunto. |
| | OBIETTIVO 6.1 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 85,78% |
| S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia | 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. Ogni soluzione è stata descritta e valutata in termini di costo e beneficio. OK |
| | Tempi di attesa interventi protesi d'anca. codice priorità A < 30 gg \Rightarrow >90% Obiettivo raggiunto con giustificazioni. |
| | 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. |

**Criteria di valutazione anno 2017**

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|---|--|
| Chirurgia Generale ed Oncologica | 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. |
| | OBIETTIVO 2.2 Tempi di attesa interventi chirurgici tumore colon retto. Codice priorità A < 30 gg =>90%. 95,7% dopo giustificazioni OK |
| S.C. Cardiocirurgia | 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. |
| S.C. Chirurgia Vascolare | OBIETTIVO 3.2 Eco (color) dei tronchi sovraortici. Miglioramento tempi di attesa. Obiettivo raggiunto |
| | BIETTIVO 3.2 Eco (color) doppler dei vasi periferici. Miglioramento tempi di attesa. Obiettivo raggiunto |
| | OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa endoarteriectomia carotidea codice priorità A < 30 gg =>90% Obiettivo raggiunti con giustificazioni |
| | Trasformazione del regime assistenziale da day surgery ad ambulatoriale per l'erogazione delle prestazioni di interventi di: interventi sui vasi venosi extrasafenici degli arti inferiori. 200 interventi (di cui un terzo in regime ambulatoriale) >10 % di interventi di varici privilegiando la tecnica ambulatoriale (situazione attuale 500 pz in lista di attesa) |
| S.C.D.U. Ostetrica e Ginecologia | OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa ecografia ostetrica-ginecologica. Obiettivo raggiunto 9gg. |
| | Obiettivo 3.2 Tempi di attesa Interventi Chirurgici Tumore mammella codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg ≥90% Obiettivo raggiunto dopo giustificazioni |
| | Obiettivo 3.2 Tempi di attesa Interventi Chirurgici Tumori Ginecologici codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg ≥90%. 91% dopo giustificazioni |

**Criteria di valutazione anno 2017**

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|---|--|
| S.C.D.U. Ostetrica e Ginecologia | OBIETTIVO 6.3 Contenimento del numero di parti cesarei . Indicatore n° parti con cesareo primario/n. parti con nessun pregresso cesareo x100 19,68% Obiettivo raggiunto. l'indicatore è relativo al protocollo 37 del Piano nazionale Esiti 2015 valore dell'obiettivo ≤ 20% |
| | 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 |
| | Revisione del percorso nascita aziendale. 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 |
| S.C. Oculistica | OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa fondo oculare. Obiettivo raggiunto 58gg. |
| | 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 |
| S.C. Odontostomatologia | adempimento ricetta dematerializzata rispetto prescrizione: riduzione dell'autoimpegnativa sino all'azzeramento, utilizzo dell'impegnativa dematerializzata per le visite del controllo al eccezione di quelle ad accesso diretto. Obiettivo raggiunto |
| S.C. Otorinolaringoiatria | OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa audiometria. Obiettivo raggiunto 24 gg. |
| S.C. Urologia | Tempi di attesa interventi chirurgici tumore prostata. Codice priorità A < 30 gg ≥90% codice priorità B < 60 gg Obiettivo non raggiunto 22% ≥90% |
| Dipartimento area diagnostica e dei servizi | |
| “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” 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. | Obiettivo raggiunto. |
| Installazione e implementazione clinica della PET CT | Installazione effettuata a ottobre 2017 |



| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|------------------------------|---|
| S.C. Radiodiagnostica | 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 |
| | Indicazione del dato dosimetrico sugli esami TC Servizi coinvolti: SC Fisica, SC Radiologia Tale comunicazione sarà comunque obbligatoria a partire da gennaio 2018 (ai sensi della Direttiva Europea 59/13). dato inserito nel CD del paziente (relazione dott.Stasi) Obiettivo raggiunto |
| | addestramento del personale medico all'esecuzione di esami angio TC cerebrali come richiesto dal percorso ictus. Obiettivo raggiunto |

