



*Regione Siciliana*  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**SIRACUSA**

# **Relazione sulla Performance**

## **2012**

# INDICE

Presentazione della relazione.

## Capitolo 1

1.1 Sintesi delle informazioni di interesse per I cittadini e gli altri *stakeholder* esterni

1.2 L'amministrazione "in cifre"- il contesto esterno di riferimento.

1.3 Contesto di riferimento – Dati Epidemiologici.

1.4 Carta di servizi

1.5 Relazione annuale aziendale per la valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali Anno 2012

## Capitolo 2

2.1 Risorse Finanziarie Assegnate

## Capitolo 3

Obiettivi e Performance

3.1 Albero della Performance

3.2 Obiettivi Regionali ed Aziendali

3.3 Risultati raggiunti per gli obiettivi programmatici - anno 2012.

## Capitolo 4

4.1 Comitato Unico di garanzia

## Allegati:

Allegato 1 : PAA

## Presentazione della relazione

Il ciclo della performance, organizzativa ed individuale, di cui al D.Lgs. n. 150/2009, prevede, all'articolo 10, che le Amministrazioni adottino entro il 30 giugno un documento denominato "*Relazione sulla performance*" con cui dare "evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il documento conclude l'applicazione del *ciclo della performance* relativo all'anno 2012, ed è stato redatto in ossequio alle linee guida dettate dalla commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche con delibera N° 5/2012 così come aggiornata il 30/05/2013.

L'Attività dell'Azienda è stata improntata, in linea con le modifiche intervenute nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, a seguito della legge di riforma N° 5 del 14 aprile 2009, e nel rispetto della missione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, all'ottimizzazione delle risorse ed alla razionalizzazione dell'organizzazione, unitamente ad una serie di azioni per il riconoscimento del merito attraverso la verifiche di processi e risultati, nella consapevolezza della necessità che ogni decisione di investimento pubblico siano sottoposti a valutazioni di merito, sulla base di criteri e parametri equi, condivisi e definiti a priori.

Le nuove gestione manageriali sono sempre più ispirate alla cultura della performance, al coinvolgimento del personale nel miglioramento dell'organizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità e a valorizzare la struttura aziendale in coerenza con le esigenze degli *stakeholder* dell'Azienda, al fine di governare il cambiamento.

Il ciclo della performance rappresenta uno stimolo alla realizzazione di attività di eccellenza improntato a significativi momenti di condivisione. Il percorso di miglioramento si deve avvalere di un processo di valutazione che assicuri il coinvolgimento dei valutati e degli *stakeholder*, individuando nell'Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del Sistema di Misurazione e valutazione della performance e del Piano della Performance.

Il Piano della performance 2011-2013, redatto ai sensi dell'art. 10,c. l. lett. A) del D.lgs. n. 150/09 ed alla luce degli indirizzi offerti dalla CIVIT con delibera n.112/2010 del 28/10/2010 ed adottato con deliberazione N. 622 del 30/06/2011, rimane vigente per l'anno 2012.

Nel contesto del decreto n.150/2009, la performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto, il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione e, come tale, si presta ad essere misurata e gestita.

L'ASP di Siracusa al Piano della Performance in riferimento al 2012, adottato con deliberazione N. 622 del 30/06/2011, intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del suddetto Piano e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite.

Quanto sopra, tenuto, altresì, conto:

- dei principi espressi dalle Delibere CIVIT nn. 4, 5 e 6 - anno 2012, relative agli adempimenti posti a carico degli OIV / Nuclei di Valutazione;
- delle direttive assessoriali di cui alle linee guida emanate in data 26.9.2011 (nota prot.n.76572/2011).
- Il modello di misurazione e valutazione delle performance cui si è ispirati è strettamente collegato ai seguenti principi di fondo:

**Collegamento con gli strumenti istituzionali** ( prioritariamente nazionali P.S.N. e regionali P.S.R.) di programmazione annuale e pluriennale: in tal senso il piano delle performance dell'ASP , fatta salva l'autonomia aziendale, ha recepito gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.

**Valorizzazione degli obiettivi strategici dell'Azienda** mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione ha inteso mettere in campo nel medio lungo periodo e rispetto al quale ha orientato le scelte di programmazione di breve periodo.

**Eliminazione di duplicazione di attività programmatiche**, in tal senso strumenti innovativi di programmazione (implementazione della informatizzazione, del sistema di reporting di tempestività dei flussi informativi con particolare riferimento agli obiettivi del piano delle performance) hanno trovato un organico inquadramento negli esistenti sistemi e strumenti di programmazione annuali e pluriennali.

**Valorizzazione e riqualificazione del sistema di budgeting aziendale** che, coerente con la funzione di declinazione a livello di struttura degli obiettivi annuali aziendali, è stato collegato con il piano delle performance traducendo gli indirizzi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura.

**Garanzia di adeguata chiarezza e trasparenza** delle strategie aziendali e degli obiettivi anche a soggetti e *stakeholder* non appartenenti al mondo della sanità e, di conseguenza, meno familiari con misure e terminologie "di settore" ci si è impegnati ad attivare adeguati modelli di comunicazione dei risultati e delle performance e di particolari attività messi in campo dall'Azienda riflettenti i compiti istituzionali.

Il presente documento evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti nell'anno 2012 anche rispetto ai target programmati nel Piano della Performance 2011-2013.

La relazione è resa disponibile e scaricabile online sul sito web istituzionale dell'ASP [www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it), come previsto dalla normativa, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".

## **CAPITOLO 1**

### **1.1 Sintesi dell'informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.**

#### **Chi siamo**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è Azienda del Servizio Sanitario Regionale costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009, derivata dall'accorpamento di due ex Aziende Sanitarie. Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extraospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Siracusa.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale a Siracusa in Corso Gelone n°17 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è [www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it).

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 406.709 abitanti (al 31.12.2010), distribuiti su un territorio di 2.190 km<sup>2</sup> che comprende 21 Comuni.

I principali *stakeholder* dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

#### **Cosa facciamo**

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure

primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante il Piano Attuativo di durata triennale, adottato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino. Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

### **Come operiamo**

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnata dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010, ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Entro tali limiti, spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico – assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

All'interno dell'Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

Appartengono allo staff le seguenti competenze:

- Ingegneria clinica;
- La prevenzione e protezione;
- Sorveglianza Sanitaria;
- Programmazione e Controllo di Gestione;
- Politiche per il Personale e Formazione;
- Sistemi Informativi;
- Comunicazione istituzionale ed interna;
- Gestione Rischio Clinico;
- Qualità.

## 1.2 L'amministrazione "in cifre"- il contesto esterno di riferimento.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 406.709 abitanti (al 31.12.2010), distribuiti su un territorio di 2.190 km<sup>2</sup> che comprende 21 Comuni.

L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri ed in un'Area Territoriale a sua volta suddivisa in 4 Distretti Sanitari che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa. In ogni distretto sanitario è prevista l'allocazione di un PTA che svolge funzioni complesse di cure primarie, garantisce la continuità assistenziale, rappresenta il Punto Unico di accesso alle prestazioni. All'interno del PTA è allocato lo sportello per le cure domiciliari.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri con i sotto elencati posti letto per acuti (assegnati nel totale n°750, ex D.A. n°1377/2010):

<b>Distretto Ospedaliero SR 1</b> <b>Residenti: 301.485</b>	<b>Distretto Ospedaliero SR2</b> <b>Residenti: 105.224</b>
--	---

<b>Presidio Ospedaliero</b>	<b>PP.LL. per acuti</b>	<b>PP.LL. post acuti</b>	<b>Presidio Ospedaliero</b>	<b>PP.LL. per acuti</b>	<b>PP.LL. post acuti</b>
Umberto I – Siracusa	369	32	Lentini	115	0
Avola – Noto	151	48	Augusta	115	0
<b>TOTALE</b>	<b>520</b>	<b>80</b>	<b>TOTALE</b>	<b>230</b>	<b>0</b>

Nella nuova organizzazione dell'Azienda sanitaria provinciale, così come previsto dalla L.R. n°5 del 14/04/2009, sono stati istituiti n°4 Distretti Sanitari di Base che costituiscono strutture di riferimento per le cure territoriali.

<b>Distretto sanitario</b>	<b>Comuni afferenti</b>	<b>Popolazione residente</b>
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: <b>198.179</b>	1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Florida; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. <b>Siracusa</b> ; 10. Solarino; 11. Sortino	1. 2.148 abitanti 2. 1.147 abitanti 3. 7.323 abitanti 4. 819 abitanti 5. 2.590 abitanti 6. 23.050 abitanti 7. 9.061 abitanti 8. 12.160 abitanti 9. 123.106 abitanti 10. 7.820 abitanti 11. 8.955 abitanti
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: <b>103.306</b>	1. Avola; 2. <b>Noto</b> ; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini	1. 31.800 abitanti 2. 23.900 abitanti 3. 21.990 abitanti 4. 3.818 abitanti 5. 21.798 abitanti
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: <b>50.098</b>	1. <b>Augusta</b> ; 2. Melilli.	1. 36.717 abitanti 2. 13.381 abitanti
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: <b>55.126</b>	1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. <b>Lentini</b> .	1. 18.043 abitanti 2. 13.068 abitanti 3. 24.015 abitanti

All'interno dell'Azienda è inoltre presente una Centrale Operativa 118 che gestisce la risposta all'emergenza nei confronti delle province di Catania, Siracusa, Ragusa.

Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di 3200 dipendenti (dotazione organica anno 2011), distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella.

#### **Dotazione organica A.S.P. Siracusa**

<b>Ruolo</b>	<b>Profilo</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
Sanitario	1. Dirigenti medici e veterinari;	1. <b>769</b> ;	1. <b>24,03%</b> ;
	2. Dirigenti non medici;	2. <b>100</b> ;	2. <b>3,12%</b> ;
	3. Comparto	3. <b>1462</b>	3. <b>45,68%</b>
Professionale	1. Dirigenti;	1. <b>8</b> ;	1. <b>0,25%</b> ;
	2. Comparto;	2. <b>2</b> ;	2. <b>0,06%</b>
Tecnico	1. Dirigenti;	1. <b>8</b> ;	1. <b>0,25%</b> ;
	2. Comparto	2. <b>455</b>	2. <b>14,21%</b>
Amministrativo	1. Dirigenti;	1. <b>31</b> ;	1. <b>0,96%</b> ;
	2. Comparto	2. <b>365</b>	2. <b>11,40%</b>
<b>TOTALE</b>		<b>3200</b>	<b>100%</b>

### Presenze in servizio - A.S.P. Siracusa (ruolo)

Ruolo	Profilo	Numero	%
Sanitario	1. Dirigenti medici e veterinari; 2. Dirigenti non medici; 3. Comparto	1. <b>582</b> ; 2. <b>94</b> ; 3. <b>1371</b>	1. <b>20,71%</b> ; 2. <b>3,34%</b> ; 3. <b>48,79%</b>
Professionale	1. Dirigenti; 2. Comparto;	1. <b>3</b> ; 2. <b>2</b> ;	1. <b>0,10%</b> ; 2. <b>0,07%</b>
Tecnico	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. <b>5</b> ; 2. <b>401</b>	1. <b>0,17%</b> ; 2. <b>14,27%</b>
Amministrativo	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. <b>20</b> ; 2. <b>32</b>	1. <b>0,71%</b> ; 2. <b>11,81%</b>
<b>TOTALE</b>		<b>2810</b>	<b>100%</b>

Il personale dell'ASP di Siracusa vede la prevalenza delle figure del comparto sanitario, costituito da infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, fisioterapisti, ecc, con 1462 figure nominali, pari a circa il 45% del totale. Tra le figure dirigenziali prevalgono inoltre i dirigenti del ruolo sanitario dell'area medica e veterinaria (769 unità pari al 24,03% del totale).

Si riporta di seguito la sintesi delle principali informazioni inerenti l'Azienda.

### 1.3 Contesto di riferimento – Dati Epidemiologici.

#### Numero complessivo di ricoveri ordinari – anno 2012

Presidio ospedaliero di riferimento	Numero
P.O. Umberto I – Siracusa	17.243
P.O. Avola – Noto	6.924
P.O. Muscatello di Augusta	5.198
P.O. Lentini	4.415
<b>TOTALE</b>	<b>33.780</b>

#### Assistenza domiciliare – anno 2012

	Totale pazienti assistiti	Pazienti assistiti di età > 65 anni
<b>Anno 2012</b>	953	870

### Programmi di screening per la prevenzione dei tumori – anno 2012

Screening per la prevenzione e diagnosi precoce di:	Screening Mammografico	Screening Ginecologico	Screening Colon retto
Popolazione bersaglio annua	24.975	37.638	46.388
Popolazione invitata	7.586	38.066	34.040
Popolazione rispondente	2.050	10.549	5.015
Adesione	32%	36,7%	18,5%
Copertura	30,43%	101%	73,5%

### Numero complessivo di parti – anno 2012

Presidio ospedaliero di riferimento	Numero
P.O. Umberto I – Siracusa	1.520
P.O. Avola – Noto	569
P.O. Muscatello di Augusta	529
P.O. Lentini	1
<b>TOTALE</b>	<b>2.619</b>

L'Assistenza territoriale presenta la sotto indicata distribuzione in relazione a strutture e professionisti.

Assistenza Distrettuale/ Strutture a gestione diretta.

Distretti	Poliambulatori	Consultori	Medici CCA	PTE	PTA
Siracusa	7	7	70	1	2
Augusta	2	2	15	0	1
Avola/Noto	4	4	30	2	2
Lentini	2	2	20	0	1

### Dati Epidemiologici:

Di seguito si riportano i principali dati epidemiologici della provincia di Siracusa:

# INTRODUZIONE

Il Piano Attuativo Aziendale (PAA) della Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è stato redatto nel rispetto delle apposite Linee Guida Regionali che costituiscono l'atto di indirizzo per le Aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per la redazione dei Piani Aziendali di attuazione del Piano Sanitario Regionale.

## **1. I Riferimenti normativi del Piano Attuativo Aziendale**

Il Piano attuativo delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario regionale è, ai sensi dell'art.5 della legge regionale 14 aprile 2009, n.5, atto della programmazione sanitaria locale, insieme all'atto aziendale, ai programmi definiti a livello di bacino e alle intese e gli accordi previsti dall'art.4 della stessa legge.

Ai sensi del comma 2 dello stesso art.5 il Piano attuativo è " l'atto, di durata triennale, con il quale le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal Piano Sanitario Regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo".

I successivi commi 3 e 4 statuiscono che tale Piano "è adottato dal Direttore Generale, previo parere obbligatorio della Conferenza dei sindaci di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i. ed è trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute ai fini della verifica di congruenza con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino nonché per la verifica di compatibilità con gli atti di programmazione"

## **2. La durata del Piano Attuativo Aziendale**

La durata del Piano è triennale, a decorrere dal 2012 e si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività da parte del Direttore Generale dell'Azienda che li trasmette all'Assessorato Regionale della Salute entro il 31 gennaio di ciascun anno per le verifiche di congruenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale.

Pertanto, nel presente PAA vengono messi in luce i risultati attesi ed il piano delle azioni per ciascun anno di validità del Piano, prevedendo lo sviluppo triennale e la relativa articolazione a partire dall'anno 2012.

In relazione agli obiettivi previsti nel programma annuale, il Direttore generale espone nella relazione sanitaria aziendale, da trasmettere obbligatoriamente all'Assessorato della Salute entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'attività svolta e i risultati raggiunti valutati anche sulla base di specifici indicatori.

## **3. Il PAA della ASP di Siracusa e la Programmazione sanitaria regionale**

Il contesto programmatico di riferimento è rappresentato dal vigente Piano sanitario regionale "Piano della Salute 2011-2013" (PSR) approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011 e pubblicato nel S.O. n.2 della GURS n.32 del 29 luglio 2011.

I principi cardine del PSR, cui si attiene il PAA della ASP di Siracusa (universalità, rispetto della libertà di scelta, pluralismo erogativo, equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), sono connessi all'appropriatezza intesa sia in senso strettamente clinico che nella accezione di "erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse".

Sulla base di questi principi il PAA della ASP di Siracusa, così come indicato dal PSR, pone il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona, avuto riguardo da un lato, alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari (che costituisce un forte

riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure), dall'altro alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

Questo processo tende ad estrinsecarsi attraverso un cambiamento di orientamento ed investimento strategico aziendale, destinato allo sviluppo di appropriati strumenti gestionali finalizzati alla realizzazione e all'implementazione di opportune attività assistenziali. Queste ultime sono, e saranno sempre più, riorganizzate in una logica di rete per garantire omogenei livelli di assistenza e superare l'attuale frammentarietà delle risposte.

La programmazione locale della ASP di Siracusa, inoltre, tiene conto:

- delle relazioni funzionali con le strutture pubbliche e private accreditate presenti nel contesto locale, provinciale, di bacino e all'interno del più ampio contesto regionale;
- dei rapporti con le Università e gli Istituti di ricerca;
- della sostenibilità economica e del raggiungimento degli obiettivi previsti anche dal Programma Operativo Regionale 2010-2012 approvato con D.A. del 30/12/2010 dalla GURS n.5 del 28/01/2011;
- degli atti specifici di programmazione sanitaria regionale per singoli ambiti assistenziali adottati in coerenza con gli obiettivi e gli interventi prioritari di PSR;
- dei progetti, assegnati in sede regionale, scaturenti dagli obiettivi annuali di Piano Sanitario Nazionale;
- degli obiettivi annualmente assegnati in sede contrattuale ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie per la valutazione della loro operatività.

#### **4. Contenuti del Piano Attuativo Aziendale**

Il presente Piano è corredato da una breve introduzione di contesto con dati forniti dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico e dal Registro Territoriale di Patologia di Siracusa.

Ogni capitolo è corredato da una descrizione che riporta sinteticamente:

- gli elementi da sviluppare in relazione alle priorità declinate nel PSR;
- lo scenario strategico dell'azienda nel quadro dei singoli ambiti di intervento;
- il contesto organizzativo-strutturale con riferimento agli attori coinvolti, alla logistica, ai parametri tecnico-organizzativi, al livello assistenziale per le specifiche attività
- una tabella riepilogativa per ciascuna macroarea e sub-area d'intervento del PSR.

Nelle tabelle riepilogative sono indicati, per ogni area, i seguenti campi:

- Obiettivi specifici <sup>(1)</sup>
- Risultati attesi e indicatori <sup>(2)</sup>
- Piano dettagliato delle azioni
- Responsabilità delle azioni delineate <sup>(3)</sup>
- Cronoprogramma e note di accompagnamento

Le scadenze del crono programma rispettano il vincolo annuale di completamento delle azioni.

Le Tabelle hanno funzione orientativa di indirizzo, ma non completamente esaustiva.

Il Direttore Generale della ASP di Siracusa con le note n. 1021/DSA del 07.02.2012 e n. 10540/PG del 20.02.2012 ha costituito il gruppo di lavoro per la realizzazione del presente PAA affidandone il coordinamento generale al Coordinatore Sanitario dell'Area Territoriale.

---

<sup>1</sup> Anche con l'indicazione delle fonti normative o delle delibere aziendali ove presenti

<sup>2</sup> Alcuni obiettivi specifici e relativi risultati attesi e indicatori risultavano già proposti nelle tabelle delle Linee Guida fornite dall'Assessorato Regionale. In tali casi sono stati inseriti direttamente nel PPA della ASP di Siracusa. Laddove non presenti, invece, si è provveduto (utilizzando lo stesso schema) a identificarli col supporto dei servizi coinvolti.

<sup>3</sup> Possono riferirsi a strutture/oggetti interni o esterni alla azienda

## I – CONTESTO DI RIFERIMENTO E PROFILO EPIDEMIOLOGICO DELLA PROVINCIA DI SIRACUSA

Al fine di descrivere il contesto provinciale di riferimento il PAA contiene informazioni e dati epidemiologici necessari a definire il fabbisogno assistenziale della popolazione locale e a orientare conseguentemente le scelte strategiche per il governo del sistema domanda/offerta.

A tal scopo l'Assessorato Regionale alla Salute ha fornito, per ciascuna provincia, un quadro esemplificativo elaborato, sulla base delle informazioni e dei dati disponibili, dal Dipartimento Attività sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, secondo il seguente schema:

- 1.1. Informazioni demografiche e socio-sanitarie
- 1.2. Mortalità per tutte le Cause, Incidenza dei Tumori e altri dati epidemiologici del RTP
- 1.3. Indicatori di qualità dell'offerta assistenziale
- 1.4. Mobilità
- 1.5. Indicatori di prevenzione e percezione dello stato di salute

I dati dell'Assessorato Regionale sono stati inoltre integrati e completati con i dati del Registro Territoriale di Patologia o RTP (ex LR 1/1997) dell'ASP di Siracusa.

