



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Relazione sulla Performance
2017

Il Direttore Generale f.f.
Dr. Anselmo Madeddu

Il Direttore Sanitario
Dr. Anselmo Madeddu

Il Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Di Bella

Presentazione della relazione e indice

La relazione sulla Performance conclude l'applicazione del *ciclo della performance* relativo all'anno 2017, ed è stata redatta 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 30/06/2013.

Scopo della relazione è evidenziare le performance realizzate nel 2017 in riferimento al piano triennale della Performance 2017-19 e agli obiettivi che l'Azienda si era prefissata e alla luce dei risultati 2016. Questa relazione è un lavoro prodotto in collaborazione tra gli uffici aziendali e si avvale dei dati forniti dal sistema informativo aziendale e dal controllo di gestione.

Il D.Lgs. n. 150/2009, prevede, all'articolo 10, (ciclo della performance, organizzativa ed individuale), che le Amministrazioni adottino entro il 30 giugno un documento denominato "*Relazione sulla performance*" con cui dare "evidenza"; il calendario delle attività previsto dall'ANAC prevedeva che questa relazione sarebbe dovuta essere predisposta entro il 30 giugno e successivamente validata dall'OIV entro il 15 settembre. Tuttavia l'Amministrazione al fine di elaborare quanto più attentamente possibile la formulazione della *Relazione sulla Performance 2017* ed in mancanza dell'Organismo Indipendente di Valutazione decaduto nel mese di Marzo us ha atteso la nomina del nuovo organismo per la presentazione. In particolare il nuovo OIV è stato costituito con atto deliberativo n. 1087 del 11/10/2018.

La composizione dell'organismo non si è definita nei tempi previsti nella considerazione che il bando predisposto per la nomina del Presidente non ha dato l'esito atteso e si è reso necessario indire una nuova selezione per la figura anzidetta, le cui operazioni si sono completate solo in 9/10/2018.

L'ASP di Siracusa intende ora redigere la propria Relazione sullo stato di attuazione del Piano 2017/2019 e sui principali dati di sintesi sulle performance conseguite, tenendo conto dei principi espressi dalle Delibere CIVIT nn. 5 e 6 - anno 2012, relative agli adempimenti posti a carico degli OIV/Nuclei di Valutazione, e delle direttive Assessoriali di cui alle linee guida emanate in data 26.9.2011 (nota prot. n.76572/2011). L'ASP ha un suo sistema di misurazione e di valutazione della Performance approvato con atto deliberativo nr 1076 del 18.12.2013. Alla luce delle nuove linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica nel dicembre 2017 per il sistema di misurazione e valutazione della Performance, l'azienda procederà alla revisione del regolamento in atto vigente.

La stesura del documento intende rispondere ai principi previsti dalla delibera 5 sopra richiamati, ed in particolare:

- Trasparenza
- Immediata intelligibilità (comprensibilità e chiarezza).
- Veridicità e verificabilità dei contenuti (tracciabilità e specifica individuazione dei soggetti intervenuti e dei loro ruoli).
- Partecipazione (coinvolgimento e condivisione con gli stakeholder esterni ed interni);

- Coerenza interna ed esterna (coerenza con le esigenze ed i bisogni espressi dal contesto esterno e con gli strumenti e le risorse assegnate e disponibili).

In conformità con quanto previsto dalla delibera 5 del 2012, più volte richiamata, la relazione si articola in 6 capitoli orientati a rendere partecipi gli stakeholder delle caratteristiche dei servizi offerti al territorio, secondo la mission aziendale, in modo che possa essere esercitato un adeguato controllo sociale.

La relazione evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti nell'anno 2017 anche rispetto ai target programmati nel Piano della Performance 2017-2019, contenuti nelle schede obiettivo contrattate con le UU.OO., nelle schede di performance individuali e con gli obiettivi strategici contenuti nei PAA ed è organizzata secondo la struttura e i contenuti previsti dalla predetta delibera che si rispettano pedissequamente.

