

OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI 2019-2021
AREA STRATEGICA SANITARIA

obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatore	Valore atteso 2019	Valore atteso 2020	valore atteso 2021
1. Riduzione liste di Attesa	Tempestività della risposta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Partecipazione a tavoli interaziendali area metropolitana per attività di analisi ed interventi su criticità relative ai tempi di attesa. N. incontri partecipati/n. incontri previsti	90%	90%	90%
		Ex-ante: Sommatoria N.prestazioni richieste (da 1 a 43) * %di garanzia in classe B/Totale prestazioni prenotate in classe B	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%
		Ex ante: Sommatoria N. prestazioni richieste (da 1 a 43) * % di garanzia in classe D/Totale prestazioni prenotate in classe D	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%	soglia di garanzia >=90%
		Ex post: Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.	soglia di garanzia >=50% e ciascuna delle 8 prestazioni >=50%	soglia di garanzia >=50% e ciascuna delle 8 prestazioni >=50%	soglia di garanzia >=50% e ciascuna delle 8 prestazioni >=50%
		Ex post: Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%
		Attivazione sistema informatico per monitoraggio prestazioni attività istituzionale per medico. Attivazione software e postazione informatica in ogni ambulatorio che si interfacci con cup aziendale n. postazioni attivate/n. postazioni da attivare	90%	95%	99%
		Numero di prestazioni garantite entro i termini per otto prestazioni (TAC Torace senza e con contrasto, TAC encefalo, TAC addome, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, RMN cranio, Visita ortopedica, Visita cardiologia)/totale prestazioni (classe B e classe D primo accesso)	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%	soglia di garanzia >=50%
2. utilizzo appropriato risorse produttive	Sale operatorie	tasso utilizzo Sale operatorie	>75%	>75%	>75%
	Utilizzo aree di degenza	tasso ricoveri inappropriati	Rispetto % previste dal DA	Rispetto % previste dal DA	Rispetto % previste dal DA
		% Dimessi da reparti chirurgici con DRG Medico (ricoveri ordinari)	< 25%	< 25%	< 25%
	Impianto protesi	Individuazione dei criteri di appropriatezza (secondo linee guida) per l'impianto di protesi (per le UO di ortopedia e per la UO/servizio terapia del dolore) (anche in linea con gli indirizzi nazionali dell'ANAC)	>=2	Relazione su applicazione e individuazione azioni di miglioramento	Relazione su applicazione e individuazione azioni di miglioramento
	fluidità percorsi ospedalieri	Degenza Media per ricoveri acuti (RO)	< Media Regionale anno precedente	< Media Regionale anno precedente	< Media Regionale anno precedente
		Degenza media pre-operatoria	riduzione rispetto al dato 2018 (% da negoziare)	riduzione rispetto al dato 2019 (% da negoziare)	riduzione rispetto al dato 2020 (% da negoziare)
		tempistica erogazione prestazioni per interni (richiesta esame TAC e richiesta esame RMN): n. ore dalla richiesta	48 ore	48 ore	48 ore
	tempi di permanenza al PS	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero al PS > 24 ore	< 2018	<2019	<2020
		Appropriatezza su prestazioni per interni PS. N. prestazioni	< 2018	<2019	<2020
		Percentuale di pazienti con tempo massimo di permanenza al pronto soccorso <alle 6 ore	95%	95%	95%
	Programma Controlli analitici	Raggiungimento degli adempimenti LEA	>75%	>75%	>75%
	Riduzione esami inappropriati di radiologia	Predisposizione e applicazione protocolli per uu.oo. Condivisi con servizi	>=2 per reparto	>=2 per reparto	>=2 per reparto
		formazione dei dirigenti medici del PS e dei reparti dotati di ecografo a cura servizio radiologia. N. incontri	incontri mensili	incontri trimestrali	incontri trimestrali
	Antibiotico resistenza	Attivazione PDTA su utilizzo antibiotici e sui trasferimenti	Si	Si	Si
	Riduzione tempi di degenza media reparti	Predisposizione protocollo dimissione protette e applicazione. Report monitoraggio	report trimestrali	report semestrali	report semestrali
Riduzione esami inappropriati laboratorio analisi	Attivazione e pieno utilizzo programma referti informatici laboratorio analisi	95%	98%	98%	
	Monitoraggio richiesta esami inappropriati con report trimestrali e indicazione delle azioni di miglioramento	report trimestrali	report semestrali	report semestrali	

obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatore	Valore atteso 2019	Valore atteso 2020	valore atteso 2021
3. Miglioramento Sicurezza dei pazienti	Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento	Corretto utilizzo della procedura di segnalazione e relativo monitoraggio - report	report annuale	report annuale	report annuale
	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali o di organismi internazionali sulla qualità e sicurezza dei pazienti e relativa valutazione	check list di autovalutazione	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas	Report monitoraggio su richiesta Agenas
	Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in Sala Operatoria	Corretto utilizzo della check list in sala operatoria e relativo monitoraggio	Report annuali entro il 31.1.2017	Report annuali entro il 31.1.2018	Report annuali entro il 31.1.2019
4. Ottimizzazione casistica	Complessità casistica	Aumento peso medio	>= Media Regionale	>= Media Regionale	>= Media Regionale
		% Casi Chirurgici	>= 75%	>= 75%	>= 75%
5. Miglioramento Efficacia area chirurgica	tempestività presa in carico paziente con frattura di femore over 65 anni	numero di fratture femore per over 65 operate entro le 48 h (differenza tra la data di intervento e quella di ingresso in PS)	90%	90%	90%
		numero di pazienti non operati	<=7%	<=7%	<=7%
		Applicazione DA 19 novembre 2015	SI	SI	SI
6. rete ospedaliera	Miglioramento Appropriatazza organizzativa e fluidità processo	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia	97%	97%	97%
	Attivazione posti letto	attivazione posti letto della rete, rispetto cronoprogramma	SI	SI	SI
7. Miglioramento Efficacia area riabilitativa della disabilità	Miglioramento medio della scala di valutazione della disabilità (in/out) dei pazienti	aumento % rispetto a periodo precedente individuato	aumento % rispetto a periodo precedente individuato (da negoziare)	aumento % rispetto a periodo precedente individuato (da negoziare)	aumento % rispetto a periodo precedente individuato (da negoziare)
8. Donazioni organi	Aumentare l'attività di donazioni organi	Organizzazione dell'ufficio di coordinamento locale per i prelievi e trapianti di organi e tessuti. Formazione	SI		
		numero accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione registrati in azienda	Valore obiettivo 100%; valore minimo accettabile: 50%	Valore obiettivo 100%; valore minimo accettabile: 50%	Valore obiettivo 100%; valore minimo accettabile: 50%
		numero di donatori procurati, definti come soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti	Valore obiettivo 100%; valore minimo accettabile: 50%	Valore obiettivo 100%; valore minimo accettabile: 50%	Valore obiettivo 100%; valore minimo accettabile: 50%
		Organizzazione in ambito aziendale di un evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di procurement di organi e tessuti	SI	SI	SI

obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatore	Valore atteso 2019	Valore atteso 2020	valore atteso 2021	
9. Percorsi e Audit	Formalizzazione percorsi	Protocollo specifico a valenza aziendale per la riabilitazione cardiologica	SI	SI	SI	
		Protocollo specifico a valenza aziendale per la riabilitazione neurologica	SI	SI	SI	
		Redazione di una procedura, secondo la ISO 9001:2015, sulla privacy ed il trattamento dei dati sensibili	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Revisione della procedura, secondo la ISO 9001:2015, sul consenso informato	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Redazione di una procedura, secondo la ISO 9001:2015, sull'attribuzione e la gestione del triage	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Revisione della procedura, secondo la ISO 9001:2015, sulla Radiologia	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Revisione della procedura, secondo la ISO 9001:2015, sul Laboratorio di Patologia Clinica (per la UO LPC)	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Procedura sul percorso assistenziale stroke (per la UO di Neurologia di urgenza)	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Procedura sul percorso assistenziale utilizzo di chirurgia robotizzata in urologia (per la UO di Urologia)	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Redazione di una procedura, secondo la ISO 9001:2015, sulla gestione delle liste d'attesa (anche in linea con gli indirizzi nazionali dell'ANAC)	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Revisione della procedura, secondo la ISO 9001:2015, sulla gestione dei ricoveri (anche in linea con gli indirizzi nazionali dell'ANAC)	SI	Monitoraggio applicazione	Monitoraggio applicazione	
		Individuazione e predisposizione di linee guida di riferimento per la diagnosi e la terapia dei principali percorsi assistenziali (in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge Gelli). N. linee guida predisposte/n. linee guida individuate per annualità	>90%	>90%	>90%	
		Protocollo specifico a valenza aziendale per la preospedalizzazione	SI	SI	SI	
	Audit Clinico e PNE	Sviluppo di audit a partire dai dati del PNE	audit semstrale (30.6 - 31.12)	audit semstrale (30.6 - 31.12)	audit semstrale (30.6 - 31.12)	
10. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti	Sistema Provinciale Regionale Qualità percepita	Raccolta dei consensi per le interviste telefoniche sulla customer satisfaction (progetto regionale), secondo il campione pubblicato sulla piattaforma www.qualitasiciliassr.it	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	report annuale di monitoraggio dei livelli di qualità percepita	
	Certificazione ISO 9001:2015	Estensione certificazione ISO 9001:2015 per tutto l'IRCCS. Predisposizione progetto con relativo cronoprogramma	mantenimento per le aree riabilitative	mantenimento per le aree riabilitative. Certificazione IRCCS	mantenimento per tutto l'IRCCS	
	Programma aziendale di comunicazione	Predisposizione programma aziendale di comunicazione con individuazione di azioni con cronoprogramma. Attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione entro le scadenze. azioni realizzate entro le scadenze/azioni da realizzare	>90%	>90%	>90%	
	La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino	Predisposizione progetto con relativo cronoprogramma sulla valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero utilizzando gli strumenti e la metodologia del progetto di ricerca corrente Agenas	SI			
		realizzazione piano di miglioramento sugli item non soddisfatti secondo cronoprogramma. Rispetto scadenza	90%	90%	90%	
Bilancio sociale	Predisposizione documento, individuazione con cronoprogramma delle azioni di miglioramento. Area accoglienza rispetto scadenze	95%	95%	95%		
11. PAA	PAA	Predisposizione Piano attuativo aziendale	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	
		n. azioni realizzate/n. azioni previste	>= 95%	>= 95%	>= 95%	
12. Progetti di miglioramento organizzativo	Monitoraggio e controllo delle infezioni ospedaliere	Report trimestrali sulle infezioni correlate all'assistenza (per il CCICA ed il LPC)	4	4	4	
		Controllo della prescrizione/erogazione I ciclo terapeutico	Report trimestrali di monitoraggio	=>85%	=>85%	=>85%
	Pubblicazione sul sito WEB del prontuario ospedaliero aggiornato	Inserimento dei P.T. relativi a nuovi farmaci in piattaforma web AIFA	Inserimenti. N. PT inseriti/N. PT da inserire	Inserimenti 100% al 30/06/2019	Inserimenti 100% al 30/06/2020	Inserimenti 100% al 30/06/2021
		Publicazione eseguita entro i termini di scadenza	Publicazione eseguita entro i termini di scadenza	Publicazione eseguita al 30/06/2017	Publicazione eseguita al 30/06/2018	Publicazione eseguita al 30/06/2019

Il Commissario Straordinario
Dot. Vincenzo Barone

obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatore	Valore atteso 2019	Valore atteso 2020	valore atteso 2021
13. Rete civics	Partecipazione attiva dei cittadini, sensibilizzazione al corretto uso dei servizi, della loro qualità ed al miglioramento continuo del SSR.	N. giornate formative/informative	n. 6	n. 6	n. 6
		N. cittadini informativi registrati nel network RCS, e n. riferimenti civici della salute da reclutare	da concordare con area metropolitana	da concordare con area metropolitana	da concordare con area metropolitana
14. Area Riabilitazione	Programmazione dei progetti clinico assistenziali a valere sui bandi di ricerca ministeriali	Presentazione progetti clinico assistenziali relativi a bandi di ricerca del Ministero della Salute pubblicati	si	si	si
	Partecipazione a convegni o congressi come relatore o su invito (abstract, comunicazioni orali)	n. partecipazioni	2017/2018 > 1	2018/2019 > 1	2019/2020 > 1
	integrazione tra i vari setting assistenziali in funzione delle condizioni cliniche del paziente (continuità)	Predisposizione Pdta di integrazione tra i vari setting assistenziale e indicazione dei profili di ingresso, con monitoraggio applicazione	n. 4 audit	n. 4 audit	n. 4 audit
	partecipazione attiva e facilitata al percorso di cura al paziente e alla famiglia con azioni di educazione, supporto formazione e informazione. Consegnare strumenti conoscitivi e operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche (coinvolgimento attivo dell'utente)	N. pazienti formati/n. pazienti da formare	80%	80%	80%
	dare priorità alla presa in carico di menomazioni e disabilità più significative e modificabili con l'intervento riabilitativo (appropriatezza)	Predisposizione e applicazione Pdta sui tempi di attesa relativi ai ricoveri istinti per classi di priorità			
	Verifica della coerenza o meno dei risultati del percorso riabilitativo con gli obiettivi del PRI	N. pazienti con miglioramenti da scheda di valutazione/n. pazienti complessivi	> anno precedente		
	piano annuale di verifica clinica multidisciplinare concordato aziendalimente e che comprenda tutte le specializzazioni;	Predisposizione piano annuale di verifica clinica multidisciplinare	Si		
	Implementare rotazione posti letto	riduzione degenza media	< 10% rispetto anno precedente		