



Valutazione finale anno 2015 allegato ai verbali di febbraio - marzo - aprile 2016

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
	Area produzione Ricoveri Ordinari Ricoveri DH Prestaz Esterne File F distribuito	considerato raggiunto per un aumento delle singole voci o in alternativa in caso di aumento del dato complessivo Mantenuta una franchigia come per l'anno precedente pari al 2%
	Area Costi Consumo Farmaci Consumo Dispositivi Beni Sanitari e non	considerato raggiunto per una diminuzione delle singole voci o in alternativa in caso di diminuzione del dato complessivo Mantenuta una franchigia come per l'anno precedente pari al 2%
1	Riduzione dei DRG ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inapproprietezza	L'obiettivo è stato considerato raggiunto per % di inapproprietezza 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	Obiettivo raggiunto 160/213=75,12%
3	Riduzione dei ricoveri ordinari per intervento di colecistectomia laparoscopica	134/177=75,71% 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%'	209/1118=18,69% 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	L'obiettivo è stato considerato raggiunto se superiore al 95% Raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto all'anno precedente
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	L'obiettivo è stato considerato raggiunto se in linea con i valori medi regionali raggiunto al 50% se in miglioramento rispetto all'anno 2015
8	Ridurre il n. di ricoveri medici con DRG a rischio di inapproprietezza (88, 73, 131,183, 184, 208, 241, 324, 332, 384,..)	L'obiettivo è stato considerato raggiunto per % di inapproprietezza inferiori all'anno precedente
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 inapproprietezza inferiori allo standard
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.	obiettivo raggiunto
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)	95% 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	Obiettivo raggiunto dall'Azienda



Valutazione finale anno 2015 allegato ai verbali di febbraio - marzo - aprile 2016

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
17	Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati	Obiettivo non raggiunto. L'obiettivo sarà riassegnato nell'anno 2016 con particolare responsabilità dei Direttori di Dipartimento.
18	Gestire le eventuali non conformità e raccomandazioni rilevate alla verifica di audit	Il Laboratorio Analisi ha dato evidenza del raggiungimento dell'obiettivo
21	Sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico e dell'applicazione dei "bundle"	Obiettivo raggiunto
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 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.
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. Obiettivo non raggiunto dall'azienda ed il consumo è in calo rispetto all'anno precedente Verrà ridato per l'anno 2016 ponendo l'accento sull'obbligatorietà dell'osservanza dell'igiene delle mani.
26	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 RADIOLOGICA 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)



Valutazione finale anno 2015 allegato ai verbali di febbraio - marzo - aprile 2016

N°	Obiettivo	Raggiungimento e/o criteri per la valutazione
	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
	S.C. Endocrinologia Aumento attività termoablazione 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)