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

	Pag.
Presentazione della relazione e indice	2
CAPITOLO 2	6
Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	6
2.2 – L’Amministrazione.....	7
L’organigramma Aziendale	8
2.3 Risultati raggiunti	11
Ricoveri ordinari	14
Ricoveri A Rischio di Inappropriatezza (ARI)	15
Ricoveri in Day Hospital e Day Surgery	15
Analisi attrazione, ricoveri per residenti fuori provincia (intraregionale)	16
Analisi mobilità passiva, ricoveri fuori provincia (intraregionale) dei residenti del territorio ASP di Siracusa	19
Numero complessivo di parti – anno 2017	20
Assistenza Territoriale - Dinamiche del personale per Distretti / Dipartimenti / Uffici di staff	21
Distretti	21
Dipartimento Epidemiologia e Medicina Preventiva	25
U.O.C. SEMP	25
Sorveglianza Malattie Infettive - anno 2017.....	31
U.O.S. Centro Gestionale Screening.....	32
2.4 Le criticità e le opportunità.....	37
CAPITOLO 3	38
Obiettivi, risultati raggiunti e scostamenti	38
3.1 – Albero della performance	38
3.2 - Obiettivi strategici	39
CAPITOLO 4	89
Risorse, efficienza ed economicità	89
Risorse assegnate ed utilizzate.....	91
Analisi Conto Consuntivo 2017.....	92
Percorso Attuativo Di Certificabilità (P.A.C.)	97
Stato di implementazione.	97
Internal Audit.....	98
Rendiconto attività 2017.....	98
Stato attuazione P.A.C.	98
CAPITOLO 5	108
Pari opportunità e bilancio di genere	108
Motivazione e significato del bilancio di genere	108
CAPITOLO 6	112
Il processo di redazione della relazione sulla performance.....	112
Performance e Prevenzione Corruzione.....	113
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.	114
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance.....	114

ALL.1	115
ALL.2	116
ALL.3	116
ALL.4	116

CAPITOLO 2

Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.

In questa sezione sono concentrate le principali informazioni per i cittadini e gli stakeholder esterni in modo che possano attingere conoscenza sugli avanzamenti dell'azienda rispetto agli obiettivi che si è data e alle criticità che è riuscita a superare o meno.

2.1 Il contesto esterno di riferimento

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa serve una popolazione di 400.881 abitanti (al 31.12.2017), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Augusta	17797	18057	35.854
Avola	15472	15936	31.408
Buccheri	925	1026	1.951
Buscemi	518	504	1.022
Canicattini Bagni	3370	3662	7.032
Carlentini	8631	9110	17.741
Cassaro	371	408	779
Ferla	1188	1259	2.447
Floridia	11251	11443	22.694
Francofonte	6225	6436	12.661
Lentini	11409	12117	23.526
Melilli	6859	6660	13.519
Noto	11984	12044	24.028
Pachino	11222	11015	22.237
Palazzolo Acreide	4178	4487	8.665
Portopalo di Capo Passero	1975	1957	3.932
Priolo Gargallo	5868	6015	11.883
Rosolini	10446	10760	21.206
Siracusa	59527	62078	121.605
Solarino	4095	4035	8.130
Sortino	4247	4314	8.561
Totale Prov. Siracusa	197558	203323	400.881

Con D.A. n. 629/17 recepito con delibera n. 396/2017 si è proceduto ad una revisione dell'atto aziendale adottato a suo tempo con delibera n. 301/2016. In atto il processo di revisione è tuttora in corsa, pertanto l'Atto Aziendale di riferimento rimane quello adottato con delibera n. 301/2016. L'Atto Aziendale in questione ha rappresentato un momento fondamentale per la ristrutturazione dell'Azienda attraverso una riconduzione della dotazione organica ai cosiddetti standard Balduzzi. L'obiettivo del rispetto dei suddetti parametri ha contribuito all'accreditamento della rete ospedaliera e ha rappresentato un intenso sforzo da parte dei vertici aziendali per la condivisione dell'importante ristrutturazione con tutte le comunità territoriali della Provincia.

