



**Azienda Ospedaliera**  
Ordine Mauriziano di Torino

**PRESIDIO OSPEDALIERO**  
**“UMBERTO I di TORINO”**

**TABELLA SINOTTICA**  
**DEGLI OBIETTIVI**

**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI**

**2012 - 2014**

**INDICE**  
**QUADRO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI**

**Assistenza Ospedaliera**

Sviluppo appropriatezza (obiettivi dal n. 1 al n. 12) Pag. 4-  
15

**Appropriatezza prescrittiva** (obiettivi dal n. 12 al n. 14) Pag. 16-17

**Assistenza collettiva**

Donazione organi (obiettivo n.15) Pag. 18

**Sviluppo della Qualità** (obiettivi dal n. 16 al n. 19) Pag. 19-22

**Tutela della salute di operatori e pazienti** (obiettivi dal n. 20 al n. 27) Pag. 23-30

# QUADRO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI

---

Tutti i documenti, le normative e le Linee Guida cui fa riferimento la "TABELLA SINOTTICA DEGLI OBIETTIVI - 2011 - 2013" sono a disposizione presso la Direzione Sanitaria

**OBIETTIVO 1**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei DRG Ricoveri Ordinari Chirurgici a rischio di inappropriata a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Riduzione dei DRG ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inappropriata</b>
INDICATORE	Numeratore: DRG <b>ricoveri ordinari chirurgici</b> > 1 gg a rischio di inappropriata prodotti nell'anno 2012 Denominatore: totale dei <b>ricoveri ordinari chirurgici</b> nell'anno 2012
OSSERVATO 2011	Permangono inappropriati: DRG 377 (post-partum e post-aborto..), 162 e 160 (ernia inguinale senza cc e con cc) 158 (int. su ano e stoma), 008 (int. nn. Periferici e cranici), 339 (int. Testicolo,..), 228 (int. Pollice e articolaz), 229 (int. Mano e polso), 232 (artroscopia), 268 (ch. Plastica della pelle),...
ATTESO 2012	Percentuale dei ricoveri <b>ordinari chirurgici</b> a rischio di inappropriata inferiore a media regionale
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Chirurgico, Materno Infantile
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	

**OBIETTIVO 2**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ridurre il tempo di degenza pre-intervento delle fratture di femore
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Degenza pre-intervento per le fratture di femore inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno il 70% dei casi</b>
INDICATORE	Numeratore: numero interventi per riduzione della frattura dell'anca (codice diagnosi principale 820.xx, e codice intervento uno dei seguenti 79.15, 79.35, 81.51, 81.52) con degenza pre-intervento $\leq$ a due giorni anno 2010 Denominatore: numero interventi per riduzione della frattura dell'anca (codice diagnosi principale 820.xx, e codice intervento 79.15, 79.35, 81.51, 81.52) anno 2010
OSSERVATO 2011	62,60%
ATTESO REGIONALE	$\geq 80$ %
ATTESO 2012	Percentuale delle fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione $\geq 80$ %
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	DIRETTORE
DIPARTIMENTO	Chirurgico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Ortopedia

**OBIETTIVO 3**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010
OBIETTIVO GENERALE	Ridurre il numero di interventi di colecistectomia laparoscopica in regime di ricovero ordinario
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Riduzione dei ricoveri ordinari per intervento di colecistectomia laparoscopica</b>
INDICATORE	Numeratore: numero colecistectomie laparoscopiche in day surgery anno 2012 Denominatore: totale colecistectomie laparoscopiche anno 2012
OSSERVATO 2010	48 %
OSSERVATO 2011	51,40%
ATTESO REGIONALE	≥ 70 %
ATTESO 2012	≥ 70 %
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Chirurgico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Chirurgia Generale e Oncologica

**OBIETTIVO 4**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Circolare 07.07.2009 Precisazioni alla DGR n. 10-11303 del 27.04.2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Contenimento del numero di parti cesarei</b>
INDICATORE	1. Numeratore: <b>parti cesarei in classe Robson I</b> ( primipare, parto a termine, bambino in posizione vertice, parto non gemellare, travaglio spontaneo). Denominatore: <b>totale parti in classe Robson I</b> 2. Numeratore: <b>n. parti cesarei.</b> Denominatore: <b>n. totale parti</b>
OSSERVATO 2010	1. 14,4 %
OSSERVATO 2011	1. 13,48 % 2. 55,8%
ATTESO REGIONALE	<b>1. ≤ 15 %</b>
ATTESO 2011	1. ≤ 15%
ATTESO 2012	1. ≤ 15% 2. ≤ 43%
ATTESO 2013	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Materno-infantile
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Ostetricia e Ginecologia