### PARTE PRIMA – Informazioni Demografiche e Socio-sanitarie

Informazioni Demografiche	Provincia di Siracusa			Sicilia		
	Uomini	Femmine	Totale	Uomini	Femmine	Totale
Popolazione residente al 1 Gennaio 2010	197816	205541	403356	2436496	2606697	6043192
Popolazione residente per fasce di età:						
0-14	30606	28652	59257	398768	376433	775201
15-64	135163	136214	271377	964266	1099666	2063932
65-74	18134	20261	38395	213691	260626	474317
75+	12913	20414	33327	183488	280683	464171
Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2010						
Numero	6031	6162	12193	60751	66569	127320
% popolazione residente	2,9	2,9	2,9	2,5	2,5	2,5
			Provincia di Siracusa			Sicilia
Tasso di natalità			9,4			9,5
Tasso di mortalità			9,2			9,6
Speranza di vita maschi			78,9			78,9
Speranza di vita femmine			82,8			83,1
Indice di dipendenza			48,6			48,9
Indice di dipendenza anziani			26,8			27,8
Indice di invecchiamento			122,7			120,2
Territorio						
Montagna			0%			
Collina			63,2%			
Pianura			36,8%			
Numero comuni			21			
Superficie in Km <sup>2</sup>			2.109			
Densità ab. per Km <sup>2</sup>			191,3			
<small>Fonte dati:  <a href="http://demografia.it">http://demografia.it</a>  <a href="http://it.wikipedia.org">http://it.wikipedia.org</a>                      Regione Siciliana - Annuario Statistico regionale - Sicilia 2010                      PPA (aggiornamento dicembre 2010)                 </small>						

**1.1 Profilo demografico** - La Provincia Regionale di Siracusa è una provincia della Sicilia di 403.356 abitanti distribuiti su un totale di 21 comuni. Occupa una superficie di 2.109 km quadrati

con una densità abitativa di 191,3 abitanti per km. quadrato e confina a nord e nord-ovest con la Provincia di Catania, ad ovest con la Provincia di Ragusa, mentre ad est ed a sud è bagnata rispettivamente dai mari Ionio e Mediterraneo. Nel 2010 nella provincia di Siracusa si registra una natalità leggermente più bassa rispetto alla regione (9,4) mentre l'indice di dipendenza degli anziani nello stesso periodo evidenzia un valore più basso (26,8) rispetto al valore siciliano. Il processo di invecchiamento risulta in aumento, registrando un valore più alto nella popolazione siracusana nel periodo considerato (122,7) rispetto al dato regionale.

**1.2 Il territorio** - La Provincia di Siracusa rappresenta un punto di riferimento commerciale grazie al porto di Augusta, nonché un notevole polo d'attrazione turistico ed archeologico. Infine, in essa è presente il più alto numero di riserve naturali della regione. L'orografia dell'intera provincia mostra i segni di fenomeni vulcanici che hanno dato origine a sollevamenti superficiali a carattere prevalentemente collinare e che costituiscono la maggior parte del territorio interno, mentre lungo la costa sono dislocate le poche aree in pianura. I rilievi più importanti fanno parte della catena dei Monti Iblei, che segna il confine con la provincia di Ragusa, ma non superano i mille metri. Altra caratteristica della zona è la presenza di profonde fenditure causate dall'erosione dei vari corsi d'acqua che solcano gran parte dell'altopiano su cui sorge la Provincia, che sono alla base del fenomeno dei canyon e che vengono denominate *cave*. Tra queste, le più significative sono quelle di Pantalica, Cavagrande del Cassibile, e Cava d'Ispica. La provincia è piuttosto ricca di acqua. Sulla costa nordorientale si trovano le saline di Augusta, oramai prosciugate, e quelle di Priolo, e di Siracusa trasformate in Riserve naturali. Il clima della provincia è abbastanza simile agli altri climi della regione con inverni miti (intorno ai 10 °C) ed estati abbastanza calde (fino a 45 °C).

**1.3 L'economia** - Nei tempi più recenti, la riconversione economica del territorio ha visto la nascita di un vero e proprio "artigianato agricolo", specie nei comuni dell'hinterland, legato, da una parte, alla diretta produzione dei frutti della terra (cereali, olive, carrube, mandorle, frutta ed ortaggi), e dall'altra, organizzato in termini di lavorazione ed esportazione dei prodotti derivati (dolci locali, miele, olio, conserve). L'industria presenta la sua massima ed unica concentrazione nel triangolo di Priolo, Augusta e Melilli, con la presenza di raffinerie di petrolio e industrie chimiche nonché della produzione di energia elettrica. Se agli inizi degli anni cinquanta il settore si presentava in completa espansione, oggi risulta in crisi. Ciò che resta principalmente sono tre raffinerie (ERG, Esso e ex AGIP), nonché alcuni impianti di proprietà della Polimeri Europa e Air Liquide. Tuttavia nuovi investimenti per la conversione delle centrali elettriche a gasolio in centrali elettriche con turbine a gas e la controversa costruzione del rigassificatore, rendono il settore ancora importante per l'economia locale e per la presenza di un cospicuo indotto.

## PARTE SECONDA – Mortalità

### 2.1 – Mortalità per grandi gruppi di cause

Uomini					Donne							
Sepe	Grandi Gruppi ICD 10 - Cause	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo (100.000)	Tasso standardizzato per 100.000	Età di vita per 75 anni	Grandi Gruppi ICD 10 - Cause	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo (100.000)	Tasso standardizzato per 100.000	Età di vita per 75 anni
1	MALATIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	140	40,1	170,1	200,0	130,0	MALATIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	130	46,5	400,0	100,0	130,0
2	TUMORI MALIGNI	94	26,1	116,1	204,4	237,0	TUMORI MALIGNI	80	28,5	91,1	184,0	166,0
3	MALATIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	120	33,2	129,0	40,0	200,0	MALATIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	84	30,0	50,0	20,0	120,0
4	MALATIE DELL'APPARATO DIGERENTE	82	23,4	41,0	30,0	40,0	SENI MIGNOLI (ALZHEIMER)	80	30,0	40,0	20,0	180,0
5	MALATIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	26	7,4	30,0	20,0	200,0	MALATIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	70	25,0	20,0	17,0	180,0
6	CAUSE ESTERNE	77	21,7	30,0	30,0	120,0	MALATIE DELL'APPARATO DIGERENTE	72	26,0	20,0	10,0	100,0
7	STATO DI DEPENDENZA	69	19,1	30,0	30,0	200,0	TRAUMI (TRAUMI)	60	22,0	30,0	10,0	230,0
8	MALATIE DEL SISTEMA NERVOSO	46	13,0	20,0	11,0	200,0	MALATIE DEL SISTEMA NERVOSO	60	22,0	30,0	10,0	140,0
9	MALATIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	46	13,0	20,0	10,0	80,0	MALATIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	47	17,0	20,0	10,0	140,0
10	DECESSI PREZIOSI	6	1,7	10,0	10,0	80,0	DECESSI PREZIOSI	30	11,0	10,0	10,0	150,0
11	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	6	1,7	10,0	10,0	80,0	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	6	2,0	10,0	10,0	200,0
12	MALATIE INFETTIVE	7	2,0	10,0	10,0	10,0	MALATIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO	6	2,0	10,0	10,0	20,0
13	TUMORI BENIGNI (NEPLASIE)	4	1,1	10,0	10,0	10,0	MALATIE INFETTIVE	6	2,0	10,0	10,0	40,0
14	MALATIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SKELETTICO	7	2,0	10,0	10,0	10,0	TUMORI BENIGNI (NEPLASIE)	6	2,0	10,0	10,0	20,0
15	MALATIE OSTEOARTROSCOLARIE DEL COLLETTIVO	7	2,0	10,0	10,0	10,0	MALATIE OSTEOARTROSCOLARIE DEL COLLETTIVO	6	2,0	10,0	10,0	10,0
16	MALATIE DELLA PELLE E DEI SOTTOCUTANEO	7	2,0	10,0	10,0	10,0	MALATIE DELLA PELLE E DEI SOTTOCUTANEO	7	2,0	10,0	10,0	10,0
17	COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PERIPARTO	6	1,7	10,0	10,0	10,0	COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PERIPARTO	6	2,0	10,0	10,0	10,0
	TUTTE LE CAUSE	302	83,0	340,0	400,0	300,0	TUTTE LE CAUSE	370	100,0	400,0	400,0	400,0

Fonte: Elaborazione DASCE su base dati ReNCAIM (anni 2004-2010)

L'analisi del periodo 2004-2010 della distribuzione per numero assoluto e della mortalità proporzionale per grandi categorie diagnostiche (ICD IX) conferma, analogamente all'intera Sicilia, come la prima causa di morte nella provincia di Siracusa sia costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che sostengono da sole quasi la metà dei decessi nelle donne e insieme alla seconda, i tumori, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame negli uomini. La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche ed endocrine (per la quasi totalità sostenuta dal diabete).

## 2.2 – Mortalità per sottocategorie diagnostiche

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
1	Malattie cerebrovascolari	275	14,8	Malattie cerebrovascolari	344	19,4
2	Malattie ischemiche del cuore	235	12,7	Malattie ischemiche del cuore	159	9,0
3	T.M. Trachea, bronchi, polmoni	146	7,9	Iperensione arteriosa	122	6,9
4	Malattie polmonari croniche ostruttive	73	3,9	Diabete mellito	95	5,4
5	Diabete mellito	70	3,8	T.M. Mammella	72	4,1
6	Iperensione arteriosa	66	3,5	T.M. Colon Retto	48	2,7
7	T.M. Colon Retto	59	3,2	Cirrosi epatica	38	2,1
8	T.M. Prostata	53	2,9	Insufficienza renale cronica	36	2,0
9	Cirrosi epatica	52	2,8	T.M. Trachea, bronchi, polmoni	35	2,0
10	T.M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	48	2,6	T.M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	33	1,9
	Tutte le cause	1862	100	Tutte le cause	1773	100

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCAm (anni 2004-2010)

Le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi, si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono l'ipertensione arteriosa e il diabete, mentre negli uomini si aggiungono i tumori dell'apparato respiratorio e le broncopatie.

## 2.3 – Mortalità Infantile

Mortalità infantile		1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Riduzione % (1995-2010)
Tasso mortalità infantile (/1000 nat/viv)	ASP 8 Siracusa	10,5	5,5	5,5	5,4	4,5	4,6	3,3	3,7	4,7	3,5	5,7	2,3	78%
	Sicilia	8,3	6,0	6,3	6,6	5,1	5,2	5,6	4,5	4,9	5,1	5,0	4,8	43%
	Italia	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,8	3,7	3,5	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Fonte: Base dati HFA (anni 1995-2003) ed elaborazione DASOE su base dati ReNCAm (anni 2004-2010)

Negli anni 2000-2010 non si osservano sostanziali differenze nell'andamento della mortalità infantile nella provincia di Siracusa, tuttavia un certo decremento si osserva nell'ultimo anno considerato. Tale andamento, tuttavia, si mantiene tendenzialmente più basso (2,3% nel 2010) rispetto al tasso di mortalità infantile della regione.

## 2.4 – Mortalità prematura

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX - Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	Malattie ischemiche del cuore	7547,5	T.M. Mammella	4495
2	T.M. Trachea, bronchi, polmoni	6515	Malattie ischemiche del cuore	2392,5
3	Infarto Miocardico Acuto	5745	Malattie cerebrovascolari	2072,5
4	Malattie cerebrovascolari	3695	T.M. Trachea, bronchi, polmoni	2062,5
5	Cirrosi epatica	2982,5	Infarto Miocardico Acuto	1772,5
6	T.M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	2135	T.M. Colon Retto	1502,5
7	T.M. Colon Retto	2082,5	T.M. Utero	1427,5
8	Disturbi circolatori cerebrali acuti maldefiniti	1885	Diabete mellito	1195
9	Diabete mellito	1612,5	T.M. Pancreas	1170
10	T.M. Sistema Nervoso Centrale	1337,5	Disturbi circolatori cerebrali acuti maldefiniti	1095
	Tutte le cause	70518,5	Tutte le cause	41263,5

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCAm (anni 2004-2010)

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte. Negli uomini tra le prime cause, oltre alle malattie circolatorie, si evidenziano i tumori della trachea, dei bronchi, e dei polmoni (seconda causa tra gli uomini), la cirrosi (quinta causa). Nel sesso femminile, si conferma l'alto impatto in termini di mortalità prematura del tumore della mammella, che sotto tale profilo anche a Siracusa costituisce la prima causa per anni di vita perduti, come nel resto della Sicilia. L'analisi per sottocategorie evidenzia inoltre tra le prime cause, oltre alle malattie circolatorie, i tumori della trachea, dei bronchi, e dei polmoni (quarta causa).

## 2.5 - Mortalità generale per Azienda e per Distretti

Indicatori carico di malattia	Sicilia		ASP 3 Siracusa		Distretto di Augusta		Distretto di Lentini		Distretto di Noto		Distretto di Siracusa	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<b>Mortalità per Grandi Cause</b>												
Numero medio annuale di decessi	23229	23250	1852	1773	199	191	297	284	477	451	879	847
Tasso Standardizzato x 100.000	680,1	442,6	690,8	452,0	659,2	451,6	703,9	488,9	720,3	474,5	679,2	432,7
<b>Mortalità per Malattie del sistema circolatorio</b>												
Numero medio annuale di decessi	8987	10930	743	829	74	85	129	146	200	213	340	386
Tasso Standardizzato x 100.000	252,6	183,0	268,0	189,1	242,2	182,7	299,0	217,3	289,6	202,8	255,8	175,3
<b>Mortalità per Diabete</b>												
Numero medio annuale di decessi	1027	1407	70	95	3	3	15	19	21	30	30	43
Tasso Standardizzato x 100.000	28,6	25,3	25,0	23,1	16,3	5,9	31,8	29,5	31,1	30,5	22,4	21,2
<b>Mortalità per BPCO</b>												
Numero medio annuale di decessi	1011	466	73	33	5	2	13	6	21	8	34	17
Tasso Standardizzato x 100.000	28,9	8,8	25,5	7,4	16,4	3,4	28,4	9,1	29,9	7,8	24,4	7,5

Fonte: Elaborazione GASCE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

La mortalità generale e per malattie circolatorie mostra tassi lievemente superiori alla media regionale, mentre dal confronto con la Regione per principali sottocategorie diagnostiche, nella provincia di Siracusa si rilevano tassi di mortalità per diabete e per BPCO inferiori rispetto al valore regionale. Nei quattro distretti della provincia di Siracusa, nel periodo 2004-2010, emergono alcuni eccessi di mortalità statisticamente significativi per alcune patologie croniche, alcuni dei quali rilevabili anche a carico dell'intera provincia. In particolare:

- nel distretto di Augusta rispetto al dato regionale, si registrano tassi di mortalità più elevati per tutte le cause tra le donne, mentre non si rilevano eccessi negli uomini.
- nel distretto di Lentini in entrambi i generi si rilevano alti tassi per tutte le cause, per malattie circolatorie, per diabete e per BPCO rispetto al valore regionale.
- nel distretto di Noto rispetto al dato regionale, in entrambi i generi si rilevano alti tassi per tutte le cause, per malattie circolatorie e per diabete mentre per quanto riguarda le broncopatie, questi si limitano agli uomini.
- nel distretto di Siracusa non si rilevano eccessi tra le donne rispetto al dato regionale, mentre si rilevano tassi di mortalità leggermente più elevati negli uomini per quanto riguarda le malattie circolatorie.

## 2.6 Mortalità per Tumori

Indicatori Mortalità oncologica	Sicilia		ASP 8 Siracusa		Distretto di Augusta		Distretto di Lentini		Distretto di Noto		Distretto di Siracusa	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<b>Mortalità per Tumori</b>												
Numero medio annuale di decessi	6785	4918	541	382	62	42	80	60	128	92	271	188
Tasso Standardizzato x 100.000	203,6	116,1	204,4	118,6	203,6	121,4	191,8	126,3	198,4	116,4	211,8	116,9

Fonte: Elaborazione DASCE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati della provincia di Siracusa in entrambi i generi mostra livelli di mortalità più alti (uomini 204,4; donne 118,6) rispetto al valore regionale nel complesso delle cause tumorali. Riguardo alla distribuzione della mortalità nella provincia in nessuno dei quattro distretti sono stati registrati eccessivi tassi di mortalità per cause tumorali. Si segnalano lievi incrementi di mortalità nel distretto di Siracusa tra gli uomini (211,8), e nei distretti di Augusta (203,6) e Lentini (126,3) tra le donne.

## 2.7 Altri dati sulla epidemiologia dei Tumori (dati RTP)

Stima dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti Età 0-84 (anno 2008)	Sicilia		ASP 8 Siracusa	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Casi Incidenti	8987	7004	716	558
Casi Prevalenti	41141	49564	3278	3949

Fonte: Elaborazione su Stime MAMOD 2008

La conoscenza dello stato di salute della Provincia di Siracusa oggi è possibile grazie ai dati del RTP (**Registro Territoriale di Patologia**) istituito nell'ex ASL 8 con la L.R. 1/1997. Nell'ultimo lavoro, *"Rerum Cognoscere Causas"*, sono disponibili dati su mortalità e ricoveri dal 1995 al 2005. Ma è soprattutto sulla incidenza dei tumori che il Registro siracusano, accreditato a livello internazionale dalla IARC di Lione (OMS), ha prodotto le informazioni più utili ed esclusive, con dati oggi disponibili che vanno dal 1999 al 2008. La pubblicazione *"I tumori in Provincia di Siracusa dal 2002 al 2005"*, racchiudendo gli anni mediani, è quella più rappresentativa dell'intero intervallo di anni 1999-2008.

### 2.7.a) - Incidenza

Nel quadriennio 2002-2005 in provincia di Siracusa sono stati diagnosticati 4.661 nuovi casi di tumore tra i maschi (di cui 3.763 senza pelle) e 3.407 tra le femmine (di cui 2.946 senza pelle), per un totale di 8.068 casi, con una media annua, pertanto, di 2.017 casi (1.165,3 tra i maschi e 851,7 tra le femmine). I TG (Tassi Grezzi) osservati si attestano intorno ai 598,8 casi annui per centomila abitanti tra i maschi e di 420,0 tra le femmine. Tra i maschi i TGS (Tassi Grezzi Specifici) per Età si mantengono bassi fino ai 50 anni circa per poi crescere decisamente fino ad un picco massimo intorno ai 75-79 anni. Tra le femmine i TGS iniziano a crescere più precocemente, a partire dai 40 anni, per raggiungere un picco massimo più tardi, intorno agli 80-85 anni. I TSI (Tassi Standardizzati sulla popolazione Italiana del censimento 1981) si attestano sui 466,7 tra i maschi, con LF (Limiti Fiduciali al 95%) del 15,1, e sui 362,3 tra le femmine con LF del 13,1. Precisando doverosamente che i dati disponibili sugli altri Registri Italiani risalgono ad un intervallo d'anni precedente (2000-2002), il confronto colloca la provincia di Siracusa ben al di sotto della media del Pool dei Registri Nazionali, attestandosi sui livelli del Centro-Sud, ma comunque lievemente al di sopra di Napoli, Salerno e Ragusa, sia tra i maschi che tra le femmine, ed al di sotto solo di Sassari.

I TSI, però, non sono omogenei nelle varie aree interne della Provincia di Siracusa, risultando massimi ad Augusta, con un TSI di 603,8 tra i maschi, e a Priolo 565,3 (entrambi superiori anche al TSI di 552,8 della media nazionale), laddove invece i valori minimi vengono osservati tra i Comuni della Zona Montana (Ferla, Cassaro, Buccheri e Buscemi) con un TSI tra i maschi del 330,5. Analoghi risultati, con le dovute proporzioni, sono stati osservati, ovviamente, standardizzando i dati anche sulla Popolazione Europea e su quella Mondiale. Globalmente in Provincia di Siracusa il RC-74 (Rischio Cumulativo 0-74 anni), ovvero il rischio di ammalarsi di cancro entro i 74 anni d'età è del 329,5 per mille tra i maschi e del 227,0 per mille tra le femmine, con un range compreso, ovviamente, tra i valori massimi di Augusta e quelli minimi della Zona Montana. Per quanto riguarda infine i TP (Tassi Proporzionali) le sedi più frequenti risultano essere tra i maschi Polmone (16,8%), Vescica (14,5%) Prostata (15,0%) e Colon-Retto (12,7%), e tra le femmine Mammella (29,0%) e Colon-Retto (12,7%).

### **2.7.b) – Sopravvivenza**

La Sopravvivenza Osservata è riferita ai tumori diagnosticati nel periodo 1999-2003 con follow up di almeno 5 anni fino al 31.12.2008. Tra i maschi i Tassi di Sopravvivenza per il Totale dei Tumori si attestano al 72,3 % dopo il primo anno, per poi scendere nei tre anni successivi al 62,7 %, al 57,6 % e al 53,2 %, ed arrestarsi infine al 49,3 % raggiunti i 5 anni dalla data di incidenza. Tra le femmine, invece, i Tassi di Sopravvivenza si mostrano più elevati, attestandosi al 77,9 % dopo un anno, per poi fermarsi al 58,2 % dopo i 5 anni. La differenza tra i due sessi sembra essere dovuta all'alta Sopravvivenza del più frequente tumore tra le femmine (la Mammella), e di contro alla bassa Sopravvivenza del più frequente tumore tra i maschi (il Polmone). Tra le singole Sedi Neoplastiche, infatti, i Tassi a 5 anni più elevati si osservano a carico dei tumori della Tiroide (maschi 87,5% e femmine 97,3%) e della Mammella (femmine 74,9%), mentre quelli più bassi si osservano a carico dei tumori del Pancreas (maschi 5,1% e femmine 2,0%), del Polmone (maschi 10,7% e femmine 11,1%) e del Fegato (maschi 8,0% e femmine 4,8%). Complessivamente, tra i periodi 1999-2002 e 2002-2005 si è osservato un miglioramento della sopravvivenza

### **2.7.c) – Trend Temporali**

Per quanto riguarda i Trend Temporali, mettendo a confronto il numero assoluto di casi osservati nel periodo 1999-2002 con quelli dell'attuale intervallo 2002-2005, tra i maschi si osserva un incremento medio del + 9,9 %, mentre tra le femmine l'incremento è del + 6,5 %. In realtà questo incremento è notevolmente influenzato dall'aumento degli anziani. Infatti confrontando i TSI dei due intervalli l'aumento si riduce a + 3,6 % tra i maschi e a + 1,8 % tra le femmine. In numeri assoluti, nel sesso maschile l'incremento maggiore tra le Sedi Neoplastiche più frequenti è quello della prostata (+ 25,7%). Nelle donne l'incremento più allarmante è quello dei Tumori del Polmone (+ 38,6 %), segno dell'allinearsi degli stili di vita tra i due sessi.

