A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Valutazione finale anno 2014 allegato ai verbali di marzo - aprile 2015

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
1	Riduzione dei DRG ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inappropriatezza	L'obiettivo è stato considerato raggiunto per % di inappropriatezza inferiori all'anno precedente.
2	Degenza pre-intervento per le fratture di femore inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno il 70% dei casi	Degenza preintervento inferiore ai 2 gg per il 63,4%% dei pz. e 96% entro 5 giorni L'obiettivo è stato considerato raggiunto in quanto l'atteso era pari a: Percentuale delle fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione > 60 % e il 90% entro 5 gg
3	Riduzione dei ricoveri ordinari per intervento di colecistectomia laparoscopica	% laparoscopiche in DS 75,58%. Obiettivo raggiunto
4	Contenimento del numero di parti cesarei	L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo; la proporzione di parti con taglio cesareo primario è calcolata con la seguente formula: Numeratore: cesareo primario: [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi 669.7, o codici di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99]. dove non esiste diagnosi = '654.2%' obiettivo raggiunto
5	Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati. N° ricoveri con degenza preoperatoria <1 gg (in elezione) escluso fuori regione con monitoraggio delle urgenze dal 1 giugno 2014.	Non valutabile in quanto il dato differiva in modo significativo da quello validato per l'anno scorso. Inoltre non è stata effettuato il monitoraggio delle urgenze come concordato in sede di discussione
6	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, cataratta, tunnel carpale.	Obiettivo raggiunto in quanto conforme allo standard dichiarato.
7	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, escludendo le giornate trascorse in Pronto Soccorso	l'obiettivo è stato ocnsiderato N.V. in quanto non sono state scorporate le giornate di permanenza in pronto soccorso. Non è stata evidenziata la data di dimissibilità. Condizioni sono state sottoscritte in sede di disucssione degli obiettivi.
8	Ridurre il n. di ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza (88, 73, 131,183, 184, 208, 241, 324, 332, 384,..)	L'obiettivo è stato considerato raggiunto per % di inappropriatezza inferiori all'anno precedente

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Valutazione finale anno 2014 allegato ai verbali di marzo - aprile 2015

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
9	Ridurre il numero di ricoveri con DRG 410	L'obiettivo viene considerato raggiunto al 100% per % superiori allo standard richiesto e al 50% per % superiori al 40% e aumentate rispetto all'anno precedente di almeno il 10%.
10	Ridurre il numero di DH diagnostici	L'obiettivo è stato considerato raggiunto per % di inappropriatezza inferiori allo standard
11	Ridurre l'utilizzo inappropriato dei farmaci, le resistenze ed il costo che ne deriva Ridurre, nell'ambito del percorso del paziente oncologico, l'esecuzione di esami ad alto costo inappropriati in fase di pre ricovero	Per l'indicatore due è stata verificata una complessiva riduzione sia delle TAC sia delle RMN, quindi è stato considerato raggiunto da tutto il dipartimento chirurgico complessivamente.
12	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.	Non realizzato audit 2014 (per criticità logistico organizzative legate anche ai trasferimenti di reparto/servizi Ostetricia), si prevede effettuazione per il 2015. In ogni caso apportata miglioria di ampliamento dell'orario del rooming in (prima i neonati in orario visita non erano in stanza mamma, ora i neonati sono in camera con la mamma anche durante gli orari di visita parenti e nel corso della notte, a discrezione materna). Non valutabile
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)	99% autorizzazione
15	Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee	11,17 % (calcolato su deceduti con meno di 75 anni) 3,5 % (calcolato su tutti i deceduti) L'obiettivo viene considerato raggiunto considerando anche le segnalazioni di potenziali donatori. Laddove non si siano verificati decessi l'obiettivo si considera raggiunto
16	Rispetto dei tempi di consegna della documentazione clinica agli uffici competenti per il rilascio della copia I requisiti relativi alla corretta redazione della cartella clinica medica e infermieristica, indagati attraverso la verifica semestrale del 5% delle cartelle prodotte, sono soddisfatti Utilizzo del programma informatico dedicato di refertazione per le visite anestesiologiche	L'obiettivo è stato considerato pienamente raggiunto per tempi di consegna inferiori o uguali a 15 gg. + 3 giorni raggiunto al 50% per percentuali in miglioramento rispetto all'anno precedente Per quanto riguarda la qualità delle cartelle cliniche l'obiettivo è stato considerato Non valutabile in quanto non sono state esaminate tutte le cartelle cliniche, la griglia utlizzata per la verifica contiene un numero ridotto di parametri rispetto a quella proposta dalla Regione Piemonte.
17	Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati	Considerato **non valutabile** in quanto non è chiaramente declinato l'indicatore ed in particolare a chi è ascrivibile la responsabilità delle varie fasi del processo ed in particolare quando il sangue sosta nell'emoteca prima della restituzione.
18	Gestire le eventuali non conformità e raccomandazioni rilevate alla verifica di audit	Il Laboratori Analisi ha dato evidenza del raggiungimento dell'obiettivo
21	Sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico e dell'applicazione dei "bundle"	Obiettivo raggiunto

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Valutazione finale anno 2014 allegato ai verbali di marzo - aprile 2015

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
22	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.	) Numeratore: numero test risultati positivi annoDenominatore: 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 battericaDenominatore: Numero di ceppi per specie batterica 4) Numeratore: Numero di pazienti sottoposti a screening per Klebsiella multiresistente annoDenominatore: Numero di pazienti ricoverati presso reparti a rischio anno. Obiettivo raggiunto.
23	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
25	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. Si propone di calcolarlo per dipartimento in virtù anche dei vari spostamenti di reparti effettuati durante l'anno nell'ambito del progetto dell'intensità delle cure. Viene considerato pienamente raggiunto per valori superiori ai 20L/1000 gg; raggiunto al 50% tra 10 e 20 litri, se in aumento rispetto all'anno precedente. Per i servizi l'obiettivo. È raggiunto per quantità superiori all'anno precedente almeno del 20%.
26	**OBIETTIVO 26** Le Aziende promuovono interventi efficaci di valutazione dell'uso di antibiotici attraverso un programma di Antibiotico-stewadship(Indicatore n° 14 – Manuale indicatori reg. Piemonte)	Obiettivo raggiunto
	1) collaborazione alla revisione e aggiornamento dei protocolli di antibiotico profilassi e antibiotico terapia per il paziente ematologico; 2) collaborazione alla revisione del protocollo aziendale: MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO NEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO INFETTIVOLOGICO (2007) e valutazione dell'applicazione tramite check list	rispetto dei parametri contenuti nel protocollo obiettivo raggiunto
	Aggiornamento ed estensione del percorso di cura Ictus dalla fase di pronto soccorso al follow up ambulatoriale (con esclusione della trombolisi arteriosa)	produzione formalizzazione elaborati con report riassuntivo finale. Eventi formativi
	Elaborazione criteri di appropriatezza condivisi per le prestazioni interne	Documento contenete i criteri di appropriatezza condiviso inerenti almeno due esami di laboratorio/prestazioni radiodiagnostiche
	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
	Mantenimento e miglioramento del Sistema Gestione Qualità (ISO 9001:2008), già presente	Mantenimento certificazione ISO 9001 (cfr. allegati n. 3-6)
	Percorso diagnostico terapeutico dello scompenso cardiaco	rispetto indicatori contenuti nel protocollo

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Valutazione finale anno 2014 allegato ai verbali di marzo - aprile 2015

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
	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.