**OBIETTIVO 5**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati</b>
INDICATORE	Numeratore: N° ricoveri con degenza preoperatoria <1gg (in elezione) Denominatore: totale ricoveri chirurgici in elezione
OSSERVATO 2011	<b>92,00%</b>
ATTESO 2012	<b>100,00%</b>
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	DIRETTORE
DIPARTIMENTO	Cardiovascolare, Chirurgico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	



**OBIETTIVO 6**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale n° 84-10526 del 29 dicembre 2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>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.</b>
INDICATORE 1	% interventi di cataratta eseguiti in regime ambulatoriale sul totale degli interventi di cataratta (day surgery + ambulatoriale)
INDICATORE 2	% interventi di tunnel carpale eseguiti in regime ambulatoriale sul totale degli interventi di tunnel carpale (day surgery + ambulatoriale)
INDICATORE 3	% interventi di interventi sui vasi venosi extrasafenici arti inferiori vene eseguiti in regime ambulatoriale sul totale degli interventi di interventi sui vasi venosi extrasafenici arti inferiori (day surgery + ambulatoriale)
OSSERVATO 2011	Indicatore 1 = 47 % Indicatore 2 = 79% Indicatore 3= 3%
ATTESO REGIONALE	Indicatore 1 ≥ 60 % Indicatore 2 ≥ 90 % Indicatore 3 ≥ 6 %
ATTESO 2012	Indicatore 1 ≥ 60 % Indicatore 2 ≥ 90 % Indicatore 3 ≥ 6 %
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Chirurgico, cardiovascolare
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Ortopedia, Oculistica, Chirurgia plastica, Chirurgia Vascolare

**OBIETTIVO 7**

ARGOMENTO	<b>Assistenza Ospedaliera - Sviluppo appropriatezza - Efficienza di ricovero ospedaliero</b>																																																																		
PROBLEMA	Degenze medie di ricovero ordinario superiori a quelle attese per ciascun DRG																																																																		
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2006, n. 28-2718 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Nota prot. n. 27431/DB2005 del 18/10/2011 Direzione Sanità Regione Piemonte "gestione dei contatti di cura con i servizi sanitari per ridurre l'attività di ricovero a rischio di inappropriatelyzza"																																																																		
OBIETTIVO GENERALE	Riduzione delle giornate di degenza per i ricoveri ordinari per ciascun DRG																																																																		
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Riduzione delle giornate di degenza che supera i valori medi indicati dalla Regione Piemonte (allegato n°3) per i DRG 127, 89, 202</b>																																																																		
INDICATORE	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																																																																		
OSSERVATO 2011	Costituzione gruppo di lavoro su ricoveri inappropriati  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Drg</th> <th>Descrizione</th> <th>Tipo</th> <th>Num</th> <th>Deg.m regionale</th> <th>Deg media</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>127</td> <td>INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK</td> <td>M</td> <td>295</td> <td>14,6</td> <td>10,7</td> </tr> <tr> <td>87</td> <td>EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA</td> <td>M</td> <td>201</td> <td>14,4</td> <td>11,1</td> </tr> <tr> <td>296</td> <td>DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABM</td> <td></td> <td>144</td> <td>13</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>89</td> <td>POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' &gt; 17 CON CC</td> <td>M</td> <td>137</td> <td>17,1</td> <td>13,3</td> </tr> <tr> <td>202</td> <td>CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA</td> <td>M</td> <td>115</td> <td>15,4</td> <td>10,8</td> </tr> <tr> <td>207</td> <td>MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC</td> <td>M</td> <td>99</td> <td>8,2</td> <td>10,8</td> </tr> <tr> <td>316</td> <td>INSUFFICIENZA RENALE</td> <td>M</td> <td>94</td> <td>13,1</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>576</td> <td>Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età &gt; 17 anni</td> <td>M</td> <td>92</td> <td>23,4</td> <td>14,7</td> </tr> <tr> <td>82</td> <td>NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO</td> <td>M</td> <td>91</td> <td>17,6</td> <td>13,6</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO</td> <td>M</td> <td>86</td> <td>21,7</td> <td>12,5</td> </tr> </tbody> </table>	Drg	Descrizione	Tipo	Num	Deg.m regionale	Deg media	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	M	295	14,6	10,7	87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	M	201	14,4	11,1	296	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABM		144	13	10	89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	M	137	17,1	13,3	202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	M	115	15,4	10,8	207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	M	99	8,2	10,8	316	INSUFFICIENZA RENALE	M	94	13,1	12	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni	M	92	23,4	14,7	82	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	M	91	17,6	13,6	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	M	86	21,7	12,5
Drg	Descrizione	Tipo	Num	Deg.m regionale	Deg media																																																														
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	M	295	14,6	10,7																																																														
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	M	201	14,4	11,1																																																														
296	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABM		144	13	10																																																														
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	M	137	17,1	13,3																																																														
202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	M	115	15,4	10,8																																																														
207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	M	99	8,2	10,8																																																														
316	INSUFFICIENZA RENALE	M	94	13,1	12																																																														
576	Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni	M	92	23,4	14,7																																																														
82	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	M	91	17,6	13,6																																																														
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	M	86	21,7	12,5																																																														
ATTESO 2012	Degenza media in giorni <=media regionale di riferimento per DRG calcolata sui dimessi al domicilio. Elaborazione percorsi alternativi al ricovero e/o omogenei tra le varie SS.CC. sui DRG identificati.																																																																		
ATTESO 2013	Degenza media in giorni <=media regionale di riferimento per DRG																																																																		
ATTESO 2014	Degenza media in giorni <=media regionale di riferimento per DRG																																																																		
AFFIDAMENTO	Direttore																																																																		
DIPARTIMENTO	Dipartimento Medico																																																																		
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA																																																																			