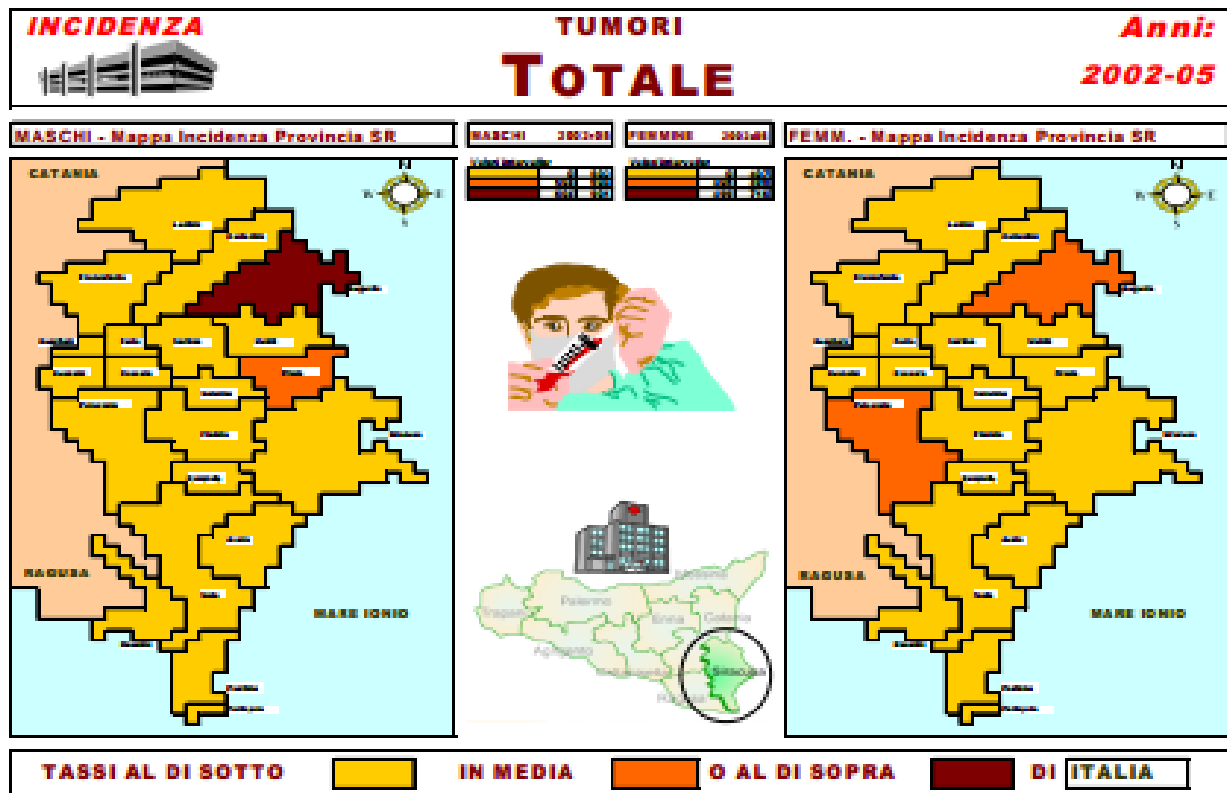
### **2.7.d) – Conclusioni**

L'aggiornamento dei dati del quadriennio 2002-2005 conferma sostanzialmente quanto già emerso nel precedente studio (1999-2002), e cioè che in Provincia di Siracusa i tumori hanno una incidenza nettamente inferiore a quella osservata nelle regioni italiane del Centro-Nord e sovrapponibile a quella dei registri del Sud Italia. Va rilevata tuttavia l'alta incidenza di alcune neoplasie in qualche area particolare della provincia ed il forte gradiente Nord-Sud ed Est-Ovest con tassi d'incidenza nettamente più elevati nell'area industriale di Augusta rispetto a quelle agricole di Noto e della Zona Montana. In sede conclusiva, infatti, una prima importante considerazione va fatta sui "Caso di Augusta e Priolo", che induce a formulare alcune osservazioni.

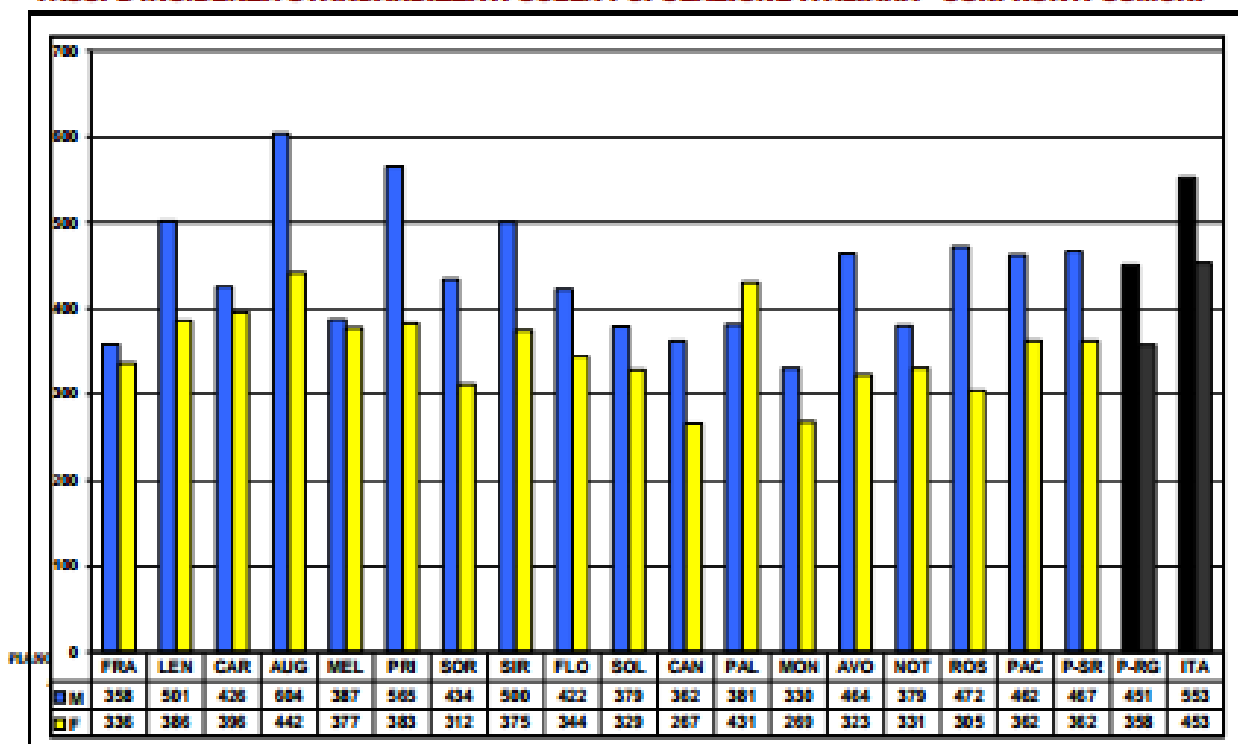
La prima è che non è vero, come si è creduto spesso in passato, che il dato dell'epidemiologia dei tumori in Sicilia si presenti omogeneo, si da far ritenere di poter estendere i risultati osservati dal Registro di Ragusa all'intera realtà regionale. Pertanto ben venga lo sviluppo di nuovi Registri nel Sud Italia, specie in altre aree a rischio ambientale.

La seconda riflessione riguarda la presunta protezione del ruolo della dieta mediterranea nei confronti del popolo siciliano. E' bastato, infatti, innestare una forte attività industriale in un'area della provincia di Siracusa, come quelle di Augusta e Priolo, per fare di questa area, in meno di cinquant'anni, un territorio assolutamente avulso dal resto del contesto siciliano e del tutto sovrapponibile ai profili epidemiologici di una realtà industriale del Nord Italia. Il ruolo della dieta rimane certamente importante, come dimostrato da molti studi, ma occorre senza dubbio restituire più attenzione alle esposizioni professionali ed ambientali.

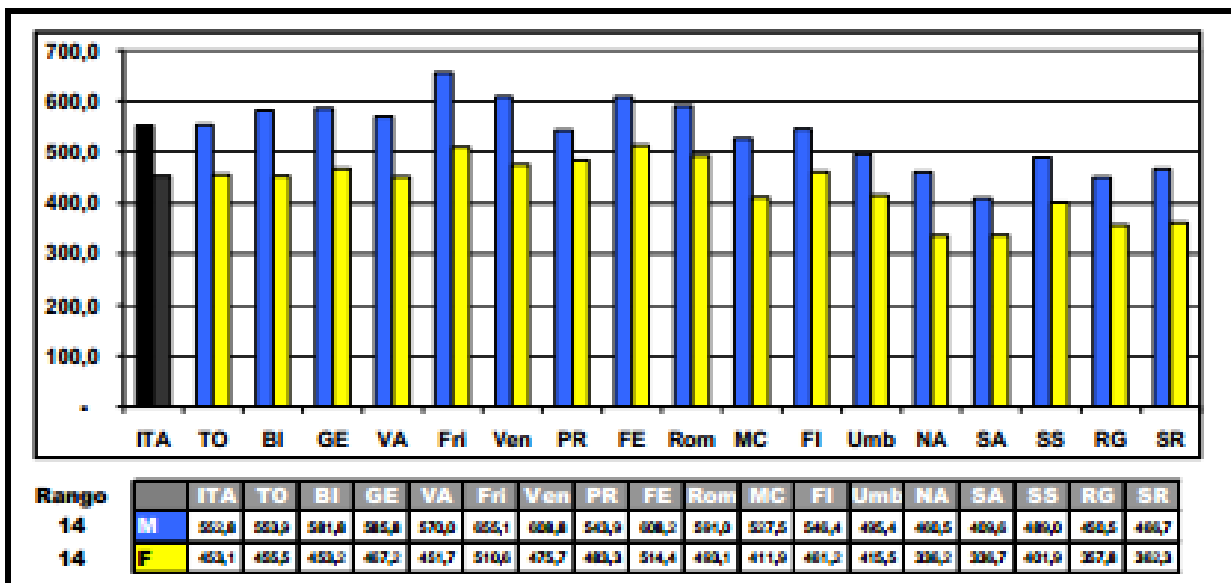
I casi di Augusta e Priolo, inoltre, sembrano suggerirci che le esposizioni occupazionali sono ancora più determinanti di quelle ambientali, che pur sempre ricoprono un ruolo assai importante e che potrebbero esercitare, con le prime, un'azione sinergica.



**TASSI D'INCIDENZA STANDARDIZZATI SULLA POPOLAZIONE ITALIANA - CONFRONTI COMUNI**



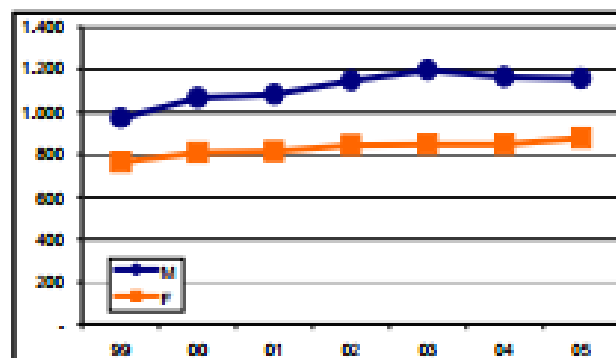
TASSI D'INCIDENZA STANDARDIZZATI SULLA POPOLAZIONE ITALIANA - CONFRONTI REGISTRI



CONFRONTI TEMPORALI - TSI e LF95 nei 2 periodi, Variazioni % e Verifica TSI con LFI>LFS di ITALIA

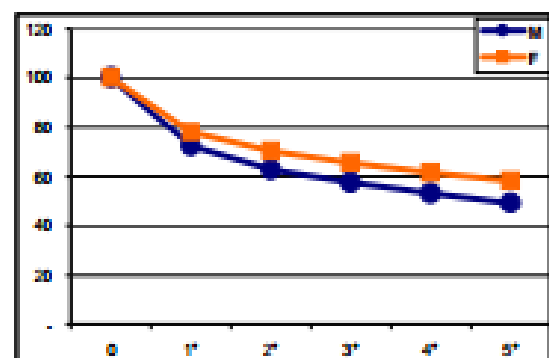
	Francoforte	Lentini	Canicattini	Augusta	Mazza	Priolo	Soriano	Siracusa	Floridia	Solitario	Canicattini	Palazzolo	Montama	Avola	Noto	Rosolini	Pachiporino	Provincia SR	RAGUSA	POOL ITALIA
<b>Maschi</b>																				
02-05 - TSI	398,4	501,3	405,8	603,8	387,1	565,3	454,4	580,3	432,0	378,8	362,1	381,0	380,5	463,5	375,5	472,1	461,9	466,7	450,5	552,8
02-05 - LF	74,5	63,5	89,9	53,1	76,9	84,9	96,9	28,2	62,1	100,9	94,1	93,2	96,1	53,4	56,5	66,2	59,8	15,1	18,2	2,4
99-02/02-05	-13,2%	6,0%	25,3%	-0,8%	-1,3%	28,7%	-1,9%	-1,3%	1,2%	20,0%	-13,8%	7,1%	6,0%	7,4%	-16,2%	23,0%	27,7%	3,0%	0,8%	0,0%
99-05 - TSI	380,5	480,0	382,8	606,1	386,7	553,3	438,7	583,5	419,5	347,2	391,3	368,4	381,2	447,6	416,3	437,1	411,8	484,5	450,5	552,8
99-05 - LF	86,8	47,0	83,1	44,0	88,3	67,7	73,4	21,4	46,8	73,0	77,9	68,5	71,8	36,7	44,7	47,6	42,7	11,2	12,9	2,1
<b>Femmine</b>																				
02-05 - TSI	336,1	385,9	368,0	442,0	377,3	382,5	312,0	374,6	344,4	328,5	268,9	430,9	268,8	323,1	326,6	364,6	362,5	362,3	357,8	453,1
02-05 - LF	89,7	54,1	65,8	45,1	76,2	78,3	80,5	23,8	55,7	92,3	80,6	93,5	84,3	43,8	51,7	52,8	52,3	13,1	16,7	2,2
99-02/02-05	17,4%	-5,8%	12,7%	1,9%	3,5%	13,7%	21,5%	-4,1%	16,2%	-7,1%	-4,4%	26,2%	16,8%	-4,2%	3,5%	7,0%	5,4%	1,8%	0,8%	0,0%
99-05 - TSI	311,2	397,8	368,2	437,9	376,9	360,3	284,4	382,8	318,0	311,1	280,7	373,6	246,5	329,4	325,3	380,5	353,2	358,2	357,8	453,1
99-05 - LF	80,7	41,5	47,9	37,3	57,2	57,4	58,1	18,2	40,5	71,8	62,5	65,7	61,1	33,9	38,7	39,0	39,0	8,8	11,3	1,8

TREND-SR NC-Variazioni M = 1,8% F = 1,8%



Variazioni tra gli anni 99-02/02-05		99	00	01	02	03	04	05
M	691	1.067	1.080	1.147	1.195	1.183	1.158	1.158
F	703	827	813	842	842	842	875	875

SOPRAVVIVENZA-SR %- A 1-5 anni da Diagnosi



Sopravviv. Osservata		0	1'	2'	3'	4'	5'
M	100	70,3	62,7	57,8	53,2	48,3	43,4
F	100	77,9	70,1	65,4	61,5	58,2	54,3

## 1.4 Carta di servizi

Con riferimento alle informazioni di interesse per il cittadino bisogna specificare che nel corso dell'anno 2012 l'odierno Commissario ha provveduto all'aggiornamento della carta dei servizi, con la quale si intende far conoscere agli utenti l'organizzazione e gli impegni dell'azienda, i servizi erogati e le procedure per accedervi. Rappresenta, quindi, uno strumento utile al fine di far acquisire al cittadino quella conoscenza necessaria perché gli sia garantito il diritto di scelta e partecipazione e con il quale l'Azienda si assume un impegno di garanzia di qualità dei propri servizi.

## 1.5 Relazione annuale aziendale per la valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali Anno 2012

In ottemperanza a quanto stabilito dal Decreto Assessorato Regionale della Salute del 22/07/2011, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ASP 8 SR ha svolto trimestralmente l'attività di somministrazione dei questionari per la rilevazione della qualità percepita nelle percentuali stabilite dal Decreto. Nel corso dell'anno 2012, ha somministrato 404 questionari mensili per un totale di 4848 questionari (pari all'1% delle 40.516 prestazioni ambulatoriali mensili).

I questionari sono stati distribuiti dal personale degli Uffici URP agli operatori degli ambulatori territoriali che a loro volta li hanno consegnati ai pazienti dopo l'erogazione della prestazione. I pazienti sono liberi di restituire il questionario compilato agli operatori stessi, agli uffici URP o nelle cassette dislocate in tutte le strutture aziendali.

### Descrizione del campione

Gli utenti coinvolti nella rilevazione della qualità percepita per la valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali sono stati, nell'anno di riferimento, il 2012, 5.361. La maggior parte degli utenti che hanno risposto al questionario, il **74,18%**, è costituita dal paziente stesso, la persona, cioè, che ha usufruito direttamente della prestazione; nel **18,37%** dei casi il questionario è stato compilato da un familiare.

Gli intervistati sono per il **52,92%** donne, gli uomini sono però ben rappresentati con una percentuale del **40,66%** e hanno un'età che va dai 18 anni agli oltre 70, la fascia più rappresentata con il **41,54%** è però quella dei pensionati ultrasessantenni.

Gli intervistati, inoltre, hanno un livello di istruzione medio alto (tra diploma, laurea e post laurea si ha una percentuale del **50/66%**), sono per lo più casalinghe (**26,60**), impiegati (**26,25**) e pensionati (**17,46**), sono residenti nella provincia di Siracusa (**85,97**) e di nazionalità italiana (**95**).

<b>Descrizione del Campione : Servizi ed Ambulatoriale</b>	
Paziente stesso	74.18%
Un familiare	18.37%
Donne	52.92%
Uomini	40.66%
Età 18- 70	40.66%
Pensionati > 70	41.54%
Diplomati/ Laureati/ Post-Laureati	50/66%
Casalinghe	26.60%
Impiegati	26.25%
Residenti di Siracusa	85.97%
Nazionalità Italiana	95%

## Analisi dei dati

I dati sono stati aggregati in cinque aree di indagine per facilitarne la lettura e l'individuazione delle criticità e dei punti di forza.

### 1. Area d'indagine: qualità del servizio ricevuto

Il giudizio globale espresso dall'utenza sulla qualità del servizio di cui ha usufruito (item D1) è buono per il **67,90%** e sufficiente per il **26.69%**. Unendo i due dati abbiamo una percentuale di valutazione positiva del **94,59%**. Il dato si riferisce ad una valutazione annuale ed è interessante confrontarlo con la rilevazione effettuata nell'ultimo trimestre del 2011, periodo in cui è stata implementata la procedura regionale di rilevazione della qualità percepita; il confronto tra i due dati unificati vede un aumento, anche se del **4%**, del grado di soddisfazione. Disaggregando i dati emerge un altro dato importante, e cioè l'aumento rispetto alla rilevazione del 2011, della percentuale degli utenti che hanno giudicato buono il servizio offerto, dal **53,96%** del 2011 passiamo all'attuale **67,90%**.

L'utenza che si esprime in modo nettamente negativo giudicando pessimo e insufficiente il servizio è il **4,07%**, dimezzata rispetto alla percentuale dell'anno precedente.

L'item (D21) "*Rispetto alle sue aspettative il servizio che ha ricevuto è stato..*" è molto importante per valutare il divario tra la qualità attesa e la qualità percepita. Il 62,34 giudica pienamente soddisfatte le proprie attese e il **28,13%** ha ricevuto un servizio migliore di quanto si aspettava.

I dati positivi appaiono ancor più "consolidati" considerato che la rilevazione è annuale e che più della metà del campione (**53,39%**) dichiara che non è la prima volta che usufruisce di quell'ambulatorio.

Le prestazioni più ricorrenti di cui l'utenza intervistata ha usufruito sono le visite (**53,65**), visite ed esami (**17,37**) e esami diagnostici (**15,97**). La motivazione principale alla base della scelta degli ambulatori sia territoriali che ospedalieri, (D4) "*Quale è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?*", è nel **45,31%** dei casi frutto di un'indicazione del medico (MMG, specialista...) e per il **16,79%** è legata alla competenza del professionista.

Emerge una percentuale, il **13,47%**, non trascurabile di utenti che sceglie la struttura in base alla vicinanza della struttura, per quanto riguarda soprattutto gli ambulatori dei Distretti. Ciò

può essere letto come una conferma della validità di potenziare i servizi territoriali. Mentre la scelta dell'ambulatorio ospedaliero vede un dato del **33%** legato alla competenza della struttura.