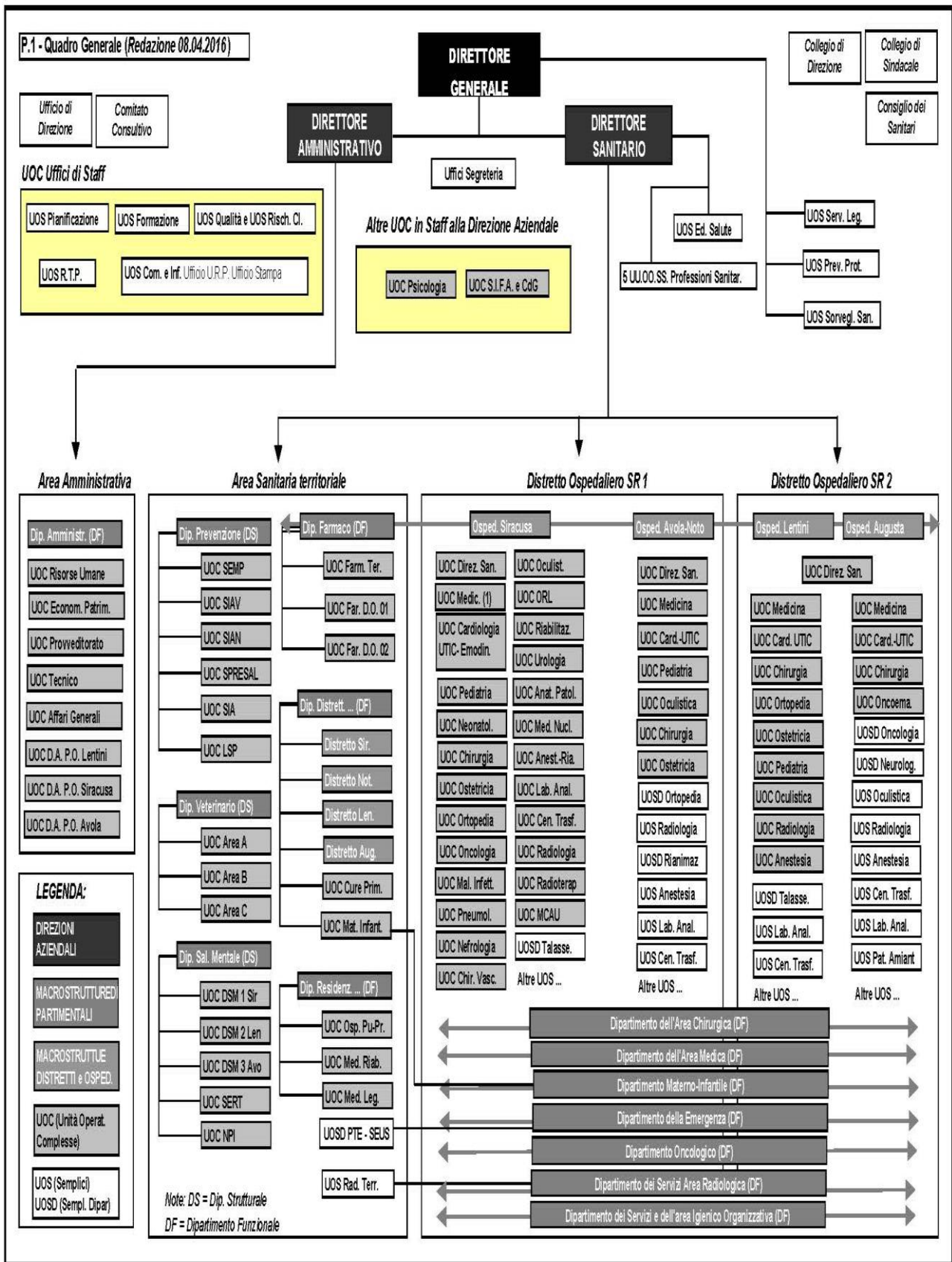
Il proseguimento degli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Salute al direttore generale hanno orientato in via prioritaria l'organizzazione aziendale e le strategie per il loro raggiungimento.

Hanno caratterizzato il contesto esterno di riferimento le nuove linee guida rilasciate dall'ANAC circa il piano triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e le linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della Performance.