**OBIETTIVO 8**

ARGOMENTO	<b>Assistenza Ospedaliera - Sviluppo appropriatezza - Efficienza di ricovero ospedaliero</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011 Nota prot. n. 27431/DB2005 del 18/10/2011 Direzione Sanità Regione Piemonte <i>"gestione dei contatti di cura con i servizi sanitari per ridurre l'attività di ricovero a rischio di inappropriatezza"</i>
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei DRG Ricoveri Medici a rischio di inappropriatezza a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Ridurre il numero di ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza (88, 73, 131,183, 184, 208, 241, 324, 332, 384,..)</b>
INDICATORE	N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza
ATTESO 2012	N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza inferiore al 2011
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Medico, Chirurgico, Materno-infantile
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	

**OBIETTIVO 9**

ARGOMENTO	<b>Assistenza Ospedaliera - Sviluppo appropriatezza - Efficienza di ricovero ospedaliero</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Trasformare i ricoveri finalizzati alla chemioterapia in regime ambulatoriale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Ridurre il numero di ricoveri con DRG 410</b>
INDICATORE	Numeratore: n° prestazioni ambulatoriali con codice 99.25 Denominatore: n° n° prestazioni ambulatoriali con codice 99.25+ RO con DRG 410 + DH con DRG 410
OSSERVATO 2011	> 40% (pari allo standard per il 2011)
ATTESO 2012	>= 60%
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Materno-infantile, Oncologico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Ematologia, Oncologia, Ginecologia

**OBIETTIVO 10**

ARGOMENTO	<b>Assistenza Ospedaliera - Sviluppo appropriatezza - Efficienza di ricovero ospedaliero</b>
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Ridurre il numero di DH diagnostici</b>
INDICATORE	% DH diagnostici (DH<=1 accesso, senza procedure/interventi, con procedure ambulatoriali)
OSSERVATO 2011	5,10%
ATTESO 2012	< 5%
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Medico, Chirurgico, Cardiovascolare, Oncologico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	

**OBIETTIVO 11**

ARGOMENTO	<b>Assistenza ospedaliera – Percorsi Diagnostico Terapeutici-monitoraggio</b>
PROBLEMA	<b>Razionalizzazione percorso nascita</b>
RIFERIMENTO	Obiettivo 16 PSSR 2007-10 (par. 4.5.3.3) - Allegato A DGR 34-8769 del 12-05-2008 Circolare 07.07.2009 Precisazioni alla DGR n. 10-11303 del 27.04.2009 DGR 38-11960 del 04-08-2009 Accordo Conferenza Stato Regioni del 16-12-2010 – Rep.Atti n.137 relativi al percorso nascita
OBIETTIVO GENERALE	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 SPECIFICO	<b>Il Percorso Nascita aziendale costituirà il necessario sviluppo del percorso assistenziale definito a livello regionale e individuerà interventi efficaci, appropriati, sostenibili, "tracciabili" nei flussi; in quali servizi/strutture possano essere eseguiti; con quali professionalità; con quali indicatori di processo e di risultato, corredati dai valori di partenza e quali cui arrivare; la modalità di offerta attiva del "percorso" (informazione, coinvolgimento); con quali collegamenti con altre iniziative già attive in Regione e/o nell'Azienda; secondo quali modelli procedere per l'integrazione ospedale – territorio. Promuovere una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della <b>pratica clinica</b></b>
INDICATORE	Progettazione AUDIT del percorso nascita aziendale edizione 2011, per ognuna delle fasi del percorso, valutando in particolare gli indicatori che presentano lo scostamento più critico e proponendo gli interventi per migliorare il risultato.
ATTESO 2012	Evidenza documentale di progetto di AUDIT
ATTESO 2013	Realizzazione dell'AUDIT
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Materno infantile, DPS, Servizio Sociale
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	SCDU Ostetricia e Ginecologia, SC Pediatria e Neonatologia