Per quanto riguarda la richiesta di visita specialistica si rileva un dato che evidenzia la normale prassi procedurale, ovvero il **66,16%** delle richieste di visita specialistica scaturiscono da richieste del medico di famiglia, contro un **17,50%** richiesto direttamente dallo specialista; il dato del controllo a seguito di ricovero è dell' **8,06%** .

AREA D'INDAGINE 1 : <i>Qualità del servizio ricevuto.</i>	Ottimo	Sufficiente	Insufficiente
<i>Qualità del servizio ricevuto</i>	67.90%	26.69%	4.07%
	Indicazione del medico	Competenza del professionista	In base alla vicinanza
<i>Qual è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?</i>	45.31%	16.79%	13.47%

## 2. AREA D'INDAGINE: ACCOGLIENZA, GENTILEZZA, DISPONIBILITA', ecc.

E' l'area della presa in carico dell'utente e della cura intesa non esclusivamente in senso sanitario ma anche come attenzione complessiva (informazioni su diagnosi e condizioni di salute, le informazioni sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa, l'attenzione dedicata dal professionista, il rispetto della privacy, la cortesia del personale).

L'item D14 "*Come valuta l'attenzione che Le ha dedicato il professionista che l'ha assistita?*" può essere considerato significativo ai fini della valutazione globale della cura dell'attenzione con cui il paziente si è sentito preso in carico. I dati emersi possono considerarsi soddisfacenti: il **52,23%** degli intervistati dà un giudizio *ottimo*, il **38,61%** un giudizio di adeguatezza e il **5,88** di sufficienza, la percentuale di intervistati che attribuisce alla relazione con il professionista una valutazione scarsa è bassissima, lo **0.99%**.

Andando nello specifico dei vari aspetti della relazione (D15 "*Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi e sulle Sue condizioni di salute?*" D16 "*Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa?*" D17 "*Qual è il Suo giudizio sul rispetto della riservatezza durante la visita/terapia/esame?*" D18 "*Qual è il Suo giudizio in merito alla gentilezza e alla cortesia del personale?*") i risultati positivi si confermano. Le percentuali di conferme positive (giudizio buono) vanno dal **61,48%** al **67,56%** che si innalzano sensibilmente, fino a più del **90%**, se vengono aggregati con le risposte che indicano un giudizio sufficiente.

AREA D'INDAGINE 2 : <i>Accoglienza, gentilezza, disponibilità.</i>	Ottimo	Sufficiente	Insufficiente
<i>Come valuta l'attenzione che Le ha dedicato professionista che l'ha assistita?</i>	52.23%	44.49%	0.99%

### 3. AREA D'INDAGINE: ACCESSIBILITA' ALLE STRUTTURE

Le dimensioni della qualità percepita relative all'area di indagine riguardante l'accessibilità (disponibilità di parcheggi, barriere architettoniche, raggiungibilità della struttura, segnaletica interna) mostrano segnali di criticità. In particolare, la disponibilità dei parcheggi rileva una percentuale tra pessimo ed insufficiente pari al **39%**.

Nel dettaglio la disponibilità di parcheggi risulta maggiormente negativa per gli ambulatori del territorio rispetto a quelli dei Presidi, nello specifico per i Poliambulatori di Augusta, Noto (Avola) e Siracusa, per i Presidi Ospedalieri di Avola, Siracusa e Lentini.

Sulle barriere architettoniche, i risultati di ricerca non vanno osservati nella loro totalità, ma nel dettaglio, poiché nonostante si abbia un valore positivo pari a **76,4%** tra sufficiente e buono resta comunque un **18,21%** che segnala una criticità e non può essere sottovalutato. Infatti, scorporando i dati viene posto in evidenza che nel Distretto di Augusta raggiungiamo un giudizio negativo del **90%**, diametralmente opposto al **10%** di insufficienza espresso per gli ambulatori del P.O. di Augusta. Tale criticità verrà compensata dalla realizzazione del PTA presso la struttura ospedaliera. Nel dettaglio anche i Poliambulatori di Siracusa e SUB Palazzolo mostrano dati nettamente negativi superiori al **60%**.

La raggiungibilità della struttura e la segnaletica interna per raggiungere gli ambulatori rivelano risultati nel complesso positivi. Per quanto riguarda la segnaletica interna, nel corso del 2012 sono stati realizzati interventi di ristrutturazione della segnaletica che ha, evidentemente, avuto l'approvazione dell'utenza.

AZIONE: verifica adeguatezza delle strutture e predisposizione interventi compatibili con le realtà strutturali esistenti.

RESPONSABILI: Direttori dei Distretti, Responsabile Servizio Tecnico.

TEMPI DI ATTUAZIONE: entro il 2013

INDICATORI: n. interventi predisposti/n. di strutture sottoposte a verifica

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: semestrale tramite i questionari.

AREA D'INDAGINE 3 : <i>Accessibilità alle strutture.</i>	Ottimo/Sufficiente	Insufficiente
<i>Disponibilità di parcheggi</i>	61%	39%
<i>Barriere Architettoniche</i>	76.4%	18.31%

### 4. AREA D'INDAGINE: AMBIENTI, PULIZIA

Il giudizio espresso dagli intervistati rispetto alla pulizia degli ambienti, D12 "*Qual è il Suo giudizio rispetto alla pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche)*" è significativamente positivo, è pari all'**80,3%**, sommando il **41,84%** di sufficiente e il **38,46%** di buono; il restante dato negativo pari al **26,05%** (tra pessimo e insufficiente), è fortemente sbilanciato, in senso negativo, verso la pulizia degli ambienti dei Poliambulatori rispetto agli Ambulatori dei Presidi Ospedalieri.

Lo stesso andamento viene rispecchiato nei dati relativi al giudizio espresso rispetto alla comodità degli ambienti D13 "*Qual è il Suo giudizio rispetto alla comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche.)*" La somma dei giudizi sufficiente e buono raggiunge una percentuale dell'**81,35%**.

AZIONE: verifica adeguatezza applicazione procedura pulizia e comodità degli ambienti e predisposizione interventi correlati  
 RESPONSABILI: Direttori dei Distretti, Responsabile Servizio Tecnico.  
 TEMPI DI ATTUAZIONE: entro il 2013  
 INDICATORI: n. interventi predisposti/verifiche effettuate.  
 PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: tramite i questionari:

AREA D'INDAGINE 4 : <i>Ambienti, Pulizia.</i>	Ottimo	Sufficiente	Insufficiente
<i>Qual è il Suo giudizio rispetto alla pulizia degli ambienti?</i>	38.46%	41.84%	26.05%
	Ottimo/Sufficiente		Insufficiente
<i>Qual è il Suo giudizio rispetto alla comodità degli ambienti?</i>	81.35%		18.65%

## 5. AREA D'INDAGINE: TEMPI DI ATTESA

La dimensione della qualità percepita sull'area di indagine riguardante il tempo di attesa riguarda vari aspetti e non segnala criticità rilevanti. *(Se ha pagato il ticket, come valuta il tempo di attesa per il pagamento? Se ha fatto un esame, come valuta il tempo di consegna del referto? Al momento della prenotazione Le è stato precisato un orario? Se Le è stato indicato un orario o una fascia oraria, quanto tempo è trascorso tra l'orario in cui Le è stato fissato l'appuntamento ed il momento in cui è stato chiamato per effettuare la visita/esame/terapia).* Il tempo di attesa per poter pagare il ticket è valutato *breve e adeguato* dal **63%** degli intervistati. Solo il **7,85%** ritiene di aver atteso eccessivamente. Anche il tempo di attesa per la consegna del referto è considerato *adeguato*, il **64,59%** di risposte è, infatti, *adeguato e breve*. Per entrambi gli item una rilevante percentuale di utenti, circa il **29%**, però, non risponde.

La modalità di prenotazione e l'attenzione alle informazioni fornite (D10 *"Al momento della prenotazione Le è stato precisato un orario"*, D11 *"Se Le è stato indicato un orario o una fascia oraria, quanto tempo è trascorso tra l'orario in cui Le è stato fissato l'appuntamento ed il momento in cui è stato chiamato per effettuare la visita/esame/terapia"*) raccolgono una grande percentuale di pareri positivi. Il **90,36** dichiara che al momento della prenotazione l'operatore ha indicato o un orario preciso per l'erogazione o una fascia oraria; il **39,99%** degli utenti ha, poi, atteso al momento della fruizione della prestazione meno di trenta minuti, il **37,87%** dichiara di aver aspettato tra i 30 e i 60 minuti e il **14,01%** oltre i sessanta minuti. Poco più del **50%** indica un tempo di attesa che deve essere considerata una criticità. Alla domanda relativa all'agevolezza della prenotazione D7 *"La modalità di prenotazione è stata agevole?"* emerge un dato nettamente positivo, il **78,49%** degli intervistati giudica comodo e semplice effettuare la prenotazione, è un dato, però, che contrasta con i reclami pervenuti nei vari uffici URP relativamente alla mancanza di un servizio di prenotazione telefonico adeguato o un self tramite totem.

Il tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rivelano giudizi negativi pari al **28,87%**, un dato che, confrontato con il dato negativo del 2011, pari al **41%**, suggerisce che gli sforzi dell'Azienda volti ad affrontare la problematica delle liste di attesa ha avuto dei frutti.

L'attesa per l'erogazione di prestazioni rappresenta una delle sfide più importanti da tempo affrontata dall'Azienda sanitaria. L'intervento in tale ambito di attività è complesso e riguarda svariati fronti organizzativi, tra cui l'analisi della domanda e la rimodulazione dell'offerta che per la complessità della trattazione esulano da questo contesto e vanno indirizzati a progetti specifici. Di seguito viene riportata una linea d'azione riferita ad aspetti specifici rilevati dagli assistiti.

AZIONI: Stesura procedure gestione referti e procedure di gestione della prenotazione

RESPONSABILI: Direttore dei Distretti, Responsabile CUP Aziendale, Responsabile SIFA

TEMPI DI ATTUAZIONE: 4 mesi

INDICATORI: tempo di attesa rilevato dal sistema CUP e valutazione del gradimento tramite il questionario

PERIODICITA': TRIMESTRALE

AREA D'INDAGINE 5 : <i>Tempi di Attesa.</i>	Breve/adeguato	Eccessiva	Nessun Risposta
<i>Il tempo di attesa per pagare il ticket.</i>	63%	7.85%	29%
	< 30 minuti	30-60 minuti	> 60 minuti
<i>Il tempo di attesa tra l'appuntamento fissato e l'appuntamento attuale.</i>	39.99%	37.87%	14.01%

## **Relazione annuale aziendale per la valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale Anno 2012**

N° utenti dimessi in ricovero ordinario in tutta l'azienda 32.393

N° questionari somministrati per la valutazione dei servizi di ricovero e cura in tutta l'azienda 2.352

L'assistenza ospedaliera dell'ASP di Siracusa è strutturata in due Distretti Ospedalieri:

- SR 1 con i PP.OO. Umberto I ed Avola-Noto, con una dotazione di 520 posti letto per acuti;
- SR 2 con i PP.OO. di Lentini ed Augusta, con una dotazione di 230 posti letto per acuti.

La dotazione prevede inoltre 80 posti letto per malati in post-acuto.

Il P.O. Umberto I è ospedale di II livello ed è dotato di Rianimazione, UTIN, UTIC e posti letto ordinari di Medicina di Accettazione ed Urgenza (MCAU). Il punto nascita è di secondo livello. In ottemperanza a quanto previsto dal D.A. del 22/7/2011, avente per oggetto la guida all'implementazione per l'avvio del sistema regionale di qualità percepita, è stato preventivamente individuato il numero di questionari da somministrare e nel corso dell'anno 2012, ne sono stati distribuiti e raccolti: nel D.O. SR 1 n. 1.704 e nel D.O. SR 2 n. 648, per un totale di 2.352 questionari.

La somministrazione è stata curata dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), mentre l'Ufficio Qualità Aziendale ha provveduto al caricamento dei dati e all'elaborazione degli stessi. L'analisi è stata effettuata congiuntamente dai due Uffici e a differenza dell'anno

2011, in cui la rilevazione era iniziata a settembre e si era conclusa a dicembre, nell'anno 2012 la rilevazione si è svolta nell'arco dei 12 mesi.

Essendo stata conclusa la fase di predisposizione di strumenti tecnici ed informatici necessari per supportare l'istituzione di un flusso informativo regionale, i questionari sono ormai scaricabili dal sito internet opportunamente predisposto dalla Regione ([www.qualitasiciliassr.it](http://www.qualitasiciliassr.it)), ed è possibile compilarli sia on line che attraverso il cartaceo che verrà comunque distribuito in tutte le UU.OO. interessate alla rilevazione per i due *setting* assistenziali: ricovero e cura in Ospedale e prestazioni ambulatoriali. Nel sito web aziendale ([www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it)) è presente il link al sito regionale su citato.

## **Analisi dei dati raccolti**

Lo studio è stato realizzato su un campione costituito da 2.352 utenti di entrambi i sessi, con un risultato abbastanza bilanciato per quanto riguarda la variabile di genere, con una frequenza leggermente superiore per quello femminile.

I soggetti intervistati sono prevalentemente di nazionalità italiana (**84,23%**). Il **72,66%** del campione risiede nella provincia ed ha un'età compresa tra i 18 e oltre i 70 anni, con una più alta frequenza di persone tra i 31 e i 50 anni (**20,41%**) e tra i 51 e i 70 anni di età (**19,77%**). Il **45,07%** del campione intervistato non ha riportato l'età sul questionario.

In riferimento al tipo di professione svolta, la percentuale più alta è rappresentata da casalinghe (**31,46%**), il **24,45%** da operai ed impiegati ed il **15,69%** da pensionati. Segue la categoria dei commercianti (**7,06%**), studenti (**3,19%**), solo il **2,04%** dichiara di essere dirigente, il **12,12%** artigiano, disoccupato, inoccupato, ecc.

Il **47,87%** del campione presenta un livello d'istruzione medio alto (se sommiamo coloro che hanno un diploma di scuola media superiore e un diploma di laurea e post laurea); il **33,84%** possiede il diploma di scuola media inferiore, il **11,73%** la licenza elementare e il **2,47%** è privo di titolo di studio.

Per il **56,34%** dei questionari somministrati, il compilatore è stato il paziente, mentre per il **36,27%** un familiare.

Rispetto alle criticità rilevate si dettagliano di seguito le azioni di miglioramento da sviluppare, il/i professionista/i responsabili, i tempi di attuazione, gli indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo, la periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi.

Al fine di finalizzare l'analisi alla corretta individuazione di specifiche misure correttive, i dati sono stati aggregati in 7 aree di indagine/ intervento. Sulla base di queste suddivisioni sono state quindi definite le azioni di miglioramento.

<b>Descrizione del Campione : Ricovero e Cura in Ospedale</b>	
Paziente stesso	56.34%
Un familiare	36.27%
Età 18- 70 e risiede nella provincia di Siracusa	72.66%
Pensionati > 70	15.69%
Diplomati/ Laureati/ Post-Laureati	47.87%
Studenti	3.19%
Dirigente	2.04%
Commercianti	7.06%
Casalinghe	31.46%
Impiegati	24.45%
Disoccupato, inoccupato, artigiano	12.12%
Residenti di Siracusa	85.97%
Nazionalità Italiana	84.23%

### 1. AREA D'INDAGINE: QUALITA' DEL SERVIZIO RICEVUTO

Relativamente al giudizio espresso sul servizio ricevuto (D1), il **58,76%** del campione complessivo dichiara di aver ricevuto un servizio di buona qualità, mentre il **31,85%** lo giudica comunque sufficiente. Coloro che esprimono un giudizio insufficiente/pessimo rappresentano circa il **3,87%**. Poiché questa domanda rappresenta la sintesi della qualità del servizio, indagata anche con le domande successive, non sono previste azioni di miglioramento. Si presume infatti che intraprendendo azioni di miglioramento nelle aree successive, dovrebbe migliorare la qualità percepita dall'intervistato anche per questa area.

AREA D'INDAGINE 1 : <i>Qualità del servizio ricevuto.</i>	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<i>Qualità del servizio ricevuto.</i>	58.76%	31.85%	3.87%

### 2. AREA D'INDAGINE: ACCOGLIENZA, GENTILEZZA; DISPONIBILITA' DA PARTE DI MEDICI ED INFERMIERI

Relativamente alle domande D2a (gentilezza e cortesia durante l'accoglienza) il **62,37%** del campione dà un giudizio buono, il **30,44%** sufficiente, mentre per il **5,44%** degli intervistati il giudizio è insufficiente/pessimo. Rispetto alle domande: 1) D3a (gentilezza e cortesia del personale medico) per il **66,50%** del campione il giudizio è buono, per il **27,38%** è sufficiente, mentre per il **4,77%** insufficiente/pessimo; 2) D4a (gentilezza e cortesia del personale infermieristico), per il **65,52%** degli intervistati il giudizio è buono, per il **27,72%** è sufficiente, mentre per il **6,12%** è insufficiente/pessimo.

Rispetto alle domande D3b) disponibilità ad ascoltare le richieste del paziente da parte del personale medico, il **90,69%** del campione ha espresso un giudizio tra buono e sufficiente, il **6,13%** insufficiente/pessimo) e D4b) disponibilità ad ascoltare le richieste del paziente da parte del personale infermieristico, per il **92,26%** degli intervistati il giudizio è tra buono e sufficiente, ma per il **6,34%** è insufficiente/pessimo.

Rispetto alla domanda D4c (sostegno, capacità di tranquillizzare e mettere a proprio agio), buono per il **60,84%**, per il **32,36%** sufficiente, ma per il **6,03%** insufficiente/pessimo). Rispetto alla domanda D4d (disponibilità a dare informazioni) per il **92,77%** circa è buono/sufficiente, ma insufficiente/pessimo per il **6,08%**).

AZIONE: occorre interagire sulla formazione del personale, prevedendo specifici corsi di addestramento.

RESPONSABILI AZIONE: Responsabile U.O. Formazione Aziendale (effettuazione corsi) e Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili delle UU.OO. (individuazione dei dipendenti da segnalare per la frequenza dei corsi, vigilanza sulla effettiva partecipazione e monitoraggio dei comportamenti).

TEMPI DI ATTUAZIONE: presumibilmente entro il 2013.

INDICATORI: n. personale formato/n. personale individuato

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: semestrale.

AREA D'INDAGINE 2 : <i>Accoglienza, gentilezza, disponibilità.</i>	Ottimo	Sufficiente	Insufficiente
<i>Gentilezza e cortesia durante l'accoglienza</i>	62.37%	30.44%	5.4%
<i>Gentilezza e cortesia del personale medico.</i>	66.50%	27.38%	4.77%
<i>Gentilezza e cortesia del personale infermieristico.</i>	65.52%	27.72%	6.12%

### 3. AREA D'INDAGINE: DISPONIBILITA' A DARE INFORMAZIONI SULLA ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO, SULLA DIAGNOSI E CONDIZIONI DI SALUTE, SUI RISCHI LEGATI ALLE CURE E TERAPIE, AL MOMENTO DELLE DIMISSIONI

Rispetto alla domanda D2b (Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto) per il **6,12%** degli intervistati, il giudizio è insufficiente/pessimo, per il **52,59%** è invece buono e per il **39,88%** è sufficiente.

AZIONE/I: preparazione fogli informativi per ciascuna UU.OO. di degenza dei PP.OO. da distribuire a pazienti e familiari e da appendere in bacheca, contenenti il regolamento della U.O. orario di visita dei familiari e linee di condotta, sull'orario di distribuzione dei pasti, sul funzionamento di attrezzature in dotazione (campanello di chiamata, luce testa letto, ecc), sull'ubicazione di bagni e docce, orari e modalità per ricevere informazioni dai medici, ecc.

RESPONSABILI AZIONE: Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Infermieri.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 6 mesi

INDICATORI: n. UU.OO./n. fogli informativi realizzati.

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: trimestrale Rispetto alle domande D3c (Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute), D3d (Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia) e D3e (Informazioni ricevute al momento della dimissione) il **58,07** degli intervistati ha dato un giudizio buono, mentre il **5,11%** ha espresso un giudizio insufficiente/pessimo.

AZIONI:

1) Stesura procedura;

2) Formazione degli operatori per l'applicazione della procedura.

RESPONSABILI AZIONI: Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO., Responsabile U.O. Formazione Aziendale.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 3 mesi (stesura procedura); 1 anno (formazione operatori)

INDICATORI: n. di operatori formati/n. totale operatori.

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: semestrale.

AREA D'INDAGINE 3 : <i>Disponibilità a dare informazioni.</i>	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<i>Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto</i>	52.59%	39.88%	6.12%

#### 4. AREA D'INDAGINE: TEMPISTICA ASSEGNAZIONE POSTO LETTO

Rispetto alla domanda D2c (Tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto) per il **57,10** il giudizio è buono, per il **34,69%** sufficiente, mentre per il **7,10%** degli intervistati il giudizio è insufficiente/pessimo.

AZIONI :

1) Stesura di procedura che definisca i tempi di assegnazione del posto letto a seconda della tipologia di pazienti;

2) Formazione degli operatori per l'applicazione della procedura.

RESPONSABILI AZIONE: Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO.; Responsabile U.O. Formazione Aziendale.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 3 mesi (stesura procedura); 1 anno (formazione operatori)

INDICATORI: n. di operatori formati/n. totale operatori.

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: semestrale.

