

							
A.O. Ordine Mauriziano							
S.C. UROLOGIA							
	2013	Osservato 2014	Atteso 2014	Peso	Differenza	%	Peso assegnato
A PRODUZIONE			± 2	30			21
n. dirigenti medici compreso il	5	5					
Produzione	2.548.301	2.783.741					
Num. Ricoveri Ordinari	468	543			75	16,03%	OK
Peso Medio Ricoveri Ordinari	1,77	1,74					
Num. gg Ricoveri Ordinari	2.706	2.823			117	4,32%	
Num. Ricoveri DH	200	147	-30%		-53	-26,50%	50%
Peso Medio Ricoveri DH	0,91	0,82					
Num. gg Ricoveri DH	200	147					
Num. Prestaz Esterne	6.494	6.316			-178	-2,74%	no
Num. Prestaz Interne	1.259	1.283			24	1,91%	
GG. Deg.(Calcolo Consumi)	2.709	2.733			24	0,89%	
Procedure (Calcolo Consumi)	695	724			29	4,17%	
Prest. Est. (Calcolo Consumi)	2.028	1.955			-73	-3,60%	
Consumo Farmaci (gg deg.)	63.326	58.175	-0,30%				
Consumo Farmaci (Proc. Prest.)	20.910	17.682					
Consumo Dispositivi (Proc.)	166.454	147.772	-4%				
Consumo Dispositivi (gg deg.)	16.660	15.449					
Consumo Dispositivi (Prest.)	39.574	54.575					
Num. Prest. Interne Richieste	29.387	29.308					
Consumo Farmaci / gg deg.	23,38	21,29			-2,09	-8,94%	OK
Consumo Farmaci / Proc. Prest.	7,68	6,6			-1,08	-14,06%	
Consumo Dispositivi / Proc.	239,5	204,11			-35,39	-14,78%	n.v.
Consumo Dispositivi / gg deg.	6,15	5,65			-0,5	-8,13%	
Consumo Dispositivi / Prest.	19,51	27,92			8,41	43,11%	
DISPOSITIVI	222.688,00	217.796,00	-4892	-0,021968			
FARMACI	84.236,00	75.857,00	-8379	-0,099471			

S.C. UROLOGIA	Obiettivi							
	osservato 2012	osservato 2013	atteso 2014	Indicatori 2014	peso	differenza	%	peso assegnato
B1 APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE					30,00			27
1. Ridurre l'utilizzo inappropriato dei farmaci, le resistenze ed il costo che ne deriva 2. Ridurre, nell'ambito del percorso del paziente oncologico, l'esecuzione di esami ad alto costo inappropriati in fase di pre ricovero	1. indicatore non monitorato 2. numero richieste TAC =224	tac richieste 19	1) vedere relazione farmacia 2) -36,84%	1) Produzione di report relativo all'analisi dell'appropriatezza delle richieste di antibiotici e antifungini e alla presenza di consulenza infettivologica, sulla base dell'analisi svolta dalla farmacista 1b) % superiore al 90% 2) Numero uguale all'anno precedente				OK
OBIETTIVO 1 Riduzione dei DRG ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inappropriatazza	Permangono inappropriati: 339 e 340 (int. Testicolo,..).	anno 2012 12/351 = 0,034 anno 2013 14/445 = 0031	2,28%	Numeratore: DRG ricoveri ordinari chirurgici > 1 gg a rischio di inappropriatazza prodotti nell'anno 2012 Denominatore: totale dei ricoveri chirurgici nell'anno 2012 più prestazioni a pacchetto per ciascun DRG Percentuale dei ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inappropriatazza inferiore a media regionale				OK
OBIETTIVO 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	Nessuna struttura ha raggiunto lo standard regionale del 100%, nemmeno escludendo dal calcolo i pz da fuori regione o stranieri. Raggiungono percentuali superiori al 90%, con entrambe le modalità di calcolo: urologia.	97,80	43,20%					N.V.

S.C. UROLOGIA	Obiettivi							
	osservato 2012	osservato 2013	atteso 2014	Indicatori 2014	peso	differenza	%	peso assegnato
OBIETTIVO 8 Ridurre il numero di ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatelyzza	Risultano superiori al 2011 le percentuali di ricoveri medici a rischio di inappropriatelyzza delle seguenti strutture: cardiologia (DRG 88, 131, 139, 142, 332), chirurgia (DRG 183, 189, 206, 208, 411, 467), ematologia (DRG 399, 404), ostetricia (DRG 384, 467), SPDC (DRG 301, 426, 427, 429) 2/15 = 13,3	8,70%	2/20= 10%	N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatelyzza inferiore al 2013				50%
OBIETTIVO 10 Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	0,00%	0,00	0,00%	% DH diagnostici (DH<=1 accesso, senza procedure/interventi, con procedure ambulatoriali) atteso <5%				OK

S.C. UROLOGIA	Obiettivi							
	osservato 2012	osservato 2013	atteso 2014	Indicatori 2014	peso	differenza	%	peso assegnato
B2 QUALITA' E RISCHIO					30,00			24
<p>OBIETTIVO 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. 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>	non valutabile, deceduti 2012 = 0	o deceduti	1 decesso 0 prelievi	% segnalazione di donatori e di donatori di cornee sul totale dei pazienti deceduti atteso >4%				N.V.
<p>OBIETTIVO 16 1. Rispetto dei tempi di consegna della documentazione clinica agli uffici competenti per il rilascio della copia della cartella clinica medica e infermieristica, indagati attraverso la verifica semestrale del 5% delle cartelle prodotte, sono soddisfatti</p>	<p>1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti 35 giorni dalla dimissione. OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati: Chirurgico 88%,</p>	<p>1) 48 GG</p> <p>2) 84,4%</p>	<p>1) 29 GG</p> <p>2) 78,3%</p>	<p>1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti inferiori a quindici giorni dalla dimissione.</p> <p>2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati</p>				<p>1) 50%</p> <p>2) n.v.</p>

S.C. UROLOGIA	Obiettivi							
	osservato 2012	osservato 2013	atteso 2014	Indicatori 2014	peso	differenza	%	peso assegnato
OBIETTIVO 25 Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani Consumo gel idroalcolico (Indicatore n° 10 – Manuale indicatori reg. Piemonte)	5,5 litri ogni mille giorni di assistenza (obiettivo non raggiunto)	12,4 l	12,33 L	Numeratore :Numero di litri di gel idroalcolico Denominatore: giorni di assistenza 20 litri ogni mille giorni di assistenza				50%
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)	1) esecuzione di audit nei dipartimenti DEA, Chirurgico e Oncologico	OK	vedere relazione farmacia	1) esecuzione di audit nei dipartimenti (almeno uno per dipartimento) 2) Aggiornamento dei protocolli di antibiotico profilassi in collaborazione con il gruppo operativo CIO, alla luce delle Linee Guida Nazionali (http://www.snlg.iss.it/lgn_antibioticoprofilassi_perioperatoria_adulto_2008)	All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive. Esame delle cartelle cliniche ed audit con clinici affinché la struttura possa identificare le proprie priorità di intervento			OK
B3 APPROPRIATEZZA CONSUMI					10			10
OBIETTIVO 17 Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati	0,72	68,14	75,50%	% di n° sacche non restituite alla banca del sangue entro le 72 attesp 5%				N.V.
TOTALE PESO ASSEGNATO								82,00