<b>OBIETTIVO 12</b>	
ARGOMENTO	Assistenza ospedaliera – Percorsi Diagnostico Terapeutici- monitoraggio
PROBLEMA	Gestione CAS e GIC
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale n.25-15234 del 30 marzo 2005 D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 Deliberazione Commissariale n. 411 dell'8 giugno 2004 Deliberazione Aziendale n.451 del 05/07/2010
OBIETTIVO GENERALE	I GIC collaborano e lavorano in modo integrato con il Centro Accoglienza Servizi, programmano le proprie attività, organizzano ed effettuano periodiche valutazioni dell'attività dello stesso GIC, sulla base dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali formalizzati a livello aziendale.
OBIETTIVO SPECIFICO	I Gruppi Interdisciplinare Cure hanno l'obiettivo di -prendere in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, comprese la prescrizione e la prenotazione di esami, e la programmazione delle visite -comunicare al Centro di Accoglienza e Servizi la presa in carico di un paziente il cui ingresso non è stato registrato direttamente dal Centro di Accoglienza e Servizi -discutere collegialmente i casi trattati, definire e applicare un iter terapeutico univoco nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi -curare il paziente nel rispetto dei protocolli procedurali in vigore -inserire il paziente in protocolli sperimentali regolarmente approvati -assicurare la comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, nel rispetto del codice deontologico. 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. Il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) deve essere sistematicamente informato relativamente a: -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.
INDICATORE 1	Presenza di Percorsi formalizzati per ogni GIC attivato e deliberato
INDICATORE 2	Invio al CAS dei pazienti che hanno necessità di effettuare una stadiazione: a) ricoverati chirurgici: n° pazienti con diagnosi oncologica alla dimissione con SSO (presi in carico dalla rete) / n° pazienti con diagnosi oncologica alla dimissione b) ambulatoriali: n° pazienti con visita + citologico positivo con SSO /n° pazienti n° pazienti con visita+ citologico positivo c) chemioterapie n° pazienti in trattamento con SSO /n° pazienti in trattamento d) numero pazienti con SSO e visita CAS/numero pazienti con SSO
ATTESO 2012	1)Percorsi formalizzati per ogni GIC attivato e deliberato (evidenza documentale) 2)valore dei rapporto che si discostino di almeno il 20% in più rispetto al valore 2011
ATTESO 2013	1)Implementazione dei percorsi e rispetto degli stessi nella gestione CAS e GIC 2)valore dei rapporti che si discostino di almeno il 20% in più rispetto al valore 2012
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Chirurgico, Oncologico, Medico, Emergenza Accettazione
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Tutte SSCC coordinatori di GIC ( <b>GIC testa collo, GIC tiroide, GIC ginecologia oncologica, GIC polmone, GIC colon retto, GIC mammella, GIC ematologia</b> ) SC Radiodiagnostica, SC Medicina e Chirurgia d'Urgenza

<b>OBIETTIVO 13</b>	
ARGOMENTO	<b>Appropriatezza prescrittiva</b>
PROBLEMA	Razionalizzazione della spesa per assistenza farmaceutica
RIFERIMENTO	D.D. n. 235 del 31/03/2011 - Circolare applicativa"
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, INTEGRATIVA E PROTESICA PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) - Appropriatezza  Monitoraggio delle prescrizioni di farmaci in dimissioni da ricovero ospedaliero, visita ambulatoriale e passaggio di Pronto Soccorso, secondo le indicazioni Regionali.
OBIETTIVO SPECIFICO	Utilizzare il modulo informatico di prescrizione (attualmente utilizzato per la distribuzione alla dimissione) invece di scrivere la terapia nell'ambito della redazione a testo libero del referto ambulatoriale/lettera di dimissione/ dimissione da pronto soccorso, in modo che siano presenti ed esportabili tutti i dati richiesti dalla regione per il monitoraggio.
INDICATORE	% utilizzo procedura informatica % prescrizioni che rispondono alla normativa regionale: il medico specialista dovrà essere identificabile con nome, cognome, recapito telefonico e firma; per l'identificazione certa del paziente dovranno essere indicati il nome, il cognome e il codice fiscale; i medicinali dovranno essere indicati con il nome del principio attivo, anziché con il nome commerciale della specialità; dovranno essere indicati il dosaggio e la forma farmaceutica, la via di somministrazione, la posologia, la durata del trattamento, la classe di rimborsabilità SSN, l'eventuale nota AIFA e/o il Piano Terapeutico allegato; la scelta del principio attivo dovrà essere coerente con quanto previsto dal Prontuario Aziendale, a sua volta coerente con il Prontuario Regionale. Eventuali ed eccezionali richieste al di fuori dal prontuario dovranno essere motivate dal punto di vista clinico.
OSSERVATO 2011	
ATTESO 2012	% utilizzo procedura informatica e prescrizioni corrette > 95%
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Tutti i Dipartimenti clinici
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	