**Criteria di valutazione anno 2017**

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|--|---|
| S.C. Laboratorio analisi chimico cliniche | <p>Introduzione e monitoraggio mensile degli indicatori di processo ifcc a partire da giugno 2017. Presenza report di monitoraggio. Obiettivo raggiunto.</p> <p>DGR 23 novembre 2015, n. 50-2484 Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori di Analisi. mantenimento e implementazione delle attività correlata alla riorganizzazione (informatica.....) OK</p> <p>Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori"</p> <p>Indicatore n°9 L'Azienda ha in atto una sorveglianza dei Microrganismi alert</p> <p>9) E' disponibile l'elenco dei microrganismi "alert" sotto sorveglianza e il numero di segnalazioni nell'anno 2015, con particolare attenzione a Clostridium difficile; è descritto il flusso informativo verso i reparti messo in atto dalla struttura per ogni segnalazione "sentinella".</p> <p>10) Disponibilità del numero di isolamenti totali per Klebsiella ed E.coli e del numero di isolamenti con resistenza a carbapenemi</p> <p>11)L'Azienda è in grado di accertare le infezioni/colonizzazioni e dispone di un dato di riferimento. Il report è prodotto annualmente con la proporzione di ceppi R/I agli antibiotici di alcune specie sentinella.</p> <p>12) Accredimento all'accesso alla Piattaforma GEMINI per la sorveglianza, resa disponibile dal SeREMI, e evidenza della registrazione delle informazioni richieste dal Ministero.L'adozione della segnalazione via web o eventuali casi di trasmissione via mail fax saranno certificati dal SeREMI</p> <p>Indicatore n° 10 Frequenza di Enterobatteri resistenti a carbapenemi</p> <p>Indicatore n° 11 Produzione annuale di un report sintetico sulle antibioticoresistenze di alcuni microrganismi isolati dal laboratorio</p> <p>Indicatore n° 12 Evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza nazionale delle sepsi da Klebsiella e E.coli</p> |
| s.c. Anatomia Patologica | <p>Mantenimento della citoassistenza per la radiodiagnostica-ecografia e per le tiroidi con minori risorse disponibili. report di monitoraggio validato dal direttore del dipartimento e dal direttore S.C. endocrinologia.</p> |
| S.C. Fisica Sanitaria | <p>Consulenze per la SC di Medicina Nucleare, relativamente alla radioprotezione dei Pazienti, degli operatori e della popolazione.</p> <p>Tra le attività più impegnative si distingue quella relativa alla dosimetria interna dei Pazienti trattati con alte dosi di radiofarmaci per cure oncologiche. Mantenimento dell'attività di dosimetria nell'anno 2017. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Attività presso ASL Città di Torino esclusa TO3</p> <p>Indicazione del dato dosimetrico sugli esami TC</p> <p>Servizi coinvolti: SC Fisica, SC Radiologia Tale comunicazione sarà comunque obbligatoria a partire da gennaio 2018 (ai sensi della Direttiva Europea 59/13). dato inserito nel CD del paziente (relazione dott.Stasi) Obiettivo raggiunto</p> |
| | <p>Distribuzione diretta Farmaci >15%. Obiettivo raggiunto.</p> |

**Criteria di valutazione anno 2017**

| Obiettivo | Raggiungimento e/o criteri per la valutazione |
|---------------------------------------|--|
| S.C. Farmacia | <p>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</p> |
| | <p>Indicatore: Per le due ATC in ambito ospedaliero :% di spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata. ATC=J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero) 40,62% . Obiettivo raggiunto. ATC=J02 (Antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero) 61,92%</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) % di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso \geq 95% inviate . Obiettivo raggiunto</p> |
| Dipartimento emergenza urgenza | |
| S.C. MECAU | <p>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</p> |
| | <p>Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS. DEA II \leq6ore Anno 2016: 9,8 Anno 2017: 10,77. Obiettivo non raggiunto.</p> |