

| S.C. Pneumologia | Obiettivi | | | | | | | |
|---|---|---|--|-------|--|------------|------|----------------|
| | osservato 2012 | atteso 2013 | Indicatori 2013* | peso | osservato 2013 | differenza | % | peso assegnato |
| Mantenimento produzione 2012 | 2.055.062 | ± 2% | ± 41.101 | 15,00 | 2.118.125 | 63.063 | 3,07 | 15,00 |
| numero ricoveri | 451 | | | | 479 | 28 | 5,85 | |
| peso ricoveri | 1,52 | | | | 1,42 | | | |
| numero prestazioni esterni | 15.559 | | | | 16.338 | 779 | 4,77 | |
| OBIETTIVO 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 | Le DM sono superiori all'atteso regionale; obiettivo non raggiunto DRG 87 11,9 GG | Degenza media in giorni <=media regionale di riferimento per DRG | Indice di performance degenza media = Numeratore: giornate di degenza osservate meno giornate di degenza attesa (le giornate di degenza attese sono ottenute sommando i prodotti tra la degenza media regionale ciascun DRG e il numero di dimessi per lo stesso DRG) Denominatore: numero dimissioni | 12,00 | DRG 87 Atteso 7 gg 10,5 gg (50%) | | | 6,00 |
| OBIETTIVO 16 1. Rispetto dei tempi di consegna della documentazione clinica agli uffici competenti per il rilascio della copia 2. I requisiti relativi alla corretta redazione della cartella clinica medica e infermieristica, indagati attraverso la verifica semestrale del 5% delle cartelle prodotte, sono soddisfatti | 1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti inferiori a quindici giorni dalla dimissione: 33 giorni, obiettivo non raggiunto 2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati Medico 90%, obiettivo raggiunto | 1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti inferiori a quindici giorni dalla dimissione. 2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati | 1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti | 12,00 | 31 GG. Qualità 90,5% | | | 6,00 |

| S.C. Pneumologia | Obiettivi | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|----------------------|------------------|---------------|----------------|
| | osservato 2012 | atteso 2013 | Indicatori 2013* | peso | osservato 2013 | differenza | % | peso assegnato |
| OBIETTIVO 25 Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani Consumo gel idroalcolico (Indicatore n° 10 – Manuale indicatori reg. Piemonte) | 6,4 litri ogni mille giorni di assistenza, obiettivo non raggiunto | 20 litri ogni mille giorni di assistenza | Numeratore :Numero di litri di gel idroalcolico Denominatore: giorni di assistenza | 12,00 | 10,4 L (50%) | | | 6,00 |
| 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) | esecuzione di audit nei dipartimenti DEA, Chirurgico e Oncologico | Esecuzione di audit (almeno uno per dipartimento) | 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 l'ospedale possa identificare le proprie priorità di intervento | 5,00 | Non coinvolto | | | 5,00 |
| Riduzione prestazioni per interni numero | 31.690,00 | ≥ 2 % | ≥ 7.628 | 10,00 | 26.430,00 | -5.260,00 | -16,60 | 10,00 |
| OBIETTIVO 17 Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati | 82,00% | % superiore al riferimento per dipartimento Medico 85% | n sacche trasfuse / numero di sacche richieste Inoltre sarà monitorato il costo sacche restituite, non utilizzate e fatturate | 10,00 | 86,62 OK | | | 10,00 |
| Percorso diagnostico terapeutico dello scompenso cardiaco | strutture coinvolte Dipartimento medico, cardiologia, DEA | Percorso condiviso contenente gli indicatori da monitorare nell'anno 2014 | elaborazione del percorso condiviso e sottoscritto dai responsabili delle strutture coinvolte | 4,00 | OK | | | 4,00 |
| OBIETTIVO 8 Ridurre il numero di ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatelyzza | obiettivo raggiunto | N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatelyzza inferiore al 2012 | N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatelyzza | 5,00 | 0 ricoveri a rischio | | | 5,00 |