<b>OBIETTIVO 14</b>	
ARGOMENTO	<b>Appropriatezza prescrittiva</b>
PROBLEMA	Regolamentazione dell'attività prescrittiva
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008. Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, INTEGRATIVA E PROTESICA -PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) – Appropriatezza.“...Il governo della domanda di servizi e prestazioni riguarda, (tra gli altri) ... i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza”
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>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)</b>
INDICATORE	% di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso inviate
ATTESO 2012	%>=95%
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Farmacia
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	
VERIFICA	Commissione Farmaceutica Interna

**OBIETTIVO 15**

ARGOMENTO	<b>Assistenza Collettiva - Donazione Organi</b>
PROBLEMA	Incrementare il rapporto donatori di cornee/decessi in ospedale
RIFERIMENTO	DGR n° 10-8746 del 12 maggio 2008  Consolidamento funzioni del Coordinamento locale dei prelievi: revisione dei criteri per il finanziamento alle Aziende Sanitarie Regionali
OBIETTIVO GENERALE	L'obiettivo regionale prevede che almeno il 4% di donatori di cornea sul totale dei decessi possano confluire nel programma di donazione di cornee
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee</b> <b>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 familiari</b>
INDICATORE	% segnalazione di donatori e di donatori di cornee sul totale dei pazienti deceduti
OSSERVATO 2010	2,30%
OSSERVATO 2011	2,7 % (calcolato su deceduti con meno di 75 anni) 0,8 % (calcolato su tutti i deceduti)
ATTESO 2011	> 4%
ATTESO 2012	> 4%
ATTESO 2013	
<b>AFFIDAMENTO</b>	
DIPARTIMENTO	Medico, Chirurgico, Cardiovascolare, Neuroriabilitativo, DEA, DPS
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	
VERIFICA	Gruppo di Coordinamento Donazione Organi

**OBIETTIVO 16**

ARGOMENTO	<b>Sviluppo della Qualità - Corretta gestione della documentazione</b>
PROBLEMA	Rispetto dei tempi di consegna della copia della cartella clinica al paziente Corretta gestione e redazione della documentazione sanitaria. Completezza e leggibilità di referti
RIFERIMENTO	D.C.R. del 22.02.2000 n° 616-3149 Recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997 Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria da parte delle strutture pubbliche e private. Deliberazione A.O. Mauriziano n. 867 del 12.12.2007 Linea Guida per la corretta compilazione e modalità di gestione, archiviazione, conservazione, accesso e rilascio della cartella clinica nelle strutture semplici e complesse di diagnosi e cura.
OBIETTIVO GENERALE	Applicazione delle linee guida aziendali sulla corretta redazione, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria. Incrementare la completezza e leggibilità di referti
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>1. Rispetto dei tempi di consegna della documentazione clinica agli uffici competenti per il rilascio della copia</b> <b>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</b> <b>3. Utilizzo del programma informatico dedicato di refertazione per le visite anestesiolgiche</b>
INDICATORI	1) Numero di cartelle consegnate agli uffici competenti per il rilascio della copia al paziente entro i termini previsti (sette giorni dalla dimissione). 2) Percentuale di cartelle che soddisfano tutti i requisiti indagati, sul totale delle cartelle verificate. 3) % delle visite anestesiolgiche refertate attraverso il programma informatico dedicate
OSSERVATO 2011	
ATTESO 2012	1) almeno l'80% delle cartelle vengono consegnate agli uffici competenti per il rilascio entro 7 giorni dalla dimissione del paziente 2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati 3) utilizzo nel 100% delle visite anestesiolgiche del programma informatico dedicate
ATTESO 2013	
AFFIDAMENTO	1) Direttore e Referente Amministrativo del Dipartimento di ricovero e cura 2) Direttore 3) Direttore
DIPARTIMENTO	1) Tutti i Dipartimenti di Ricovero e cura (in particolare Medico, Chirurgico, Cardiovascolare e Oncologico) 2) Tutti i Dipartimenti di Ricovero e cura, DPS 3) Cardiovascolare e Chirurgico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Relativamente al Punto 3: Anestesia e Rianimazione Generale e Cardiovascolare
VERIFICA	Direzione Medica di Presidio