AREA D'INDAGINE 4 : <i>Tempistica assegnazione posto letto.</i>	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<i>Tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto.</i>	57.10%	34.69%	7.10%

#### 5. AREA D'INDAGINE: AMBIENTI, PULIZIA, FUNZIONALITA' DEI SERVIZI

Rispetto alle domande D5a, D5b, D5c, D5d, D5e, D5f il giudizio è buono per il **43.41%** degli intervistati, sufficiente per il 40,16%, ma è insufficiente/pessimo per circa il **13,45%**.

AZIONI:

1) verifica e predisposizione di interventi correttivi;

RESPONSABILI AZIONI: Facility Manager (verifica della coerenza tra quanto previsto nel capitolato e quanto effettivamente svolto dalla ditta di pulizia), Direttore U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi e Direttori/Responsabili UU.OO.; Direttori dei PP.OO e Direttori/Responsabili UU.OO.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 6 mesi

INDICATORI: n. interventi/n. verifiche effettuate

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: annuale.

AREA D'INDAGINE 5 : <i>Ambienti, pulizia, funzionalità dei servizi.</i>	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<i>Ambienti, pulizia, funzionalità dei servizi</i>	43.41%	40.16%	13.45%

#### 6. AREA D'INDAGINE: QUALITA' DEI PASTI

Per le domande relative ai pasti D5g, D5h, D5i, per il **27,01%** degli intervistati è buona, per il **46,09%** è sufficiente, ma per il **21,71%** è insufficiente/pessima, evidenziando una notevole criticità.

AZIONI: incontri con le ditte addette alla preparazione dei pasti.

RESPONSABILI AZIONI: Facility Manager (verifica della coerenza tra quanto previsto nel capitolato e quanto effettivamente svolto dalle ditte fornitrici i pasti), Direttori dei PP.OO. e Commissioni Vitto dei PP.OO.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 6 mesi

INDICATORI: giudizio espresso tramite il questionario

PERIODICITA' DELLA MISURAZIONE DEGLI INDICATORI ADOTTATI: trimestrale.

AREA D'INDAGINE 6 : <i>Qualità dei pasti.</i>	Buona	Sufficiente	Insufficiente
<i>Qualità dei pasti.</i>	27.01%	46.09%	21.07%

## 7. AREA D'INDAGINE: ASPETTI ORGANIZZATIVI GESTIONALI

Per la domanda D5J (orari di visita) per il **44,30%** degli intervistati il giudizio è buono, per il **44,43%** è sufficiente, mentre è insufficiente/pessimo per circa il **9%** del campione. Si rimanda alle azioni D2b, in quanto è strettamente connessa alla stesura dei fogli informativi in ognuna delle UU.OO.

Per quanto riguarda le domande D5k (rispetto della privacy) il **50,94%** del campione ha dato un buon giudizio, il **40,86%** sufficiente, mentre il **6,55%** si è espresso in termini di insufficienza) e D5l (relativamente alle condizioni di trasporto), il **43,62%** esprime un buon giudizio, il **45,54%** un giudizio sufficiente, che invece per il **5,61%** degli intervistati è insufficiente/pessimo.

AZIONI:

1) stesura dichiarazione scritta dei diritti del paziente e dei familiari da consegnare al paziente al momento dell'arrivo in reparto. Copia della dichiarazione rimane a disposizione per tutta la durata della degenza in quanto appesa alle pareti di ogni stanza;

2) Formazione degli operatori

RESPONSABILI AZIONE:

1) Direttori dei PP.OO. e Direttori/Responsabili UU.OO. (stesura della dichiarazione);

2) Direttori/Responsabili UU.OO. (distribuzione e divulgazione della dichiarazione);

3) Responsabile Formazione Aziendale per quanto riguarda l'azione nr. 2.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 3 mesi (Stesura); 1 anno (formazione)

INDICATORI: n. dichiarazioni distribuite/n. pazienti ricoverati; n. di operatori formati/n. totale operatori.

AREA D'INDAGINE 7 : <i>Aspetti organizzativi gestionali.</i>	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<i>Aspetti organizzativi gestionali (Orari di visita)</i>	44.30%	44.43%	9%

## **Conclusioni:**

Sostanzialmente gli interventi riguardano la formazione degli operatori e la stesura di specifiche procedure.

Per quanto riguarda la formazione è necessario intervenire su quattro ben determinati aspetti:

- 1) migliorare la capacità di comunicare col paziente e saper meglio gestire le sue aspettative ed esigenze;
- 2) condividere, integrare e mettere a punto le procedure già esistenti o da mettere a punto ex novo;
- 3) "restituire" le informazioni dei questionari agli operatori con mirati interventi di follow up;
- 4) fornire agli operatori tutte le informazioni necessarie per la corretta gestione del paziente.

Per quanto riguarda invece il secondo aspetto è necessario "dotarsi" di specifiche procedure in grado di:

- 1) fornire al paziente una esaustiva conoscenza dei percorsi ospedalieri;
- 2) definire nel dettaglio i comportamenti operativi degli operatori nelle varie fasi del ricovero con particolare evidenza per quella di accoglienza, accesso alle prestazioni (con particolare riguardo quelle chirurgiche), gestione della degenza ordinaria ed infine dimissione. Ogni fase va definita in ogni aspetto e va assegnata con specifiche responsabilità operative e di rapporto con il paziente.
- 3) migliorare taluni aspetti dell'assistenza particolarmente "sentiti" dal paziente quali: l'informazione ricevuta sulle cure erogate, la qualità dei pasti e la conoscenza dell'organizzazione che lo accoglie. E' di tutta evidenza che le criticità finora individuate prevedono azioni di miglioramento da intraprendere durante l'anno 2013. L'anno 2013 servirà a mettere meglio a punto le linee di intervento già scelte ed a inserirne "in cantiere" di nuove sempre più selettive ed efficaci.

## CAPITOLO 2

### 2.1 Risorse Finanziarie Assegnate

Dati economico-finanziari

(tratti dal Conto Economico D.M. 11 febbraio 2002)

CONTO ECONOMICO

(in migliaia di euro)

Di seguito si riportano i valori del modello CE 2012 in conto/esercizio.

CONTO ECONOMICO		(in migliaia di euro)	
		2011	2012
A1	Contributi F.S.R.	604.043	602.256
A2	Entrate proprie	15.898	18.318
A3	Costi capitalizzati	4.916	5.038
<b>A - Totale Ricavi</b>		<b>624.857</b>	<b>625.612</b>
B1	Personale	189.922	192.446
B2	Produzione farmaci ed emoderivati	29.979	28.731
B3	Altri beni e servizi	26.599	29.229
B4	Beni non sanitari	2.117	2.002
B5	Servizi non sanitari	18.450	21.776
B6	Servizi sanitari	8.533	7.757
B7	Manutenzione	6.958	7.060
B8	Godimento beni di terzi	3.199	2.398
B9	Oneri diversi di gestione	3.451	2.662
B10	Ammortamenti	7.989	7.997
B11	Accantonamenti	9.183	4.732
B12	Variazione rimanenze	4.807	1.168
<b>B - Totale costi interni</b>		<b>311.187</b>	<b>305.622</b>
C1	Medicina di base	41.410	43.432
C2	Farmaceutica convenzionata	78.859	79.712
C3	Prestazioni da privato – ospedaliera	35.169	36.645
C4	Prestazione da privato – ambulatoriale	34.916	34.375
C5	Prestazione da privato - riabilitazione extra ospedaliera	14.500	14.890
C6	Trasporti sanitario da privato	1.723	1.681
C7	Assistenza integrativa e protesica da privato	12.616	12.923
C8	Prestazioni da privato - altro	10.039	10.746
C9	Prestazioni da pubblico	0	20
<b>C - Totale costi esterni</b>		<b>229.232</b>	<b>234.424</b>
<b>D - Totale costi operativi (B+C)</b>		<b>540.419</b>	<b>540.046</b>
E1	Saldo gestione finanziaria	2.750	1.921
E2	Oneri fiscali	13.599	14.258
E3	Saldo gestione straordinaria	1.303	-41
<b>E - Totale componenti fin. e straord.</b>		<b>17.653</b>	<b>16.138</b>
<b>F - TOTALE COSTI (D+E)</b>		<b>558.072</b>	<b>556.184</b>

## CAPITOLO 3

### Obiettivi e Performance

#### 3.1 Albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sinottica ed integrata della performance dell'amministrazione.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolate in aree strategiche che si declinano in obiettivi operativi.

L'Azienda si riserva di specificare meglio l'albero della performance indicando gli obiettivi assegnati ad ogni singola macrostruttura.

#### 3.2 Obiettivi Regionali ed Aziendali

Gli obiettivi di questa Azienda, come per tutte le Aziende Sanitarie, sono definiti a livello generale da un Piano Sanitario Regionale che a sua volta trae spunto dalle linee di indirizzo contenute Piano Sanitario Nazionale.

Per il triennio 2011- 2013, come spiegato nel Piano della Performance 2011-2013, il P.S.N. ha indicato le azioni che devono guidare il Servizio Sanitario Nazionale:

- > rilancio della Prevenzione
- > centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
- > riorganizzazione delle cure primarie e delle strutture territoriali
- > riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagini
- > riorganizzazione delle reti ospedaliere nella riabilitazione
- > valutazione delle nuove tecnologie sanitarie
- > investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico

L'Azienda ha, quindi, continuato ad orientare le strategie gestionali e organizzative sul principio della centralità del cittadino-utente, quale destinatario delle prestazioni e interlocutore privilegiato.

Gli obiettivi che la Regione ha assegnato all'Azienda per l'anno 2012 possono essere così elencati:

**1) Macro obiettivo 1 : Piano Attuativo del PSR**

<b>Obiettivo Piano attuativo aziendale Del p.s.r.</b>		<b>INDICATORE</b>	<b>PESO: 25</b>
Sub Obiettivo 1.1	Redazione del Piano Attuativo Aziendale	Esistenza del Piano Attuativo Aziendale al 30.04 .2012; SI/NO 5	
Sub Obiettivo 1.2	Obiettivi operativi del PAA	% di completamento delle azioni previste dal Piano Attuativo	20

**2) Macro obiettivo 2: Attuazione Programma Operativo 2010-2012 ed erogazione LEA**

<b>Obiettivo Attuazione programma Operativo 2010/2012 ed Erogazione I.e.a.</b>		<b>Indicatore</b>	<b>PESO:30 Il livello di raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto solo se tutti i sub-obiettivi sono stai raggiunti al 100 %</b>
Sub Obiettivo	Sviluppare l'assistenza in RSA per la popolazione over 64 anni	Numero posti in R.S.A. per anziani over 64 al 31.12.2012	
Sub Obiettivo 2.2	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate ( A.D.I.)	Numero pazienti anziani over 64 trattati in A.D.I. al 31.12.2012	
Sub Obiettivo 2.3	Potenziamento rete regionale cure palliative e terapia del dolore. Attivazione dei posti residenziali in Hospice previsti per il 2012	Numero posti residenziali in Hospice attivati al 31.12.2012	
Sub Obiettivo	Attivazione Centri Diurni per l'Alzheimer	Numero Centri Diurni attivati al 31.12.2012	
Sub Obiettivo 2.5	Attivazione P.T.A.	Numero P.T.A. attivati e funzionanti secondo lo standard organizzativo al 31.12.2012	

Sub Obiettivo 2.6	Informatizzazione dei P.U.A.	Numero P.U.A. informatizzati al 31.12.2012	
Sub Obiettivo 2.7	Realizzazione dei CUP provinciali	Numero di strutture (pubbliche/private) collegate al C.U.P. provinciale/ numero di strutture (pubbliche/private) operanti nel territorio provinciale	
Sub Obiettivo 2.8	Miglioramento dei tempi di attesa Prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale	Numero di prestazioni critiche prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità/numero di prestazioni critiche - totali prenotate	
Sub Obiettivo	Controllo cartelle cliniche	Numero di cartelle controllate al 31.12.2012	
Sub Obiettivo 2.10	Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi	Sommatoria dei punteggi ottenuti per ogni flusso a regime entro i tempi previsti indicati nella tabella A in allegato	
Sub Obiettivo	Riduzione tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti	

3) Macro obiettivo 3: Esiti Appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 64, all'incidenza dei parti cesarei e alla PTCA, ove necessita, in caso di infarto miocardico acuto.

<b>Obiettivo Tempestività interventi a frattura femore</b>		<b>Indicatore</b>	<b>Peso: 21</b>
Sub Obiettivo 3.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore	Interventi effettuati entro 48 h dal ricovero/numero - totale di casi di frattura femore su pazienti over 64 residenti nella provincia (comprese quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico)	7

Sub Obiettivo 3.2	Riduzione incidenza parti cesarei	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari totale parti donne residenti nella provincia	7
Sub Obiettivo 3.3	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A nei casi di IMA. stemi	PTCA effettuate entro il giorno (data) successivo a quello del ricovero/numero totale di IMA. diagnosticati su pazienti residenti nella provincia	7

**4) Macro obiettivo 4: Gestionali Il quarto macro obiettivo è composto da 4 attività gestionali di primaria importanza e sono:**

Obiettivi Gestionali		Indicatore	Peso: 24
Sub Obiettivo 4.1	Tetto massimo di spesa farmaceutica convenzionata	Spesa farmaceutica convenzionata 2012 in valore assoluto	6
Sub Obiettivo 4.2	Certificazione Fondi UE	Utilizzo dei fondi comunitari per gli investimenti entro il 31/12/2012.	6
Sub Obiettivo 4.3	Miglioramento della qualità per il cittadino	-Piano di miglioramento condiviso su alcune aree critiche con evidenziazione degli specifici obiettivi da raggiungere al 31/12 - Raggiungimento obiettivi sulle aree critiche oggetto di miglioramento	6
Sub Obiettivo 4.4	Piano di efficientamento energetico con uso delle risorse alternative	Esistenza del Piano di Intervento al 31.07.2012; SI/NO	6

In generale, in riferimento agli obiettivi anno 2012, si ritiene opportuno precisare che lo scrivente Commissario Straordinario, nominato con D.A. n. 01553/12 nel 31/07/2012, è subentrato al precedente Commissario nel corso del mese di 2012; pertanto, nell'attuazione di alcune scelte strategiche, si è determinato un necessario slittamento delle scadenze prefissate.

L'odierno Commissario Straordinario non ha potuto ultimare la contrattazione di budget, seppur la stessa era stata avviata dall'ex Direttore Generale, a causa del suddetto nuovo Commissariamento dell'Asp avvenuto in data 01/08/2012.

Ciò nonostante, il sistema ha avuto uno sviluppo armonico e funzionale. Infatti, così come disposto dall'art. 5 della L.R. del 14.4.2009 nel rispetto delle Linee Guida Regionali, questa Azienda ha provveduto alla stesura del Piano Attuativo Aziendale anno 2012-2014, che rappresentava tra l'altro obiettivo assegnato dalla Regione al Direttore Generale.

E' stata coinvolta la Dirigenza per la redazione dei singoli capitoli del PAA, l'individuazione degli indicatori e del valore atteso secondo la metodologia bottom up che ha assicurato la condivisione ed il monitoraggio continuo.

Attraverso tale documento, approvato dall'Assessorato Regionale alla Sanità, questa Asp, in sinergia, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini stabiliti dal Piano Sanitario Regionale, ha programmato le attività da intraprendere ed ha sviluppato le stesse nel periodo di vigenza del Piano medesimo a partire dal 2012. I diversi capitoli del P.A.A. rappresentano gli obiettivi da realizzare nell'anno 2012, secondo le scadenze previste dagli specifici crono programmi.

Inoltre, questa Azienda ha assegnato alle strutture Aziendali un budget economico, determinato sulla base dei vincoli finanziari scaturiti dalla negoziazione delle risorse per l'anno 2012 con l'Assessorato Regionale alla Salute, nel rispetto della normativa vigente in materia di contenimento della spesa con particolare riferimento al D.L. 95.2012 convertito in Legge il 7.08.2012 (ed. *Spending Review*) ed alla circolare Ass. n. 1295 del 9.08.2012.

Pur non avendo potuto ultimare la procedura di Budget, nell'assoluta consapevolezza di quanto la negoziazione sia indispensabile per un'efficace gestione amministrativa, il Commissario Straordinario ha ritenuto opportuno prendere in considerazione gli atti precedentemente emanati, che hanno costituito orientamento nell'azione di Direzione Strategica ed operava per l'anno 2012 a tutti i livelli dell'Azienda.

Per quanto concerne gli obiettivi ed i risultati previsti dal Piano Attuativo Aziendale si rinvia Allegato 2 del presente documento.

### **3.3 Risultati raggiunti per gli obiettivi programmatici - anno 2012.**

In ottemperanza a quanto richiesto dall'Assessorato Regionale della Salute, con nota prot. n. 2414 del 10-01-2013, è stata trasmessa la relazione finale sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali per l'anno 2012, che di seguito si riporta integralmente.

Come da indicazioni, contenute nella citata nota, le schede sono state predisposte seguendo una struttura ad albero che, partendo dai 4 macro-obiettivi, arriva ai sub-obiettivi che li compongono.

#### **PUNTO 1: Piano Attuativo Aziendale**

- **1.1 – CONSEGNA PIANO P.A.A.**  
Il Piano è stato approvato con D.A. n. 1840 del 17/9/2012
- **1.2 - REALIZZAZIONI PREVISTE NEL 2012**  
Su supporto informatico, in un file MS-excel sono stati sintetizzati i risultati raggiunti nel PAA riferito all'anno 2012. Gli allegati, cui si fa riferimento in detto file, sono stati resi anch'essi su supporto informatico ed organizzati secondo lo schema ad albero proposto nella già citata nota.

#### **PUNTO 2: Programma Operativo e L.E.A.**

- **2.1.- R.S.A.**  
L'obiettivo prevedeva che entro il 31 Dicembre venissero attivati 85 p.l. in RSA per anziani over 64 .  
  
Con nota prot. 31 del 21-1-2013, il Responsabile delle RSA ha comunicato l'attivazione di 20 posti letto c/o l'Ospedale di Lentini, già oggetto di comunicazione all'Assessorato della Salute –Servizio 9 con nota prot. n. 57185/PG del 31-12 2012.  
  
Gli stessi, aggiungendosi ai 65 già attivati, portano al totale di 85 posti letto pubblici per le RSA dell'ASP di Siracusa, come da obiettivo programmatico.

- **2.2 - ADI.**

Potenziamento e riordino del sistema delle Cure Domiciliari Integrate.

L'obiettivo prevedeva l'ammissione in assistenza ADI di almeno n. 2480 pazienti over 64, da realizzare entro il 31 Dicembre 2012.

L'obiettivo, come già relazionato nell'incontro con l'AGENAS nel mese di dicembre, era stato raggiunto già nel mese di novembre, con l'ammissione di n. 2588 pazienti.

Il dato, ovviamente, è stato ulteriormente consolidato con il totale di n. 2695 pazienti ammessi al 31/12/2012. Si allega relazione prot. n. 48 del 21-1-2013 del Direttore F.F. del Distretto di Siracusa.

- **2.3 – HOSPICE.**

L'Hospice è stato attivato fin dal 2009 con n. 8 posti letto.

Per il potenziamento della rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore sono state poste in essere le seguenti attività:

- Avvio dell'ambulatorio delle terapie del dolore (delibera n. 970 del 14/9/2012 )

- Avvio del percorso delle cure palliative domiciliari con l'attuazione dell'Unità Operativa Cure Palliative e delle UU.VV.PP distrettuali (deliberazione n. 971 del 14/9/2012)

- è stata redatta una procedura aziendale sulla gestione della terapia del dolore, elaborata dal Comitato Ospedale Territorio senza dolore.

- **2.4. – CENTRI DIURNI ALZHEIMER**

Sono attivati due Centri Diurni Alzheimer presso Siracusa e Pachino. L'attività del Centro di Siracusa è supportata, sotto la responsabilità dei dirigenti aziendali, dai servizi di gestione e conduzione esternalizzati, previa autorizzazione dell'Assessorato della Salute; l'attività del Centro di Pachino è garantita, sempre sotto la responsabilità di dirigenti aziendali, attraverso specifico protocollo d'intesa stipulato con Associazione ONLUS.

- **2.5 – ATTIVAZIONE PTA**

Obiettivo Regionale = Attivazione di n. 6 P.T.A.

Nel mese dicembre è stato attivato anche l'ultimo PTA a Pachino - Delibera di attivazione n. 1307 del 21/12/2012.

Si allega relazione del Responsabile dei PTA per l'ASP di Siracusa prot. n. 63 del 16.1.2013.

- **2.6 – INFORMATIZZAZIONE DEI PUA (Punti Unici di Accesso)**

Il software di gestione è già stato messo in esercizio. Trattasi di un sistema centralizzato, esteso ai PTA ed alle dimissioni facilitate e protette. Il sistema è già in uso a livello sperimentale presso il PO di Siracusa.

Gli Operatori dei PUA sono già stati individuati e formati.

Il sistema sarà reso operativo in tutta l'ASP a partire dal 1 febbraio 2013.

Si allega relazione del Responsabile SIFA prot. n. 59 del 18-1-2013.

- **2.7 - REALIZZAZIONE CUP PROVINCIALE**

L'obiettivo consisteva nel collegamento al CUP provinciale di tutte le strutture pubbliche e di 12/44 delle strutture private operanti sul territorio.

Le procedure di attuazione dell'obiettivo si sono concluse con il collegamento delle ultime 10 strutture private e la creazione delle relative agende per le prenotazioni.

Si allega relazione del Responsabile SIFA prot. n. 62 del 18.1.2013.

- **2.8 – TEMPI D'ATTESA =10%**

Rispetto alla rilevazione del mese di Settembre in cui si era rilevato un valore di **11,84%**, il mese di ottobre aveva fatto rilevare l'incremento del valore attestatosi al **13,56%**.