| S.C. Pneumologia | Obiettivi | | | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------|--|------------|---|--------------------|
| | osservato 2012 | atteso 2013 | Indicatori 2013* | peso | osservato 2013 | differenza | % | peso assegnato |
| <p>OBIETTIVO 13 Gruppi Interdisciplinare</p> <p>Cure hanno l'obiettivo di</p> <ul style="list-style-type: none"> -prendere in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, comprese la prescrizione e la prenotazione di esami, e la programmazione delle visite <p>I coordinatori dei G.I.C. promuovono l'elaborazione congiunta di percorsi di cura appropriati, fondati su un approccio clinico interdisciplinare e sulla base di Linee Guida scientificamente validate e aggiornate, in modo conforme alle indicazioni fornite dal Polo Oncologico di Torino, in una logica di rete.</p> <p>Il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) deve essere sistematicamente informato relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -patologie oncologiche accertate rilevate dalle Strutture Organizzative di Anatomia Patologica; -patologie oncologiche sospette rilevate delle Strutture Organizzative di Pronto Soccorso, di Radiologia o altre strutture diagnostiche; -avvenuta presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture Organizzative che li trattano direttamente. | <p>Presenza di Percorsi formalizzati per ogni GIC attivato e deliberato</p> <p>Invio al CAS dei pazienti che hanno necessità di effettuare una stadiazione</p> | <p>valore dei rapporti che si discostino di almeno il 20% in più rispetto al valore 2012</p> | <p>Invio al CAS dei pazienti che hanno necessità di effettuare una stadiazione:</p> <p>a) ricoverati chirurgici: n° pazienti con diagnosi oncologica alla dimissione con SSO (presi in carico dalla rete) / n° pazienti con diagnosi oncologica alla dimissione.</p> <p>b) Selezionare i pazienti con patologia oncologica come diagnosi principale, escludere i ricoveri ripetuti ed i deceduti.</p> <p>c) chemioterapie n° pazienti in trattamento con SSO /n° pazienti in trattamento</p> <p>d) numero pazienti con SSO e visita CAS/numero pazienti con SSO</p> | <p>5,00</p> | <p>a) Ricoveri OK (30%)</p> <p>b) Visite NO 13% (2012 21%)</p> <p>C) Chemio Non coinvolti.</p> | | | <p>3,00</p> |

| S.C. Pneumologia | Obiettivi | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------|--------------------------|------------|-------|----------------|
| | osservato 2012 | atteso 2013 | Indicatori 2013* | peso | osservato 2013 | differenza | % | peso assegnato |
| 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 | 6% (calcolato su deceduti con meno di 75 anni) 3,5 % (calcolato su tutti i deceduti). Obiettivo raggiunto | > 4% | % segnalazione di donatori e di donatori di cornee sul totale dei pazienti deceduti | 5,00 | 10 decessi 0 prelievi | | | 5,00 |
| Riduzione consumo farmaci (escluso file f) | 66.312 | ≥ 2% | -1.326 | 1,50 | 91.810,00 | 25.498,00 | 38,45 | 0,00 |
| Riduzione consumo dispositivi | 41.795 | ≥ 2% | -836 | 1,50 | 44.252,00 | 2.457,00 | 5,55 | 0,00 |
| OBIETTIVO 19 Organizzare un corso base sul rischio clinico e favorirne la partecipazione da parte degli operatori | Il corso è stato effettuato in due edizioni per un numero complessivo di 143 operatori; obiettivo non raggiunto | Partecipazione al corso di almeno un medico e un infermiere/tecnico/... per SC | | 2,00 | no | | | 0,00 |



S.C. Pneumologia

| | Anno | n° Casi | gg degenza | Degenza media | Degenza media regionale | Peso medio | Ricavo Euro | Forecast |
|---|-------------|---------------|------------|---------------|-------------------------|------------|------------------|----------|
| Ricoveri Ordinari | 2013 | 479 | 5.299 | 11,06 | | 1,42 | 1.689.556 | |
| | 2012 | 451 | 5.207 | 11,55 | 11,00 | 1,52 | 1.619.541 | |
| Day Hospital medici | 2013 | | | | | | | |
| | 2012 | | | | | | | |
| DaySurgery | 2013 | | | | | | | |
| | 2012 | | | | | | | |
| Prestazioni ambulatoriali per esterni | 2013 | 16.338 | | | | 5,14 | 420.243 | |
| | 2012 | 15.559 | | | | 5,53 | 429.368 | |
| Prestazioni per il Pronto soccorso | 2013 | 236 | | | | 7,06 | 8.325 | |
| | 2012 | 181 | | | | 6,80 | 6.154 | |
| Prestazioni interne | 2013 | 2.756 | | | | 8,36 | 115.264 | |
| | 2012 | 3.294 | | | | 7,83 | 119.736 | |
| Prestazioni "a pacchetto" | 2013 | | | | | | | |
| Obiettivo | 2012 | | | | | | | |
| TOTALE escluso prestazioni per esterni | 2013 | 17.053 | | | | | 2.118.125 | |
| TOTALE escluso prestazioni per esterni | 2012 | 16.191 | | | | | 2.055.062 | |

| Prestazioni interne richieste | 2012 | | 2013 | |
|-------------------------------|---------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | n. | valore | n. | valore |
| laboratorio | 24.620 | 120.747,00 | 20.865,00 | 95.281,00 |
| radiologia | 1.727 | 105.457,00 | 1.573,00 | 78.762,00 |
| altre | 5.343 | 155.199,00 | 3.992,00 | 125520 |
| TOTALE | 31.690 | 381.403,00 | 26.430,00 | 299.563,00 |

| Prestazioni Esterne Richieste | | |
|-------------------------------|--------|----------|
| | valore | forecast |
| 2.013 | | |
| 2.012 | | |

| Indicatori | Ind. Rec | 2013 | 2012 |
|-----------------------------------|----------|------|-------|
| % inappropriatezza RO | | 0,00 | 0,22% |
| % occupazione SO | | | |
| mortalità a 24 ore | | | |
| mortalità a 3 gg intraospedaliera | | | |
| n. interventi | | | |
| n. interventi/medico | | | |
| n. ore di sala/medico | | | |