**OBIETTIVO 17**

ARGOMENTO	<b>Buon uso del sangue</b>
RIFERIMENTO	
OBIETTIVO GENERALE	Garantire un buon uso del sangue e degli emoderivati in ospedale
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati</b>
INDICATORI	n sacche trasfuse / numero di sacche richieste
OSSERVATO 2011	Indicatore non monitorato tra gli obiettivi
ATTESO 2012	% superiore al riferimento per dipartimento: Chirurgico 70%, Cardiovascolare, 65%, Oncologico 95%, DEA 87%, Maternoinfantile 60%, Neurologicoriabilitativo 85%, Medico 85%
ATTESO 2013	% superiore al riferimento per dipartimento
ATTESO 2014	
AFFIDAMENTO	Comitato Buon Uso del Sangue Direttore Dipartimenti Chirurgico e Cardiovascolare
DIPARTIMENTO	Chirurgico, Cardiovascolare, Oncologico, DEA
STRUTTURA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	
VERIFICA	Comitato Buon Uso del Sangue

<b>OBIETTIVO 18</b>
---------------------

ARGOMENTO	<b>Sviluppo del Sistema Gestione Qualità (SGQ)- Certificazione</b>
PROBLEMA	Mantenere la certificazione della S.C. Laboratorio Analisi e integrare SGQ con il Sistema Aziendale degli Obiettivi Dipartimentali e di Struttura
RIFERIMENTO	ISO 9001:2008
OBIETTIVO GENERALE	Mantenere e migliorare il sistema di gestione della qualità già presente
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Gestire le eventuali non conformità e raccomandazioni rilevate alla verifica di audit</b>
INDICATORE	Mantenimento certificazione N° non conformità e raccomandazioni risolte / totale non conformità e raccomandazioni rilevate
OSSERVATO 2011	Audit con 1 non conformità e 4 raccomandazioni rilevate
ATTESO 2012	Risoluzione del 100% delle non conformità e raccomandazioni rilevate
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
<b>AFFIDAMENTO</b>	Direttore
DIPARTIMENTO	Diagnostico-patologico-clinico, DPS
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Laboratorio Analisi

<b>OBIETTIVO 19</b>
---------------------

ARGOMENTO	<b>Governo clinico</b>
PROBLEMA	Adesione alle attività del gruppo multidisciplinare
RIFERIMENTO	Raccomandazioni Ministero della Salute
OBIETTIVO GENERALE	Condivisione di strategie per il contenimento del rischio all'interno dell'Azienda
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Organizzare un corso base sul rischio clinico e favorirne la partecipazione da parte degli operatori</b>
INDICATORE	Effettuazione del corso Partecipazione di almeno un medico e un infermiere/tecnico/... per SC
OSSERVATO 2011	
ATTESO 2012	Espletamento del corso Partecipazione al corso di almeno un medico e un infermiere/tecnico/... per SC
ATTESO 2013	
ATTESO 2014	
<b>AFFIDAMENTO</b>	Direttore
DIPARTIMENTO	Tutti, DPS
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	

**OBIETTIVO 20**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione del rischio da movimentazione dei carichi e individuazione di modalità per il corretto recupero lavorativo degli operatori interessati dal problema
RIFERIMENTO	T.U. n. 81 del 9 aprile 2008
OBIETTIVO GENERALE	Ottimizzazione della prevenzione e controllo dei rischi e della patologia del rachide negli operatori sanitari addetti all'assistenza, attraverso: 1) Applicazione di diversi metodi presenti in letteratura per la valutazione del rischio, confronto dei risultati tra metodi e stima della rappresentatività dei risultati in termini di accuratezza e precisione di ciascuno. 2) Proiezione simulata degli interventi tecnici ed organizzativi teoricamente possibili ai fini della riduzione dei rischi. 3) Progettazione di un pacchetto formativo teorico-pratico agli operatori dell'assistenza, ripartiti in piccoli gruppi e programmati secondo priorità conseguenti all'entità del rischio presunto. 4) Valutazione e concertazione con la Direzione Sanitaria per la possibile introduzione di nuove modalità di prevenzione del rischio
OBIETTIVO SPECIFICO 1	<b>Proseguimento effettuazione corsi di formazione e valutazione efficacia formativa corsi movimentazione pazienti</b>
OBIETTIVO SPECIFICO 2	<b>Progettazione, realizzazione e valutazione di percorso sperimentale, finalizzato all'offerta di corso di back school calibrato per operatori che presentino sintomatologia lombo-sacrale.</b>
INDICATORE 1	Numero operatori sanitari che frequentano i corsi movimentazione pazienti
INDICATORE 2	Numero operatori sanitari che frequentano i corsi back school
OSSERVATO 2011	Partecipanti corso n. 7924:19; n.7041:17; n. 8476 (5 edizioni ): tot. 74
ATTESO 2011	Almeno il 55% degli operatori (di tutte le professioni sanitarie) ha partecipato al corso di formazione (indicatore 1) Proseguimento del progetto sperimentale e successiva valutazione (indicatore 2)
ATTESO 2012	Almeno il 75% degli operatori (di tutte le professioni sanitarie) ha partecipato al corso di formazione (indicatore 1) Proseguimento del progetto sperimentale ed evidenza di valutazione (indicatore 2)
AFFIDAMENTO	Dirigenti e preposti per la sicurezza sul posto di lavoro
DIPARTIMENTO	Tutti
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Medicina Preventiva e del Lavoro e S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale

**OBIETTIVO 21**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico e dell'applicazione dei "bundle"</b> <b>INTERVENTI COLON</b> <b>INTERVENTI PROTESI D'ANCA</b> <b>INTERVENTI CARDIOCHIRURGIA</b>
INDICATORE 1	(Indicatore n° 8 - Manuale indicatori reg. Piemonte) Numeratore: numero di infezioni del sito chirurgico Denominatore: numero interventi su sei mesi di sorveglianza
INDICATORE 2	(Indicatore n° 16 - Manuale indicatori reg. Piemonte) Numeratore: numero di "bundle" conformi Denominatore: numero interventi sorvegliati (sei mesi di sorveglianza)
OSSERVATO 2010	Presenza dei dati relativi all'incidenza delle ISC in Cardiocirurgia ed alla applicazione dei "bundle"
OSSERVATO 2011 indicatore 1	Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiocirurgia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Urologia
OSSERVATO 2011 indicatore 2	Applicazione dei "bundle" in Cardiocirurgia superiore al 75% degli interventi sorvegliati Applicazione dei "bundle" in Urologia superiore al 75% degli interventi sorvegliati
ATTESA 2012 indicatore 1	Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiocirurgia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Ortopedia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Chirurgia Generale
ATTESO 2012 indicatore 2	Disponibilità di bundle in almeno l'80 % degli interventi sorvegliati Applicazione dei "bundle" superiore al 90% degli interventi sorvegliati
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Cardiovascolare e Chirurgico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Cardiocirurgia e Ortopedia e Chirurgia Generale



**OBIETTIVO 22**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO 1	(Indicatore n°11 - Manuale indicatori reg. Piemonte) <b>L'Azienda ha in atto una sorveglianza delle infezioni da <i>C. difficile</i></b> <b>E' disponibile un monitoraggio degli accertamenti richiesti da pazienti esterni e ricoverati e un dato aziendale di riferimento che descrive la situazione endemica.</b>
OBIETTIVO SPECIFICO 2	(Indicatore n° 12 - Manuale indicatori reg. Piemonte) <b>Frequenza di Enterobatteri resistenti a carbapenemi.</b> <b>Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle antibioticoresistenze nei pazienti ricoverati</b>
OBIETTIVO SPECIFICO 3	(Indicatore n° 13 - Manuale indicatori reg. Piemonte) <b>Produzione annuale di un report sintetico sulle antibioticoresistenze di alcuni microrganismi isolati dal laboratorio</b>
INDICATORE 1	Numeratore: numero test risultati positivi anno 2012 Denominatore: numero accertamenti richiesti anno 2012
INDICATORE 2	Numeratore: Numero pazienti con isolamento di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi - anno 2012 Denominatore: Numero pazienti con isolamento di Klebsiella o E.coli - anno 2012
INDICATORE 3	Numeratore: Numero di ceppi sensibili di una data specie batterica Denominatore: Numero di ceppi per specie batterica
ATTESO 2012 Indicatore 1	L'Azienda è in grado di accertare le infezioni/colonizzazioni e dispone di un dato di riferimento
ATTESO 2012 Indicatore 2	L'Azienda è in grado di accertare le infezioni/colonizzazioni e dispone di un dato di riferimento
ATTESO 2012 Indicatore 3	L'Azienda è in grado di accertare le infezioni/colonizzazioni e dispone di un dato di riferimento
<b>AFFIDAMENTO</b>	Direttore
DIPARTIMENTO	Diagnostico-patologico-clinico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Laboratorio Analisi

**OBIETTIVO 23**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle infezioni nelle Terapie Intensive</b>
INDICATORE 1	(Indicatore n° 7 - Manuale indicatori reg. Piemonte) disponibilità di tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni di cvc
INDICATORE 2	(Indicatore n° 7 - Manuale indicatori reg. Piemonte) disponibilità di tasso di incidenza di VAP /1000 giorni di ventilazione assistita
ATTESO 2012 Indicatore 1	Disponibilità tasso di incidenza
ATTESO 2012 Indicatore 2	Disponibilità tasso di incidenza
<b>AFFIDAMENTO</b>	Direttore
DIPARTIMENTO	Cardiovascolare, Chirurgico
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Anestesia e Rianimazione Cardiovascolare, Anestesia e Rianimazione Generale