Come relazionato nella riunione di Dicembre l'incremento era dovuto all'aumento della richiesta da parte dell'utenza di n.3854 prestazioni, che aveva provocato l'aumento dei tempi d'attesa per alcune branche specialistiche che in precedenza riuscivano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni entro i termini di garanzia.

Nel mese di dicembre, per abbattere le liste d'attesa, sono state messe a punto e attivate procedure per la pulizia delle liste unitamente all'acquisto e all'utilizzo del sistema [rec@ll](mailto:rec@ll).

I suddetti correttivi utilizzati, a partire dal mese di dicembre 2012, ( sistema [rec@all](mailto:rec@all) e pulizia liste) hanno fatto sì che il valore al 31/12/2012 fosse riportato alla percentuale di **11,90%**. L'uso dei correttivi introdotti, fa prevedere che l'obiettivo del **10%** si possa raggiungere entro i primi 2-3 mesi del 2013.

Si allega relazione del responsabile CUP prot. n. 81 del 16.1.2013.

- **2.9 – 10% ANNO CONTROLLO CARTELLE CLINICHE (BASE DATI 2011).**

L'obiettivo prevedeva il controllo di n. 6826 cartelle, comprendenti gli ospedali pubblici e privati del territorio dell'ASP di Siracusa.

Alla data del 21-01-2013 il caricamento risultava pari al 100%.

- **2.10 – FLUSSI INFORMATIVI.**

Obiettivo dell'ASP consisteva nel raggiungimento di un punteggio di 150, ottenuto dalla somma dei valori assegnati ai singoli flussi.

Dalla relazione del responsabile SIFA si evince che l'ASP di Siracusa ha regolarmente prodotto tutti i flussi di competenza. Ma c'è da notare che il valore raggiunto, dalla somma dei punteggi assegnati al singolo flusso, risulta essere 135.

Si specifica che l'obiettivo Regionale assegnato, pari a 150, non potrà mai essere raggiunto, stante che, alcuni flussi, non sono di competenza di questa ASP ( es. Flusso G. elisoccorso – Flusso E cure termali, SIND di cui non si hanno indicazioni), non potendosi acquisire quindi il punteggio di competenza di valorizzazione dei suddetti flussi. Pertanto il valore raggiunto 135 rappresenta il massimo raggiungibile per l'ASP.

- **2.11 – TASSO OSPEDALIZZAZIONE**

Prendendo in considerazione i residenti della provincia di Siracusa per l'anno 2012, si è raggiunto un tasso di ospedalizzazione pari a 177,7/1000 abitanti.

### **PUNTO 3 – ESITI**

- **3.1 – TRATTAMENTO FRATTURA FEMORE RESIDENTI ENTRO 48 ORE**  
OBIETTIVO REGIONALE 50%

Valore rilevato al 31/12/2012 - **64,54%**

- **3.2 – RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI**  
Obiettivo Regionale 20% su le prime gravidanze

Valore rilevato al 31/12/2012 - **30,90%**

- **3.3 – TEMPESTIVITA' EFFETTUAZIONE PTCA nei casi di IMA**  
Obiettivo Regionale 50%

Valore rilevato al 31/12/2012 - **52,50%**

### **PUNTO 4 - GESTIONALI**

- **PUNTO 4.1 – FARMACEUTICA CONVENZIONATA TETTO MASSIMO DI SPESA**  
Obiettivo Regionale spesa annua  $\leq$  74.188.120 euro.

Dal report finale prodotto dal Direttore della U.O.C. Farmacie Convenzionate prot. n. 180 del 18-1-2013 (**allegato 13**) si evidenzia una spesa di 69.439.495,70 euro.

- **PUNTO 4.2 – CERTIFICAZIONE FONDI UE**

Obiettivo certificazione 6.678.000 euro.

Con nota prot. n. 1633/DA del 21-6-2012 , l'Azienda aveva proposto la rinegoziazione della cifra indicata come oggetto di certificazione in quanto condizionata dai tempi tecnici di gara occorrenti per pervenire alle aggiudicazioni, dai tempi di esecuzione dei lavori e da quelli occorrenti per i collaudi.

Tali circostanze hanno finito per compromettere in maniera più incisiva, rispetto alla previsione, il raggiungimento dell'obiettivo, per come descritto nella allegata nota del Direttore della UOC Tecnico, ove si evidenzia che, allo stato, i lavori degli interventi oggetto di finanziamento sono ancora in corso. La somma da certificare, pertanto, riguarda la installazione di attrezzature ivi compresa, da ultimo, la RMN del P.O. di Avola, per un ammontare di € 2.600.191,86.

- **PUNTO 4.3 – MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL CITTADINO**

Con atto deliberativo n. 881 del 26/7/2012 è stato approvato Piano di Umanizzazione.

Con atto deliberativo n. 880 del 26/7/2012 è stato approvato il Piano di Comunicazione Aziendale sulla qualità percepita, redatto con le modalità previste nell'obiettivo.

Sono stati individuati i piani di miglioramento necessari per la correzione delle problematiche emergenti dal rilevamento della custode satisfaction. Detti piani di miglioramento sono in fase esecutiva e troveranno piena concretizzazione nel 2013.

Si allega relazione del responsabile URP prot. n. 120 del 17-1-2013

- **PUNTO 4.4. – PIANO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO CON USO DI ENERGIA ALTERNATIVA**

Si allega la pianificazione del Settore Tecnico con indicate le azioni poste in essere che consistono in:

1. Codice comportamentale per l'uso razionale dell'energia (approvato con delibera n.895 del 30/7/2012).
2. Piano di efficientamento energetico (approvato con atto deliberativo 897 del 30/7/2012).

Si è inoltre proceduto alla stampa e diffusione di una brochure inerente direttive sul risparmio energetico.

## CAPITOLO 4

### **IL COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG) PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI**

Il CUG è disciplinato **dall' art. 57** D.Lgs. 165/2001 (come novellato dall' art. 21, Legge 4 novembre 2010, n. 183) e sostituisce, unificandoli, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici per il contrasto del fenomeno del mobbing, e ne assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi o da altre disposizioni.

Il CUG è unico ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale, sia in regime di diritto pubblico che contrattualizzato.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, assicurando nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

Esercita compiti:

#### **Propositivi** su:

- predisposizione di piani per favorire la sostanziale uguaglianza sul lavoro tra uomini e donne;
- promozione di iniziative dirette ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro e quanto necessario per consentire la diffusione della cultura delle pari opportunità;
- iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone;
- diffusione delle conoscenze ed esperienze sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti;
- azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo;

#### **Consultivi**, formulando pareri su:

- progetti di riorganizzazione dell'amministrazione aziendale;
- piani di formazione del personale;
- orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione;
- criteri di valutazione del personale;
- contrattazione integrativa sui temi di competenza;

#### **Di verifica** su:

- risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;

- esiti delle azioni di contrasto alle violenze, morali e psicologiche, nei luoghi di lavoro
- Mobbing.
- assenza di ogni forma di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, promozione negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

Presso l'ASP di Siracusa il CUG è stato nominato con deliberazione n. 280/12 e s.m.i. ed è così composto :

**Presidente :**            **Dott.ssa Corradina Savarino**  
**Segretario:**           **Dott.ssa Maria Letizia Carveni**

### **Componenti di designazione sindacale**

#### **Organizzazioni Sindacali dell'area medica e veterinaria**

<b>Organizzazione Sindacale</b>	<b>Componente titolare</b>	<b>Componente supplente</b>
CGIL	Dott. Giuseppe Bruno	Dott. Francesco Salemi
CISL Medici	Dott. Bartolomeo Lentini	Dott. Salvatore Caruso
ANAAO ASSOMED	Dott.ssa Saveria Campisi	Dott. Giuseppe Vaccaro
ANPO FIALS Medici	Dott. Gaetano De Grande	Dott.ssa Gioacchina Caruso
FESMED	Dott. Francesco Artale	Dott. Cosimo Latagliata
CIMO	Dott. Giuseppe Ierna	Dott. Massimo Scucce
FVM	Dott.ssa Maria Michela Uccello	Dott. Salvo Vasile
FASSID	Dott.ssa Mariangela Adamo	Dott. Giuseppe Capodiecì
AAROI	Dott. Gioacchino Di Stefano	Dott. Salvatore Tinè

#### **Organizzazioni Sindacali dell'area dirigenziale non medica (S.P.T.A.)**

<b>Organizzazione Sindacale</b>	<b>Componente titolare</b>	<b>Componente supplente</b>
SI.NA.FO.	dr.ssa Schiavone Salvina	dr.ssa Nigro Rosa
CGIL	Dott.ssa Enza D'Antoni	Dott. Vincenzo Cannavò
CISL	Dott. Maria Carmela Liali	Dott.ssa Adalgisa Cucè
Fials CONFEDIR	Dott. Salvatore Tinè	Dott.ssa Beatrice Pellegrino
SNABI	Dott.ssa Giuseppina Bruno	Dott. Carmela Siena
AUPI	Dott.ssa Oriana Risso	Dott.ssa Aurora Pollicino
UIL	Dott. Giuseppe Iapichello	

## Organizzazioni Sindacali dell'area del comparto sanità

<b>Organizzazione Sindacale</b>	<b>Componente titolare</b>	<b>Componente supplente</b>
CGIL	Sig.ra Antonina Arnone	Sig.ra Maria Bongiovanni
CISL	Dott. Maddalena Rabbito	Dott. Patrizia Franceschi
UIL	Sig Santo Fazio	Dott. Di Mari Alberto
FIALS	Sig.ra Aurora Baudo	Sig.ra Fabrizia Morello
F.S.I.	Sig. Alicata Giuseppe	Dr. Meduri Carmelo

## Componenti di designazione aziendale

<b>Componente titolare</b>	<b>Componente supplente</b>
Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio	Dott. Giancarlo Pricone
Dr.ssa Maria Letizia Carveni	Dott. Santino Angelico
Dr. Ruggero Di Francesco	Dott. ssa Liliana Puglisi
Dr. Franco Gioia Passione	Dott. Fabio Scandurra
Sig.ra Colizzi Marinella	Dott. Claudio Tinè
Dr. Bracciante Rosario	Sig.na Maria Scollo
Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	Dott. Alfonso Nicita
Dott.ssa Maria Rita Venusino	Dott. Russo Paolo
Dott. Francesco Sferrazzo	Sig.ra Maria Artale
Dott. Bordonaro Paolo	Dott.ssa Giuseppa Di Mauro
Dott.ssa Francesca Parlato	Dott. Giovanni Moruzzi
Dott.ssa Sabina Malignaggi	Rag. Mario Marino
Dott. Luca Scamporrino	Dott.ssa Donatella Capizzello
Dott.ssa Gabriella Salibra	Dott. Giancarlo Buccheri
Dott. Bastante Vincenzo	Dott. Caterina Macaluso
Dott. Franco Ingala	Dott.ssa Daniela Liparoti
Dott.ssa Lantieri Eleonora	Dott. Antonino Micale
Dott. Sebastiano Ficara	Dott.ssa Emanuela Alfonso
Dott. Giancarlo Chiara	Sig.ra Loredana Campo
Dott. Maria Mallia	Dott. Salvatore Ferrara
Sig.ra Teresa Mandragona	Dott. Salvatore Tondo

*Allegato 1*

## **PIANO ATTUATIVO AZIENDALE ANNO 2012**

# 1 – Assistenza collettiva e strumenti lavoro

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. sorveglianza	<b>Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità</b>	Estensione Distretto Augusta Carta Rischio CardioVascolare.	valore atteso per il 2012=10% valore raggiunto 2,5%	Cp01-01	non è stato raggiunto il valore atteso per mancanza di risorse economiche
		Progettazione Stampa Opuscolo per post-ictus	Ok	CP01-02 (a - b)	
		costituzione e attivazione n. 4 Gruppi cammino anziani	costituiti 2 gruppi a SR, 1 a Noto, 1 a Augusta		
		costituzione e attivazione n. 3 Gruppi per educazione Scuole Superiori	costituiti 1 gruppo a SR, 1 gruppo ad Avola, 1 ad Augusta		i gruppi sono stati suddivisi in sottogruppi specifici per singole tematiche
2. prg di prevenzione ed educazione alle salute	<b>Controllo delle malattie prevenibili con strategie vaccinali (copertura vaccinale come da calendario vaccinale vigente)</b>	% vaccinazione DTP-polio-epatite B-emofilo	atteso 95%                      raggiunto 97,01	Cp01-03 (a - b - c)	Ove il risultato atteso non è stato raggiunto, sono state prodotte motivazioni che attestano come il mancato raggiungimento non sia dipeso dall'Azienda bensì da fattori esterni non governabili
		% vaccinazione antipneumococcia	atteso 95%                      raggiunto 96,7		
		% vaccinazione MPR e varicella	atteso 95%                      raggiunto 86,8 e 85,7%		
		% vaccinazione antimeningococcica	atteso 95%                      raggiunto 62,8%		
		% vaccinazione anti HPV	atteso 70%                      raggiunto 62.4 media anni 1996-2000		
		% vaccinazione antinfluenzale	atteso 75%                      raggiunto 66,6		
	Chiamata attiva e formazione (scuola/PLS-MMG)	OK	Cp01-04 (a - b - c)		
	Attuazione dei Piani vaccinali (PNEMoRc)	2011 = 36 casi morbillo                      2012 = 4 casi morbillo	Cp01-05		
<b>Controllo delle malattie prevenibili con strategie vaccinali (rispetto delle date per l'invio della reportistica)</b>	monitoraggio dei tempi di consegna dei report e della completezza dei dati richiesti.	tempi rispettati	Cp01-06		

<b>Promozione e diffusione di programmi di educazione alla salute e di corretti stili di vita</b>	Preparazione di fumetto sui danni del tabacco	è stato preparato, sarà stampato e distribuito nel 2013		Nel 2012 è stato organizzata l'apertura di un centro antifumo. Il centro è stato aperto ad inizio 2013 presso il PO di Augusta
	Distribuzione opuscolo sul fumo in gravidanza	è stato preparato e completamente distribuito	Cp01-07	
	Promoz. e sostegno allattamento al seno	è stata effettuata la preparazione, stampa e distribuzione opuscolo	Cp01-08	
	Partecipazione Progetto Nazionale di promozione consumo di sale iodato;	OK	Cp01-09	
	Prevenzione incidenti stradali	OK	Cp01-10	vedi costituzione dic cui al gruppo 1.sorveglianza
	Lotta all'abuso di alcol	OK	Cp01-10	vedi costituzione dic cui al gruppo 1.sorveglianza
	Promozione dell'attività fisica	E' stata orientata agli anziani		vedi costituzione dic cui al gruppo 1.sorveglianza
<b>Estensione degli Screening Oncologici e aumento delle adesioni</b>	Avvio screening mammografico zona sud (Avola, Noto, Pachino, Rosolini, Portopalo, Palazzolo A., Buscemi, Buccheri, Cassaro e Ferla)	% adesione 26,4%	Cp01-11	
	Estensione screening colon-retto a 4 comuni provincia di Siracusa	4 comuni estensione 30-06-12 - tutti i comuni 31-12-12 adesione 13,3%	Cp01-11	
	Estensione screening colon-retto a 10 comuni provincia di Siracusa			
	Estensione screening colon-retto a tutti i comuni della Provincia di Siracusa			
Estensione screening mammografico al comune di Siracusa e comuni limitrofi	avvio solo c/o ospedale di Noto		Locali in via di ristrutturazione. Si ripianifica per il 2013	

	<b>Incremento rapporto popol. aderente/ popolaz. invitata</b>	Campagne periodiche di Informazione e Sensibilizzazione	OK	Cp01-12 (a - b - c)	
		azioni di sollecito ai non responders	inviate solleciti: 15120 scr. Ginecologico 8210 scr. Colon-retto 1121 scr. mammografico		
		Incontri con i MMG	OK		
<b>3. sicurezza alimentare</b>	<b>Garantire la sicurezza del consumatore dando piena attuazione ai piani regionali di controllo ufficiale sugli alimenti</b>	Ispez. e campionatura degli OSA selezionati = 100%	182 campionature e ispezioni = 100%		
	<b>Migliorare l'efficienza del sistema rapido di allerta (RASFF) regionale</b>	nn. allerta e controlli ufficiali	effettuati nn.11 allerta e controlli		
<b>4. sanità veterinaria</b>	<b>Eradicazione della Brucellosi Ovi-Caprina</b>	Rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (21-30 giorni)	25 giorni		
		Controllo annuale del 100% delle aziende e dei capi sensibili;	100%		
		Controllo pianificato del 3% delle Aziende ovi-caprine a rischio elevato	19 controlli su 12 previsti		controlli minimi con check list
		Aumento minimo del 2% su base provinciale delle aziende ufficialmente indenni	Non raggiunto per le cause espresse in nota		A causa di nuovi focolai aperti durante gli ultimi 2 mesi del 2012 è aumentata l'incidenza della malattia con una conseguente lieve contrazione nel numero delle az. u.i.
	<b>Eradicazione della Brucellosi Bovina</b>	Rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (21-30 giorni)	26 giorni		
		Controllo annuale del 100% delle aziende e dei capi sensibili;	100%		
Controllo pianificato del 5% delle Aziende bovine a rischio elevato		effettuati 64 controlli su 4 richiesti		controlli minimi con check list	

		Aumento minimo del 2% su base provinciale delle aziende ufficialmente indenni	dal 95% del 2011 al 97% del 2012		
<b><i>Eradicazione della Tuberculosis Bovina</i></b>		Rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (42-65 giorni)	67 giorni		comprese le az. ritenute problema non sanitario e quindi non cumulabili
		Controllo annuale del 100% delle aziende e dei capi sensibili;	100%		
		Rispetto dei tempi di ricontrollo (15 giorni) nelle aziende U.I. per le quali vengono segnalate dal macello lesioni anatomico patologiche riferibili a Tbc	entro 10 gg. dalla segnalazione		
<b><i>Eradicazione della Leucosi Bovina Enzootica</i></b>		Controllo 100% aziende bovine	100%		La nostra provincia è ufficialmente u.i.
<b><i>Potenziamento della sorvegli. Epid. nei confronti dell'influenza aviaria</i></b>		Esecuzione pianificata del piano regionale di sorveglianza	controllati 16 allevamenti, come previsto dal piano 144%		
		Elaborazione, adozione ed aggiornamento semestrale di un manuale operativo aziendale per la gestione dei focolai	OK	Cp01-13	
<b><i>Potenziamento della sorveglianza epidemiol. nei confronti delle malattie vescicolari</i></b>		Esecuzione del piano di sorveglianza nazionale nei confronti della malattia vescicolare da enterovirus dei suini	controllato il 100% degli allevamenti suini		
		Elaborazione, adozione ed aggiornamento semestrale di un manuale operativo aziendale per la gestione dei focolai	OK	Cp01-14	
<b><i>Incentivare i piani di controllo delle nascite, le acquisizioni e le adozioni consapevoli</i></b>		Predisposizione campagne di sensibilizzazione	proposta a 5 istituti Comprensivi; hanno dato disponibilità 3 istituti, su cui sarà effettuato l'intervento a partire da 01-2013	Cp01-15	L'obiettivo fissato per Settembre slitta per il ritardo di riscontro sugli istituti scolastici

	Campagna per l'adozione dei cuccioli e sterilizzazione dei soggetti	effettuate 652 adozioni, 819 sterilizzazioni su cani e gatti randagi, 456 nullaosta alla reimmissione nel territorio di cani senza padrone		Il dato si evince dal database aziendale (anagrafe canina)
	Sensibilizzazione dei Sindaci in merito all'utilità della sterilizzazione per i cani di proprietà	OK	Cp01-16	azione senza riscontro; sarà riproposta nel 01-2013
<b>Monitorare il fenomeno delle morsicature</b>	Istituire e aggiornare il registro dei cani individuati a rischio potenzialmente elevato	OK dati inviati al DASOE serv.8 entro il termine previsto (20-12-12)		
<b>Verificare la corretta gestione delle strutture di ricovero per cani e gatti e delle colonie feline</b>	Effettuazione ispezioni previste dalla normativa	ispezionati 7 canili della provincia con cadenza mensile		gli atti ispettivi sono stati inseriti nel software dell'anagrafe canina locale
<b>Potenziare l'anagrafe canina con Alimentazione del sistema ACRES</b>	Invio generale di tutte le anagrafiche di cani presenti nella banca dati dell'ASP	OK nei termini previsti. Dati inviati alla BDN		in corso di elaborazione i test per il trasferimento dei report dei cani iscritti in provincia di SR c/o l'anagrafe canina della regione Sicilia
<b>Potenziamento dei servizi dell'Area "Tutela della Salute e della Sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro"</b>	Aggiornamento della Pianta Organica SPreSAL	Incremento del primo 50% nel 2011. L'incremento del secondo 50% nel 2012 non è stato effettuato		Non si è potuto procedere poiché le modifiche alla D.O. sono state sospese da disposizioni regionali
	Adesione alle linee guida che saranno impartite dal Serv.3 DASOE per la istituzione di un sistema informativo regionale della Prevenzione			Il DASOE non ha ancora istituito il sistema informativo regionale della prevenzione
	Adesione Progetto Formativo del Personale SPreSAL presso CEFPAS	100%		
<b>Attuazione dei Piani regionali di Prevenzione per la salute e sicurezza sul lavoro e relative attività di informazione, formazione, comunicaz.</b>	controlli ispettivi dei Cantieri edili e delle Aziende Agricole secondo le soglie previste	effettuati 307 controlli su 300 previsti su cantieri edili; effettuati 53 controlli su 52 previsti su aziende agricole		
	Attuazione del Piano REACH- CLP	è stata completata la formazione al CEFPAS		Si resta in attesa delle indicazioni regionali sulle tipologia dei controlli. Resta da assumere un chimico

		Organizzazione eventi informativi e formativi, inerenti la diffusione della cultura della Prevenzione della Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro.	organizzati 11 corsi formativi + 2° giornata sicurezza sul lavoro	Cp01-17 (a - b - c)	
		Adesione alle linee d'indirizzo del Comit. Reg. di Coord. e costituzione del Comit. Provinciale	attuato protocollo d'intesa con Ispettorato Lavoro di SR	Cp01-18	
5.sicurezza luoghi di lavoro	<b>Attuazione piani di prevenzione per la salute e sicurezza nelle strutture Sanitarie (attuazione d.lgs 81/08)</b>	sopralluoghi per la valutazione dei rischi	effettuati con cadenza semestrale		
		formazione ed informaz.dei lavoratori	effettuata c/o il PO di SR		
		formaz.degli addetti alle squadre di emergenza	stipulata conv. Con il comando prov. VV.FF. avviata formazione c/o PO Lentini		
		buone prassi in sala operatoria e per la movimentazione manuale dei pazienti	b.p. sala operatoria in fase di elaborazione b.p. MMP in fase di revisione		
		aggiornamento periodico del documento di valutazione dei rischi	aggiornamento semestrale su CD		

## 2 – Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note		
1.migliorare la rete dei servizi territoriali	<b>a) Piano PTA: attivazione PTA Pachino</b>	attivazione ambul.infermieristico	non raggiunto		carenze dotazione organica		
		attivazione sportello ADI	OK	Cp02-01 (a-b-c) delibere 1217 e 1307			
		attivazione UVM	OK				
		attivaz. sportelli pz fragili	OK				
		attivazione PUA					
	<b>b) Piano PPI e PPI-p: attivazione 4 PPI di pediatria</b>	Concertazione con OO.SS. per allocazione PPI-P e regolamento di funzionamento		OK	Cp02-02		
		Individuazione e predisposizione locali sedi dei PPI-P		OK	Cp02-03	* <b>Distretto di Augusta:</b> realizzato con dati di produzione * <b>Distretto di Noto:</b> realizzato con dati di produzione * <b>Distretto di Lentini:</b> aperto il 12/01/2013 * <b>Distretto di Siracusa:</b> la sede è stata individuata, entro il 31/12/2012 sarà completato l'adeguamento strutturale. Avvio previsto entro il 31.03.13	
		Bandi di selezione per individuazione dei PLS e dei Pediatri non convenzionati che intendono prestare attività nei PPI-P		OK			
		Graduatoria dei soggetti che hanno presentato istanza		OK			
		Avvio PPI-P		OK			
		Potenziamento degli Ambulatori Infermieristici di supporto ai PPI e ai PPI-P e miglioramento dell'integrazione con la Specialistica		Avviato dal 2011 l'ambulatorio infermieristico di Augusta. Dal dicembre 2012 quello di Lentini. Si prevede di attivare quelli di Noto e Siracusa entro giugno 2013			esiste criticità in merito all'adeguamento del personale infermieristico nella pianta organica aziendale alle nuove esigenze legate ai PPI e ai PPI-P
		Campagna di Informazione dei nuovi Servizi		OK			

<b>c) Piano AGI: potenziamento</b>	Attivazione sistema monitoraggio flusso dati di Funzionamento	Attivo da gennaio 2012. Dati inviati mensilmente all'Assessorato entro giorno 10 del mese successivo a quello di attività		
	ulteriore revisione "Registro Pazienti cronici" per riapertura termini invio schede di Start-Up	OK		
	Costituzione gruppi tecnici integrati Ospedale -Territorio per definizione PDTA e Governo Clinico dei pazienti in base alla stratificazione del rischio	OK		Istituiti gruppi tecnici integrati Ospedale - Territorio per il Diabete e lo Scompenso Cardiaco
	atto deliberativo dei PDTA dei pazienti target (Diabete Mellito tipo II e Scompenso cardiaco)	OK	Cp02-04 (a-b-c) Alleg. Delibera 1343 del 27.12.12 e relativi PDTA elaborati dai gruppi di lavoro.	
	Nuovo bando per ulteriori adesioni dei MMG agli Ambulatori di Gestione Integrata	OK	Entro il 31.12.2012, così come previsto dall' A.I.R., i MMG potevano presentare domanda di adesione all'AGI. Entro gennaio 2013 nuova graduatoria	
	<b>d) Piano ambulatori infermieristici: potenziamento</b>	Informatizzazione Cartella Clinica	prevista pr il 31-01-2013	
	Tariffazione delle prestazioni Infermieristiche (direttiva Assessorato)	non raggiunto		non possibile in assenza di tariffario regionale. E' stato elaborato un tariffario ASP, che potrebbe essere autorizzato dalla regione
	Attivazione e messa a regime procedura ammin. CUP	non raggiunto		

		Accesso alle prestazioni infermieristiche ambulatoriali	non raggiunto		
<b>e) Piano Contratti MMG</b>		Approvazione graduatoria annuale delle associazioni mediche.	Esame nuove istanze pervenute e controllo rispetto dei requisiti associativi. Predisposizione delibera di approvazione nuova graduatoria	Cp02-05 Allegata Delibera n° 1286 del 11.12.12	
		Approvazione graduatoria annuale dei medici aderenti all'art. 5	Esame nuove istanze pervenute e predisposizione delibera di approvazione nuova graduatoria art. 5 AIR (Ambulatori di Gestione Integrata)		Le istanze possono essere presentate entro il 31.12.12, la nuova graduatoria sarà predisposta entro il 31.01.13(vedi azione c 17)
		<b>Azione 11.</b> Approvazione graduatoria annuale dei medici dei medici che abbiano inoltrato istanza di riconoscimento delle indennità per collaboratore di studio ed infermiere prof.	Esame nuove istanze pervenute e controllo rispetto dei requisiti previsti. Predisposizione delibera di approvazione nuova graduatoria(Collaboratore di studio e Infermiere)	Cp02-06 Allegata Delibera n° 1298 del 11.12.12	
		Costituzione delle AA.FF.TT.	Condivisione regolamento delle AA.FF.TT. provinciali in sede di Comitati Aziendali per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta, per la specialistica ambulatoriale. Pubblicazione bando di adesione alle costituende AA.FF.TT. ed acquisizione delle adesioni. Adozione delibera istitutiva delle AA.FF.TT. e provvedimenti di nomina dei referenti		Tutta la procedura è in atto sospesa in attesa di chiarimenti regionali in seguito all'approvazione della L. 189 del 08.11.12 (conversione in legge del Decreto Balduzzi)

<b>e) Piano Contratti PLS</b>	Associazionismo	Esame documentazione trasmessa dai referenti della associazioni con esclusione delle istanze non ammissibili per incompatibilità insanabile con i requisiti previsti dall'AIR. Verifica dei requisiti delle associazioni per le quali è stata inoltrata istanza. Verifica del rispetto del budget assegnato e dei tetti associativi contrattualmente previsti con eventuale adeguamento ai relativi parametri. Predisposizione atto deliberativo. Assegnazione delle indennità.	(delibera 990 del 14.09.12, integrata dalla Delibera 1285 del 11.12.12)	<b>Tutte le attività connesse con la presente azione sono state disimpegnate</b> e le relative indennità sono allo stato in pagamento.
	Progetto salute infanzia-Libretto Sanitario Ped.co	Predisposizione e stampa del libretto sanitario individuale, distribuzione presso i Pediatri, Punti Nascita e sportelli scelta-revoca. Controlli per la verifica dell'effettivo e corretto utilizzo.		<b>Già completata.</b> I libretti sanitari pediatrici vengono regolarmente distribuiti. E' in fase di pagamento l'indennità prevista previo controllo dei Distretti sulla regolare compilazione
	Individ. incarichi vacanti ed eventuale confermi.	OK		
	Assistenza Turistica	OK		
	Conferimento incarichi di Coordinamento	OK		
<b>e) Piano Contratti CA</b>	Assegnazione ore aggiuntive di plus-orario ai nuovi titolari ed eventuale revisione graduatoria	OK		
	Proseguo prg.di messa in sicurezza dei Presidi	Non sono previsti finanziamenti specifici; le risorse necessarie sono a carico del bilancio aziendale		Il programma è in via di realizzazione a cura dei Distretti ed è stato avviato nel 2011
<b>f) Piano CUP</b>	Realizzazione Agende Strutture Accreditate. E' disponibile l'offerta di n° 44 /44 delle strutture. Per il momento si dispone di una piattaforma informatica che potrà consentire, l'inserimento di 10/12 strutture.	sono in atto collegate 2 strutture. Entro il 31-01-13 saranno disponibili altre 10 le cui agende comunque sono già state caricate nel Sistema Informativo		Le strutture pubbliche sono collegate

2.assistenza farmaceutica ed impiego dei farmaci	<b>Allineamento progressivo dei consumi per classi terapeutiche ai valori medi nazionali misurati in DDD/1000ab</b>		OK	Cp02-07	
	<b>Diffusione e implementazione delle linee guida nazionali e regionali per le patologie ad elevato impatto e monitoraggio periodico dei medici prescrittori</b>	Le Linee guida sono state pubblicate sul sito aziendale e sono relative a: statine, inibitori di pompa protonica ed eparinici. Pubblicate anche su Farmanalisi. Richiesta anche stampa in opuscoli delle stesse per una più capillare diffusione (prot. 1536 del 28/05/2012)	OK pubblicato sul sito web		
	<b>Verifica di coerenza tra le terapie intra-ospedaliere e prescritte / dispensate all'atto della dimissione come primo ciclo terapeut. e quelle extraospedaliere prescritte in continuità Terapeutica</b>	potenziare il PCT	OK		Il PCT è stato attivato nel 2012 per 11.604 pz. Di questi il 17,28% è riferito a pz. Ambulatoriali e l'82,72% a dimissioni ospedaliere. Il risparmio prodotto è stato di € 692.257,34
	<b>Potenziamento del sistema di dispositivo-vigilanza</b>	Invio delle principali norme in materia di dispositivo – vigilanza agli operatori sia ospedalieri che territoriali	è stato effettuata la raccolta delle norme e la predisposizione della modulistica di segnalazione ed è stata inviata con 1736/GF 21-06-2012		
		Predisposizione modulistica per segnalazione di incidente			
		Sensibilizzazione degli operatori			
<b>Adozione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero / Territoriale Provinciale</b>	revisione semestrale del prontuario	OK		Il nuovo CTOA è stato adattato con delibera n. 1125 del 24-10-2012.da allora il comitato si è riunito per le revisioni previste nelle date 15-11-12 e 11-12-12	

3.estensione assistenza domiciliare	<b>Implementazione del modello organizzativo definito dalle Linee Guida Regionali - Allineamento al valore standard nazionale: aumento del rapporto nr assistiti in ADI / Popolazione target</b>	L'obiettivo previsto: rapporto n° assistiti in ADI/popolazione target(over 65) = 3,5% è stato raggiunto al 31.12.12	OK		Tutte le azioni di integrazione con i Comuni e di collaborazione con i MMG sono in itinere. La Gara per l'affidamento del servizio è stata aggiudicata e dal 01.01.13 il Consorzio di Cooperative vincitore è subentrato alla precedente gestione. La UVM di Pachino è stata istituita con Delibera 1217 del 19.11.12 (vedi obiettivo 1/ sub-obiettivo a). L'obiettivo previsto: rapporto n° assistiti in ADI/popolazione target (over 65) = 3,5% è stato raggiunto al 31.12.12 (non tutte le schede di pazienti assistiti nell'anno, risultano caricate nello specifico flusso – criticità relativa solo al Distretto di NOTO)
4. Gestire la cronicità e l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico globale della persona	<b>Dimissioni Facilitate</b>	stesura PDTA	vedi altro punto del PAA		
	<b>Consolidamento Piano "Specialistica unica provinciale"</b>	consolidamento del piano	Il P.U.S. è stato redatto nel 2011 e trasmesso con nota n° 453/DSB del 30.12.2011. il metodo RAO è già adottato		La revisione del Piano è prevista nel 2013
	<b>Percorsi assistenziali integrati e ambulatori dedicati</b>	stesura percorsi e procedure ed avvio PUA	vedi altro punto del PAA		I PUA sono stati anche informatizzati
	<b>Percorsi Gestione Integrata con MMG</b>	stesura percorsi	vedi altro punto del PAA		I Percorsi di Gestione Integrata con i PLS saranno attivati previe indicazioni regionali non ancora emanate

### 3 – Assistenza Ospedaliera

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. Appropriatazza prestazioni per acuti	<i>Riduzione dei ricoveri inappropriati e miglioramento di tutti gli indicatori di performance dell'assistenza ospedaliera</i>	definizione e condivisione di un set di indicatori	OK	Cp03-01_a-b-c esempi di report trimestrale	Il set di indicatori è stato utilizzato per l'assegnazione degli obiettivi ai Direttori delle UOC Osp. . Viene inviato trimestralmente un report alle UOO
2. La gestione delle acuzie	<i>- Riduzione della mobilità passiva</i>	creazione report	i risultati degli interventi potranno essere valutati nel 2013		gli interventi sono stati predisposti per le branche: cardiologia, neurologia, ostetricia, oncologia
3. Le reti assistenziali					si rimanda ai capitoli specifici
4. riabilitazione e lungodegenza	<i>- Attivazione/Incremento dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza e definizione dei percorsi relativi</i>	* protocolli per la riabilitazione e la lungodegenza * attivazione dei posti letto	Protocollo elaborato	Allegato	L'apertura dei PPLL, previsti presso il PO di Noto, è correlata all'accordo col privato accreditato, che è in itinere. Si ripianifica per il 2013

## 4 – Integrazione Socio Sanitaria

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. La non-autosufficienza	<i>Attivazione e implementazione dei percorsi di ADI</i>		OK	Cp04-04 (a - b)	Vedi Cap. 2
	<i>Integrazione degli interventi sanitari e sociali</i>	3,5% over 64 aa.= 2480 pz. over 64 presi in carico	3,6% over 64 aa.= 2551 pz. over 64 OK		Il DA 530 del 19-03-2012 ha modificato i risultati attesi, che sono stati puntualmente raggiunti
		Diffusione dell'uso della scheda di valutazione multidimensionale per l'accesso alle cure domiciliari	100% dei soggetti presi in carico con scheda SVAMA, PUA con funzioni per ADI OK		
	<i>Attivazione e implementazione delle RSA</i>	nn.PL attivati	20 PL attivati a Siracusa 65 PL attivati c/o il PO di Lentini 20 PI privati a Lentini OK		
2.Le disabilità	<i>Attivazione e implementazione delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali per Disabili e per la Malattia di Alzheimer</i>	avvio Centro Diurno Alzheimer a Siracusa	avviato il centro diurno Alzheimer a Siracusa, affidato al Consorzio Sol.co OK		
		avvio Centro Diurno Alzheimer a Pachino	avviato il centro diurno Alzheimer a Pachino affidato in via sperimentale all'AIAS di Rosolini OK		
		Inserimento in sistema informatizzato dei dati di gestione	avviato OK		
3.assistenza agli immigrati	<i>Organizzazione della Rete Assistenziale Regionale Stranieri</i>	Realizzazione materiale informativo multilingue	OK	Cp04-01 (a-b-c-d)	
		Monitoraggio rilascio Codici STP/ENI	OK		
		Rilevazione Epidemiologica delle malattie più diffuse presso gli ambulatori immigrati	OK	Cp04-02 grafico esplicativo	
		Realizzazione Report "L'Assistenza agli immigrati"	OK		
	<i>Attivazione dell'assistenza pediatrica negli ambulatori dedicati</i>	Individuazione Dirigente Medico Pediatra e attivazione 1° Ambulatorio Pediatrico presso il Distretto di Lentini	OK	Cp04-03	autorizzazione prot.811/URP

		Campagne di vaccinazioni ai minori immigrati irregolari	OK		
		Controllo stato vaccinale dei minori immigrati irregolari	OK		
		Realizzazione di materiale informativo	OK		
		Campagne di informazione all'utenza	OK		
		Comunicazione alla rete degli Enti locali, Centri di Accoglienza, Associazioni di Volontariato, Comitato Consultivo Az.	OK		
4. altre fragilità	<i>Attivazione di percorsi integrati dedicati per i "Minori"</i>	Percorsi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (Informazione e sensibilizzazione agli insegnanti e famiglie)	E' stato realizzato un progetto specifico denominato "punto Scuola".		
		Informazione e sensibilizzazione volontariato	L'attività prevista si è svolta con le associazioni: AVULSS, La Nereide, Congr. Dei Figli dell'Immacolata Concezione, Ass. L.Monti, Ass. Lab.EFO.R.M., Ass. La Sorgente		
		Istituzione di una pagina Web	è stata attivata una pag. Sul sito web aziend. Collegata in rete con il sito assess. Tutela Minori		Vi è una pagina web sul sito az., ma attualmente non è collegata in rete tra i vari consultori del territorio e gli ospedali
		Protocolli interaziendali e interistituzionali	è in corso di elaborazione un protocollo d'intesa con il comune di Siracusa per l'affidamento e la violenza sui minori		la previsione di completa implementazione per l'obiettivo è comunque prevista per il 31-12-2014
		Applicazione delle linee-guida regionali	avviata		
		Monitoraggio del numero di minori vittime di maltrattamento o abuso in carico ai servizi	avviata		

## 5 – Salute della Donna, del Bambino e dell'età giovanile

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1.percorso nascita	<b>Percorsi assistenziali di gestione integrata gravidanza, differenziati per livello di rischio</b>	Tavolo tecnico di specialisti	E' stato costituito	Cp05- Allegato_A	
		Audit	effettuato	Cp05- Allegato_B	
	<b>Incrementare l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri</b>	implementazione percorsi omogenei	*progetto integrazione osp.-terr. *corso preparazione al parto *protocollo assistenza al parto, gravidanza, parto, puerperio *LG e protocollo assistenza puerperio		le previste azioni inerenti la gestione dei quaderni gravidanza saranno sviluppate nel 2013 in quanto detti documenti sono stati inviati dall'Assessorato nel dicembre 2012
	<b>Promuovere l'allattamento al seno</b>	incremento del numero di casi di allattamento	nn. donne che hanno allattato al seno alla dimissione dal punto nascita = 980 a sei mesi dalla nascita =740	Cp05-allegati CDEF	Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate, tranne le visite domiciliari per carenza di risorse
2.procreazione responsabile	<b>Incrementare il numero di donne o coppie cui viene offerto il counseling preconcezionale</b>	incremento del numero di soggetti	incremento dell'1% rispetto anni precedenti	Cp05-allegati GH	Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate
	<b>Incrementare il numero di donne o coppie cui viene offerto il counseling contraccettivo</b>	incremento del numero di soggetti	incremento superiore all'1% rispetto anni precedenti	Cp05-allegati IL	Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate
	<b>Incrementare la somministrazione di contraccettivi alle fasce di utenza fragili</b>	incremento del numero di soggetti	Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate		i dati di riferimento sono contenuti nelle cartelle cliniche
3. IVG	<b>Sviluppo percorso IVG</b>	incremento percorso	Le azioni propedeutiche sono state espletate	Cp05-Allegati: Ma – Mb-Mc- Md-Me-Mf-Mg- Mh-Mi-ML.	
	<b>Incremento della presa in carico delle donne richiedenti la IVG presso i CF</b>	Presa in carico pz.da parte del CF	120		
		Controlli biofisici e biochimici della pz.	291		

		Consulenza assist.sociale e psicologo	524		
		Certificazione IVG	438		
		Invio presso reparto ospedaliero	120		
		incremento presa in carico			
4. salute sessuale e riproduttiva in età giovanile	<b><i>Incremento dell'utenza d'età 13-24 anni presso i consultori</i></b>	incremento nn. casi	incremento 1%		Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate
	<b><i>Attivazione "spazi giovani"</i></b>	sono state avviate le procedure			l'obiettivo è correlato al riassetto dell'organico ancora carente nei consultori. Comunque il raggiungimento era prefissato per la fine del 2014
	<b><i>Incremento interventi di promozione della salute sessuale e riproduttiva nelle scuole</i></b>	incrementi interventi			Le azioni sono state avviate. La conclusione è comunque prevista per il 2014
5. salute sessuale e riproduttiva donne migranti	<b><i>Attivare una rete funzionale di servizi dedicati alla salute delle donne straniere</i></b>		Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate	Cp05-allegato N	
6. prevenzione malattie neonatali	<b><i>Messa in sicurezza dei punti nascita e miglior. qualità dell'assistenza al parto e al neonato</i></b>	stesura procedure per migliorare la sicurezza	OK	Cp05-allegato O a - O b - O c - O d - O e - O f - O g	Attualmente solo il PO di Lentini è perfettamente conforme alle norme del DA per il riassetto dei punti nascita. Per ovviare alle criticità presenti, specialmente presso il PO di SR, sono state implementate procedure per migliorare la qualità di erogazione dei servizi.