**OBIETTIVO 24**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO 1	<b>Le Aziende hanno in atto una sorveglianza degli incidenti a rischio biologico negli operatori sanitari. Le Aziende attivano interventi per incrementare il livello di prevenzione</b> (Indicatore n° 9 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
OBIETTIVO SPECIFICO 2	<b>Le Aziende attivano interventi per incrementare il livello di prevenzione degli incidenti occupazionali. Esiste evidenza di attività preventive del rischio biologico in ambito occupazionale.</b> (Indicatore n° 18 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORE 1	numeratore: numero incidenti percutanei denominatore: numero posti letto o numero operatori
INDICATORE 2	<b>"Pacchetto preventivo" SIOP: Sono resi disponibili i dati relativi ad una serie di attività preventive la cui implementazione indica attenzione ad aspetti organizzativi e di controllo</b>  Sono monitorate le seguenti attività: 1. Registrazione su base informatica dei dati di sorveglianza con il nuovo software SIROH 2. Report annuale ai reparti sugli incidenti occupazionali evitabili 3. Incremento dell'uso di NPD (Needlestick Prevention Devices = Presidi di sicurezza) sino al 100% per vacutainer, ago cannula, butterfly 4. Implementazione della valutazione del rischio per TB secondo le indicazioni regionali 2011 in tutti i presidi ospedalieri dell'ASL/ASO
ATTESO 2012 Indicatore 1	disponibilità del tasso di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei negli operatori per l'anno 2011 con sistema SIOP
ATTESO 2012 Indicatore 2	Sono monitorate tutte le attività previste dal "Pacchetto Preventivo SIOP"
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Medicina del Lavoro Tutti i Dipartimenti
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Medicina del Lavoro

**OBIETTIVO 25**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani</b> Consumo gel idroalcolico (Indicatore n° 10 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORE	Numeratore :Numero di litri di gel idroalcolico Denominatore: giorni di assistenza
OSSERVATO 2010	Consumo di 5,7 litri per 1000 gg di assistenza
OSSERVATO 2011	Consumo di 9,36 litri per 1000 gg di assistenza
ATTESO 2012	20 litri ogni mille giorni di assistenza
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	TUTTI
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Farmacia

**OBIETTIVO 26**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>Le Aziende promuovono interventi efficaci di valutazione dell'uso di antibiotici attraverso un programma di Antibiotico-stewardship</b> (Indicatore n° 14 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORI	All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive. L'indicatore descrive l'attuazione della strategia che si articola in: (1) Definizione di una scheda di richiesta motivata su base locale (2) Definizione della lista antibiotici monitorati; (3) Analisi di richieste motivate (4) Esame delle cartelle cliniche ed audit con clinici affinché l'ospedale possa identificare le proprie priorità di intervento
OSSERVATO 2010	Identificazione formale del Gruppo Operativo
OSSERVATO 2011	Definizione scheda richiesta motivata Definizione lista antibiotici monitorati Analisi di 200 schede di richiesta motivata
ATTESO 2012	Produzione di report relativo all'analisi delle richieste motivate (almeno 200) Esecuzione di audit (almeno uno per dipartimento) La farmacia monitorizza i consumi degli antibiotici individuati, espressi in DDD/100 giorni-paziente e produce un Report sui consumi.
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Tutti
STRUTTURA COMPLESSA PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Farmacia

**OBIETTIVO 27**

ARGOMENTO	<b>Tutela della salute di operatori e pazienti</b>
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	<b>E' disponibile una stima dell'appropriatezza dell'applicazione dei protocolli di antibiotico profilassi in chirurgia e nel post-intervento. Per alcuni tipi di interventi chirurgici sono valutati per l'appropriatezza prescrittivi: molecola, tempi di somministrazione e durata, dose dell'antibiotico usato in profilassi</b> (Indicatore n° 17 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORI	Numeratore: N° di interventi in cui la gestione dei casi è stata <b>conforme</b> ai protocolli adottati Denominatore: N° interventi chirurgici sorvegliati per i quali è stato <b>raccolto</b> il dato
ATTESO 2012	<b>60 osservazioni eseguite in 4 specialità, 15 interventi consecutivi effettuati in sala operatoria per ogni specialità scelta</b> Sono disponibili i dati relativi a molecola, tempi, durata e dosaggio dell'antibiotico utilizzato per profilassi in 60 interventi e l'antibioticoprofilassi è appropriata nell'80% dei casi per i tre parametri.
AFFIDAMENTO	Direttore
DIPARTIMENTO	Chirurgico, Cardiovascolare
GRUPPO PREVALENTEMENTE COINVOLTA	Nucleo Infettivologico Aziendale