7. puerperio e salute del neonato e del bambino	<b>Riduzione mortalità per SIDS</b>	informazione rianimazione in emergenza neonatale	Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate	Cp05 -allegato P	
8. educazione ai corretti stili di vita in età pediatrica	<b>Riduzione obesità</b>	attivare presso i consultori ambulatori per i bambini obesi	non raggiunto		si riprogramma il raggiungimento entro il 31-12-2013
9. integrazione osp.-terr. e PDT in età pediatrica	<b>Riduzione dell'ospedalizzazione</b>	riduzione ospedalizzazione	Per ridurre i ricoveri è stato avviato l'applicazione del triage ostetrico ginecologico	Cp05-allegato Q	
10. tutela del minore e della donna	<b>Adesione alle LG regionali per la tutela dei minori e della donna vittime di abuso</b>	controlli mirati del personale dedicato CF capofila x violenza	Tutte le azioni propedeutiche sono state puntualmente effettuate	Cp05-allegati R-S-T	Azione espletata e dal 2013 possibilità di una procedura semplice e veloce attuabile tramite modulistica per la riduzione dei tempi di attesa .

## 6 - Oncologia

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. campagne di prevenzione	a) <i>Incremento del rapporto Popolazione invitata / Popolazione target</i> b) <i>Incremento del rapporto Popolazione aderente / Popolazione invitata</i>				si rimanda al capitolo 2
2. rete oncologica e radioterapia	<i>La partecipazione dell'Azienda alla rete oncologica</i>	acquisizione di uno psicologo-psicoterapeuta con esperienza oncologica	non ancora raggiunto		si ripropone per il 2013
	<i>La partecipazione dell'Azienda alla rete radioterapica</i>	Attivazione UO oncologia Augusta e condivisione protocolli con UO SR	OK attivazione UO febbraio 2012	Cp06-01	
		Espletamento procedure di gara per la costruzione del bunker	OK effettuata entro dicembre 2012	Cp06-02 Cp06-03	
3. tumori in età pediatrica		Partecipazione alla rete onco-ematologica			In attesa delle direttive regionali (la commissione oncologica sta redigendo il Piano della Rete Oncologica Regionale)
4. riabilitazione in oncologia	* <i>Attivazione di servizi e percorsi riabilitativi dedicati</i> * <i>Promozione di attività di supporto psicologico</i> * <i>Coinvolgimento delle organizzazioni no-profit</i>	Elaborazione di procedure e protocolli specifici da parte di equipe appositamente costituite ed attivazione finale delle attività: estensione delle attività destinate ai lungo viventi e oncologici cronici - Attività di supporto per pazienti in terapia attiva e famiglie.	Attuata 06-2012	Cp06-04	

## 7 – Cure Palliative

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. rete cure palliative e hospice	<b>Attivazione e implementazione dei posti residenziali per le cure palliative e dei percorsi di assistenza palliativa domiciliare</b>	individuazione fabbisogno dei pz. ed esigenze territoriali (progettazione /ampliamento della rete di cure palliative, compreso eventuali posti in day hospice)	individuati 180 pz. X assist. Domiciliare. Degenti in hospice 210 pz.. Strutturati 2 posti di day hospice		
		individuazione protocolli di accesso e tipologie di intervento	individuate le UVPD con delibera n.971. i protocolli saranno emanati dalle unità. Le tipologie di intervento sono state individuate. La UO si è dotata di protocollo di triage	Cp07-01 Cp07-02	
		creazione di un set di indicatori complessivo (territorio/ospedale), capace di misurare anche il livello di inappropriatazza delle prestazioni	OK in data 19-12-12	Cp07-03	
		costituzione equipe	delibera 971	Cp07-01	
		pianificazione formazione	da un anno personale in formazione, specie tramite FAD e residenziale di 2 gg.		
		campagna informativa	in pianificazione		saranno svolte nel 2013
		pianificazione criteri qualitativi	in pianificazione		saranno svolte nel 2013
2. rete terapia del dolore	<b>Adesione al programma regionale ospedale-territorio senza dolore e attivazione di percorsi specifici</b>	costituzione comitato "Ospedale/Territorio senza dolore"	costituito con delibera 971		
		adozione procedura aziendale sulla gestione del dolore e monitoraggio	procedura condivisa e approvata	Cp07-04	
		formazione	da gennaio a settembre sono stati svolti i corsi richiesti (FAD + residenziale). 4 corsi per 200 operatori		
		adeguamento ambulatorio terapia del dolore dell'hospice ai requisiti spoke regionali	OK	Cp07-05 allegata delibera istit.970	
		inserimento Hospice SR (ambulatorio terapia del dolore) nella rete hub&spoke regionale	OK	Cp07-05 allegata delibera istit.970	
		avvio attività	ott-12		

## 8 - Cardiologia

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1.prevenzione del rischio	<i>Programmi di prevenzione in sinergia con altri enti</i> <i>Partecipazione alla Rete della cardiologia riabilitativa e di prevenzione secondaria</i>	Avvio di una campagna educativa in sinergia con altri Enti	4 progetti	Cp08-01 (a - b - c - d)	
		Potenziamento presso la UOC di Cardiologia del PO "Umberto I" dell'ambulatorio di Cardiologia Pediatrica	acquisito n.1 specialista in cardiologia pediatrica		
		Implementazione della attività di fisioterapia riabilitativa nei soggetti con sindrome coronarica acuta	attività inserita presso la UOC cardiologia di Lentini	Cp08-02	
2.emergenza cardiologica	<i>Partecipazione alla rete dell'Infarto</i> <i>Gestione delle aritmie</i>	Campagne di informazione ed educazione per ridurre il ritardo decisionale	4 progetti (vedi sopra)	Cp08-01 (a - b - c - d)	
		Implementazione della rete di intervento	OK come dimostrano i report sulla PTCA entro 24 H	Cp08-03	
		Miglioramento della qualità dei percorsi intra-ospedalieri	definizione procedure IMA STEMI / non STEMI	Cp08-04 (a - b)	le procedure sono in corso di condivisione
		sviluppo di un nuovo modello organizzativo di gestione delle aritmie	presentata una proposta operativa da sviluppare nel 2013	Cp08-05	
3.malattie croniche	<i>Partecipazione alla rete dello scompenso cardiaco</i>	Organizzazione di una rete per il trattamento dello Scompenso Cardiaco Cronico	è stato avviato presso il PO di Avola un ambulatorio per lo scompenso cardiaco di I e II livello	Cp08-06 (a - b)	
		svolgimento studio scompenso cardiaco	OK	Cp08-07	
4.assistenza cardiocirurgica	<i>Definizione della rete delle cardiocirurgie secondo livelli</i> <i>Creazione di team multidisciplinari per particolari pratiche card./cardiocirurgiche (aneurismi e valvole)</i>	Attivazione di convenzione con adeguato centro cardiocirurgico	Formulata richiesta di convenzione con Ferrarotto e Centro cuore Morgagni di Pedara (23-11-2012)	Cp08-08	

## 9 - Neuroscienze

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1.emergenza neurologica	<b><i>Partecipazione alla Rete della emergenza neurologica con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici e alle stroke units</i></b> <b><i>Sviluppo percorsi di diagnosi precoce dell'ictus</i></b>	Applicazione modello organizzativo per la costruzione di un network per la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'ictus cerebrale	in fase di esecuzione		il modello regionale è stato pubblicato in GURS solo il 30-11-2012
		Promozione di eventi formativi	Già pianificato		Sarà svolta nel 2013
		Redazione di linee guida e procedure	in fase di esecuzione	Cp09-02	la procedura è in fase di condivisione
		Campagna informativa sulla popolazione	prodotti 2 opuscoli	Cp09-01 (a - b)	
2.malattie croniche	<b><i>Percorsi specifici per le malattie croniche compresi i collegamenti con i centri di riferimento</i></b>	Attivazione UOC Neurologia	OK attivata febbraio 2012		
		Attivazione convenzione con UO di Neurochirurgia privata	in fase di esecuzione		
3.riabilitazione neurologica	<b><i>Definizione dei percorsi stabiliti e dei collegamenti con i centri per la riabilitazione</i></b>	definizione protocollo, procedura e modulistica di intervento	in fase di esecuzione (vedi punto precedente)	Cp09-02	la procedura è in fase di condivisione
		formazione del personale	Già pianificato		Sarà svolta nel 2013

## 10 – Gestione del Politraumatizzato

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. Trauma center	<i>Partecipazione alla rete secondo i percorsi diagnostico terapeutici stabiliti</i>	Stesura di un protocollo di stabilizzazione e trasferimento hub	OK	Cp10-01 procedura condivisa e ratificata	
2. Sistema integrato riabilitazione Osp.-Terr.	<i>Partecipare alla costruzione di una rete formata da strutture e servizi riabilitativi in grado di seguire il paziente dalla fase acuta a quella successiva</i>	Elaborazione di un protocollo operativo	è stata redatta una procedura	Cp10-01 procedura condivisa e ratificata	la procedura è in fase di condivisione

## 11 – Trapianti e Piano Sangue

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1.rete trasfusionale	<p><i>* Riqualificazione della Rete Trasfusionale</i></p> <p><i>*Autorizzazione ed accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta associative</i></p>	<p>* adeguamento della dotazione organica;</p> <p>* individuazione ed affidamento di incarico a ditta di certificazione del Sistema di Gestione Qualità;</p> <p>* acquisizione delle apparecchiature ed attrezzature necessarie</p>	non raggiunto		L'adeguamento della D.O. non è possibile per il blocco disposto dall'Assessorato
2.emoglobinopatie	<p><i>Partecipazione alla rete della talassemia e di altre emoglobinopatie</i></p>	<p>* individuazione referenti per ogni disciplina</p> <p>* identificare apposite équipes multidisciplinari</p>	Le équipes sono state costituite		
3.reti trapianti organo	<p><i>Partecipazione alla rete dei percorsi diagnostico-terapeutici di pazienti pre e post trapianto in sinergia con il CRT</i></p>	<p>partecipazione attività formative regionali</p> <p>attivazione rapporto UUOO di neurochirurgia</p> <p>formazione aziendale</p> <p>azioni di promozione ed informazione delle tematiche dei trapianti d'organo a favore della popolazione scolastica</p>	Le azioni programmate sono state svolte. La formazione è stata eseguita a livello di singola UO. Nel 2013 sarà ripianificata a livello aziendale	Cp11-01	

## 12 – Salute Mentale

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1.salute mentale	<b>Adesione al Piano Regionale per la Salute Mentale</b> <b>Riduzione progressiva TSO</b>	incremento interventi domiciliari	incremento 3% rispetto 2011 (3890 interventi)		E stata raggiunta la riduzione del 4,5%. E' prevista la riduzione del 5%, da portare a compimento entro il 2013 e 2014
		stipula protocolli di intesa	3 protocolli e una procedura	Cp12-01 1 procedura e 3 protocolli per la gestione del pz. con malattia psichiatrica	
2.dipendenza	<b>Adesione al Piano Regionale per la Salute Mentale</b> <b>Incremento progressivo nn. utenti in trattamento per la prevenzione e cura dei:</b>				
	<b>a) Disturbi del Comportamento Alimentare</b>	Incremento numero utenti in carico ambulatorio	nel 2012 trattati 96 rispetto 77 del 2011		
		coinvolgimento dei MMG e PLS anche con specifico corso di formazione	effettuati corsi di formazione per MMG e PLS e produzione depliant	Cp12-02 (a - b - c)	
	<b>b) Disturbi da gioco di azzardo e alcool correlati</b>	Stesura linea guida per le attività ambulatoriali di trattamento dei disturbi da gioco d'azzardo patologico presso SERT.	OK	Cp12-03	
		Presenza in carico utenti entro gg.2 dalla richiesta tramite n.verde di Federserd o invio medici di medicina generale o da altri utenti.	presa in carico rispettata		
		Incremento numero utenti in carico negli ambulatori del 20% rispetto precedente anno	trattati 53 utenti nel 2012 rispetto a 19 nel 2011		
		pubblicizzazione attività tramite stampa e locandina da affiggere nei rivenditori	OK	Cp12-04	

	<b><i>Invio tempestivo del flusso regionale</i></b>	Invio puntuale report alla Regione	Sarà puntualmente inviato alle scadenze previste 31.01.2013		
<b>3.neuropsichiatria infantile</b>	<b><i>Adesione al Piano Regionale per la Salute Mentale La patologia autistica in età evolutiva</i></b>	Avvio valutazioni e piani di lavoro per i soggetti progressivamente in carico, in collab. con centri di riabilitazione, scuola e famiglia;	OK	Cp12-05	
		Condivisione delle attività con rappresentanti; associazioni familiari per la definizione rete;	OK	Cp12-06	
		Realizzazione di un manuale delle procedure operative + cartella clinica	OK	Cp12-07	
		Definizione protoc. con Enti e/o Associaz. di famiglie	OK	Cp12-08 prot. intesa con comune di Francofonte - delibera n.737 del 21-06-2012	
		Corsi di formazione per operatori NPIA	OK	Cp12-09	
		Registro epidemiologico	OK casi valutati 51 nel 2012 rispetto nel 2011	Cp12-10	

## 13 – Qualità e Governo Clinico

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1. sicurezza dei pazienti	<b>- Monitoraggio eventi avversi e near miss</b>	creazione report specifici	OK	Cp13-11 a-b-c-d	I report sono stati anche presentati nei corsi di formazione sul rischio clinico (Sicurezza in sala operatoria 24-25/2 – 27-28/2 – 19-20/3)
	<b>- Indicatori Patient Safety Indicator – AHRQ</b>	individuazione set indicatori e condivisione	OK	Cp13-07	
	<b>- Implementazione raccomandazioni Ministero salute presenti sul WEB</b>	predisposizione calendario audit e realizzazione	OK	Cp13-08 (a - b - c - d) Copie calendario e verbale di alcuni audit effettuati	
	<b>- Implementazione standard regionali Joint Commission International</b>	immissione dati software SAT comprensive progetti miglioramento	OK		L'evidenza si evince dal software regionale
	<b>- Piano aziendale per la qualità e sicurezza dei pazienti</b>	redazione piano	In attesa di deliberazione	Cp13-10	
	<b>- Istituzione e attività del Comitato Aziendale valutazione sinistri CAVS</b>	creazione di un database aziendale + deliberazione + avvio lavori	OK	Cp13-09	
2. Empowerment	<b>- Piano comunicazione aziendale sulla qualità percepita per operatori e cittadini/utenti</b>	redazione e diffusione piano + audit	Piano deliberato ed implementato. Elaborati report verifica trimestrali	Cp13-01 Cp13-02	
	<b>- Raccomandazione Ministero della salute guide "uniti per la sicurezza"</b>	redazione guide	OK		il materiale è stato pubblicato sul sito aziendale
3. Efficacia appropriata	<b>- Implementazione raccomandazione per la prevenzione del TEV</b>	redazione raccomandazione	OK	Cp13-03 Cp13-04	

	<b>- Implementazione LLGG Antibiotico profilassi perioperatoria e taglio cesareo</b>	redazione raccomandazione	OK solo T.C.	Cp13-05bis Cp13-06	
	<b>- Valutazione outcome PNE</b>	partecipazione formazione CEFPAS *analisi database nazionale secondo pianificazione aziendale ed incontri con gli operatori *stesura piani di miglioramento	OK OK OK	esempi: Cp13- 12 a-b-c-d-e	
<b>4. Accreditamento</b>	<b>a) Report su piattaforma informatica b) Piano di adeguamento sulla base delle indicazioni regionali</b>	Autovalutazione di tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali utilizzando la check-list regionale, tramite verifiche ispettive	le verifiche ispettive sono state completate per tutta l'ASP entro il 12- 12.		
<b>5. Tempi di attesa</b>	<b>Implementazione dei Piani Attuativi Aziendali, secondo il PRGTA 2011- 2013</b>	*implementazione sistemi di drop-out *inserimento convenzionati esterni *inserimento attività intramoenia	entro l'01-2013 sarà operativo il sistema di pulizia delle liste "Recall" e saranno operative altre 10 liste per convenzionati est. (2 già attive)		

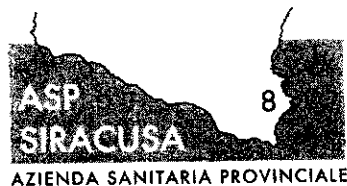
## 14 – Rete Formativa e Rete Civica

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note		
1.partecipazione alla rete formativa regionale	<b>Accreditamento in qualità di Provider ECM al Sistema Regionale</b>	Accreditamento al Sistema Nazionale ECM	già realizzato nell'ottobre 2010				
		Passaggio dal sistema ECM nazionale a quello Regionale in base alla Circolare n°7426 del 30/01/2012 dell'Assessorato della Salute	realizzato nel luglio 2012				
	<b>Piano di formazione aziendale</b>	Assegnazione Risorse Umane e Finanziarie (budget) ai sensi della normativa vigente e adeguata agli obiettivi aziendali		assegnate per il 2012			
		Analisi dei bisogni formativi del personale dipendente		fatto entro il 31-08-12			
		Progettazione corsi		fatto entro il 30-09-12			
		Deliberazione del piano		deliberato 11-12-12		delibera 1297 del 11-12-12	
		Invio Piano Formativo all'A.GE.NAS e all'assess.		inviato 12-12	Cp14-04		
		Realizzazione dei corsi previsti nel piano formativo richiesto dall'A.GE.NAS		realizzati nel 2012 20 corsi su 34 previsti			
		Relazione annuale all'A.GE.NAS		NO		la stesura per l'anno 2012 si effettua entro il 31-03-13	
		Realizzazione delle attività formative contenute nel piano annuale		realizzati nel 2012 21 attività formative su 30 previste			
		<b>Partecipazione ai progetti formativi regionali e partecipazione ai lavori della rete</b>	Partecipazione ai progetti regionali		partecipazione a 6 progetti regionali		
			Partecipazione agli incontri convocati dall'Assessorato o dalla rete		100% di partecipazione		
2.attuazione piano az. Comunicazione	<b>Adozione del piano aziendale di comunicazione in aderenza alle linee guida regionali</b>	Redazione Piano secondo LG	Il piano è stato redatto, condiviso e presentato secondo le previsioni	Cp14-01 + bis + ter delibere			

3.partecipazione rete civica della salute	<b><i>Implementazione del progetto Regionale di Audit Civico</i></b>	Redazione del rapporto regionale e individuazione criticità	OK		
		Redazione dei piani di miglioramento	i piani sono stati richiesti alle UUOO	Cp14-02 (a - b - c - d - e)	i piani pervenuti sono stati inviati all'Ass. con nota 195/FM del 27-12-12
		Redazione del Rapporto Aziendale, pubblicazione e presentazione	OK		presentato all'Ass. in data 13-4-12
	<b><i>Potenziamento delle funzioni del Comitato Consultivo aziendale</i></b>	Assegnazione Sede	Assegnata con nota 12196/DG	Cp14-03	
		Assegnazione strumenti informatici	OK		

## 15 – Partecipazione Programmi di Sviluppo e Innovazione

Azioni previste	Descrizione	Parametro di valutazione	Risultato raggiunto	allegato	note
1.ricerca e cooperazione internazionale	<i>Costituzione dei Nuclei di Progettazione Aziendali</i>	formazione del personale selezionato	Le azioni previste sono state espletate		
	<i>Partecipazione ai laboratori organizzati in materia di progettazione di sanità e ricerca con il POAT Salute 2007-2013</i>	elaborazione di un report da parte dei referenti individuati	Le azioni previste sono state espletate		
	<i>Implementazione della banca dati dei progetti di ricerca e cooperazione internazionale</i>	diffusione banca dati sul sito web	Le azioni previste sono state espletate		
2.innovazione	<i>Partecipaz. qualificata al network regionale di telemedicina ed ai labor. sulla Telemedicina, organizzz.con il POAT Salute 2007-2013</i>	partecipazione ai network regionali	L'Az. partecipa già al progetto SETT-Teleradiologia.		Altre partecipazioni sono previste nel 2013
	<i>Partecipazione ai progetti TELETAC - SETT-Teleradiologia – EOLIENET</i>	incremento prestazioni TELETAC	Prestazioni richieste per teleconsulto 126		
3.la gestione delle tecnologia sanitarie	<i>Partecipazione ai laboratori in materia di HTA organizzati con il POAT Salute 2007-2013, partnership AGENAS</i>	partecipazione ai laboratori organizzati	Non sono pervenute convocazioni da parte della Regione		
	<i>Adozione dei provv. organizzativi connessi alle LG reg</i>	adozione az. delle LG reg.	Costituzione gruppo di lavoro	Cp15-01-02-03 delibera n.8 del 07.01.2013	La piena adozione avverrà nel 2013. Occorre pianificare gli interventi formativi da svolgere nel prossimo anno.
	<i>Attuazione del Piano reg. di sviluppo dell'HTA 2010-2012</i>	partecipazione iniziative regionali e costituzione specifico gruppo di lavoro aziendale			



**Azienda Sanitaria Provinciale Siracusa**  
**Organismo Indipendente di Valutazione**

Al Commissario Straordinario

## **Documento di validazione della Relazione sulla performance**

- A. L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP di Siracusa, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. n. 150/2009 e successive delibere n. 4/2012, n. 5/2012, ha preso in esame la Relazione sulla *performance* approvata dall'Amministrazione in data 30/01/2014, ed inviata in pari data all'Organismo Indipendente di Valutazione.
- B. L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno nella fattispecie, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi da:
- il monitoraggio della CIVIT sul Piano della *performance* e sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- C. La documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute verbale della seduta dell'OIV in 14.2.14 e conservato presso la segreteria dell'OIV.
- . Tutto ciò premesso l'OIV valida la Relazione sulla *performance*.

Data 14.2.14

**Il Presidente dell'OIV**  
(Dott. Salvatore Russo)