2.2 – L'Amministrazione

Nel mese di giugno 2017 il Direttore Generale in carica ha cessato per naturale decorrenza del mandato, lo stesso ha proseguito nella guida dell'Azienda con la nuova carica di Commissario dopo un breve periodo di prova delle funzioni.

L'organigramma Aziendale



L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri ed in 4 Distretti Sanitari Territoriali che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base, specialistica e 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.

L'Atto Aziendale e la Dotazione Organica sono state adeguate alla nuova Rete Ospedaliera varata dall'Assessorato Regionale alla Salute con il D.A. 629/17, in attesa di approvazione.

Con l'approvazione dell'Atto aziendale, della nuova Dotazione organica e con la successiva adozione del Piano triennale del fabbisogno del personale per gli anni 2017-2019, elaborato ai sensi delle direttive assessoriali ed in conformità alle previsioni numeriche della dotazione organica approvata nel rispetto del tetto di spesa assegnato, con la conseguente autorizzazione all'avvio delle procedure di reclutamento nei limiti di cui al Piano del fabbisogno per l'anno 2017 da parte dell'Assessorato regionale della salute, l'Asp di Siracusa, ha proceduto nel 2017 alla assunzione a tempo indeterminato mediante lo scorrimento di graduatorie di concorsi pregressi di 35 dirigenti medici per i reparti di Medicina di Accettazione e Urgenza, Medicina Interna, Ginecologia, Chirurgia generale, Ortopedia, Nefrologia, Medicina Trasmfusionale, Chirurgia Vascolare, Cardiologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Oftalmologia, Oncologia medica, Neonatologia, Pediatria, nonché 4 dirigenti veterinari ex area B, 1 farmacista, 12 tecnici di laboratorio e 12 della prevenzione e 119 infermieri professionali. Per gli infermieri l'Asp di Siracusa ha previsto un ulteriore scorrimento della graduatoria di bacino dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania per ulteriori 37 unità con l'obiettivo di dotare soprattutto i reparti ospedalieri di personale medico ed infermieristico adeguato. Il percorso di adeguamento della dotazione organica dell'Asp di Siracusa è proseguito secondo le diverse modalità indicate dalle direttive assessoriali al fine di completare l'iter assunzionale previsto dal Piano di fabbisogno.

Sempre in tema di organico l'Asp di Siracusa ha assegnato gli incarichi dirigenziali, 620 in totale, dando stabilità all'organizzazione aziendale ed ha approvato il regolamento per la nomina dei Direttori dei Dipartimenti.

Il personale di ruolo al 31 dicembre 2017 vs 2016

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTR.		RUOLO PROFESS.		TOTALE	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Assistenza ospedaliera	1.215	1.340	181	162	58	64	2	2	1.456	1568
Assistenza territoriale	357	331	89	91	110	106	-	-	556	528
- Distretti sanitari	189	198	46	49	104	101	-	-	339	348
- Dipartimento Salute Mentale	168	133	43	42	6	5	-	-	217	180
Assistenza collettiva	301	323	41	39	112	99	1	1	455	462
Strutture centrali	54	52	47	53	118	114	1	1	220	220
TOTALE	1.927	2.046	358	345	398	383	4	4	2.687	2.778

Il dato rilevante è l'incremento complessivo di 91 unità di personale. Nella tabella successiva si precisa che il personale sanitario del comparto è cresciuto di 102 unità derivante dall'incremento del personale del ruolo sanitario. L'incremento si è avuto per scorrimento di graduatorie esistenti per il potenziamento o apertura di nuove attività, es. le UU.OO. Anestesia e Rianimazione di Avola e Lentini:

Distribuzione per ruolo

RUOLO	FASCIA	AREA	Numero	
			2016	2017
Amministrativo	Comparto		384	370
	Dirigenza		14	13
Professionale	Comparto		2	2
	Dirigenza		2	2
Sanitario	Comparto		1.251	1353
	Dirigenza	Medica	600	618
		Non medica	76	75
Tecnico	Comparto		353	341
	Dirigenza		5	4
			2.687	2.778

2.3 Risultati raggiunti

In ambito amministrativo-gestionale è stato:

- aggiornato il piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza con delibera nr 96 del 30.1.18;
- approvato il codice di comportamento con delibera nr 220 del 25.10.17.
- approvato il piano triennale della performance 2017-19 con delibera 75 del 31.1.17
- conseguito il pareggio di bilancio
- è continuato il percorso attuativo di certificabilità del bilancio con l'adozione di nuove procedure amministrativo-contabili.
- è stato continuato il percorso di dematerializzazione delle ricette.
- è stata consolidata la funzione di internal audit fortemente connessa al processo attuativo di certificabilità del bilancio.
- Acquisizione di un adeguato sistema di reporting direzionale per le attività finalizzate ai monitoraggi e andamenti per il management aziendale.
- Ampliamento offerta sportelli CUP delle Province.
- **“Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti”**
- E' stata presentata la delibera n. 421 del 9.05.17 “ Piano attuativo aziendale 2016/2017- Area di intervento 2.5 Personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti.
- In collaborazione con i Direttori dei PPOO e il Presidente del Comitato Consultivo sono state somministrate le “check list per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” secondo le direttive regionali nei 4 Ospedali dell'ASP e nei reparti indicati.
- In data 31.07.17 i dati raccolti sono stati inseriti in piattaforma “Age.na.s”.

Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti. Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale:

Attuazione delle Direttive Regionali sulla misurazione della qualità percepita che prevedono:

N. consensi effettuate nell'anno 2017: n. 2966/ 2047 previste.

N. interviste effettuate nell'anno 2017: n. 616/531 interviste previste presso i PP.OO., rivolti ad utenti che sono stati ricoverati;

N. interviste effettuate nell'anno 2017: n.1598/1506 interviste previste rivolti ad utenti che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali.

Decreto assessoriale 19 novembre 2015 “Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore”

Sono state effettuate le azioni di seguito elencate:

- è stato somministrato, in linea con le direttive assessoriali, il questionario alle persone anziane con fratture di femore ricoverate presso le strutture ospedaliere o accreditate;
- sono stati intervistati , previa acquisizione dei relativi consensi informati come di seguito:
 - n. 140 pazienti intervistati presso l’Ospedale Umberto I SR,
 - n. 85 pazienti intervistati presso Ospedale Trigona Noto,
 - n. 89 pazienti intervistati presso l’ Ospedale di Lentini,
 - n. 5 pazienti intervistati presso la Clinica Santa Lucia,
 - n. 4 pazienti intervistati presso la Clinica Rizzo,
 - n. 60 pazienti intervistati presso l’Istituto Ortopedico Villa Salus di Augusta,

SOS- Progetto Sportello Orientamento Servizi

L’ufficio ha continuato a gestire i volontari degli sportelli SOS presso i PPOO. Gli sportelli hanno lo scopo di seguire i seguenti obiettivi:

- Attivare un sistema informativo e di orientamento al cittadino completo relativo le attività e i servizi erogati dall’ASP;
- Facilitare l’accesso ai servizi da parte dell’utente;
- Attivare un intenso lavoro di rete tra le associazioni coinvolte, al fine di facilitare da un lato l’interazione delle stesse e, dall’altro, l’attivazione di servizi diversificati e complementari, meglio rispondenti alle esigenze dell’utenza;
- Facilitare l’attivazione di azioni strategiche e di governance, rispondenti alle esigenze espresse;
- Promuovere dei servizi integrati, attraverso una rete territoriale, in grado di raggiungere i risultati attesi;

L’intervento si rivolge a tutti i cittadini, minori, adulti, anziani, disabili, malati, extracomunitari, presenti nella Provincia di Siracusa.

Assistenza ospedaliera

In ambito sanitario sono migliorati i risultati del gruppo degli obiettivi inclusi nella voce “esiti”. Sono state portate avanti le procedure per l’aggiornamento della struttura ospedaliera i cui effetti saranno valutabili nel 2018.

L’assistenza ospedaliera è prestata direttamente nei 4 Presidi Ospedalieri (Avola-Noto sono Presidio Unico) e nelle 5 case di cura private accreditate:

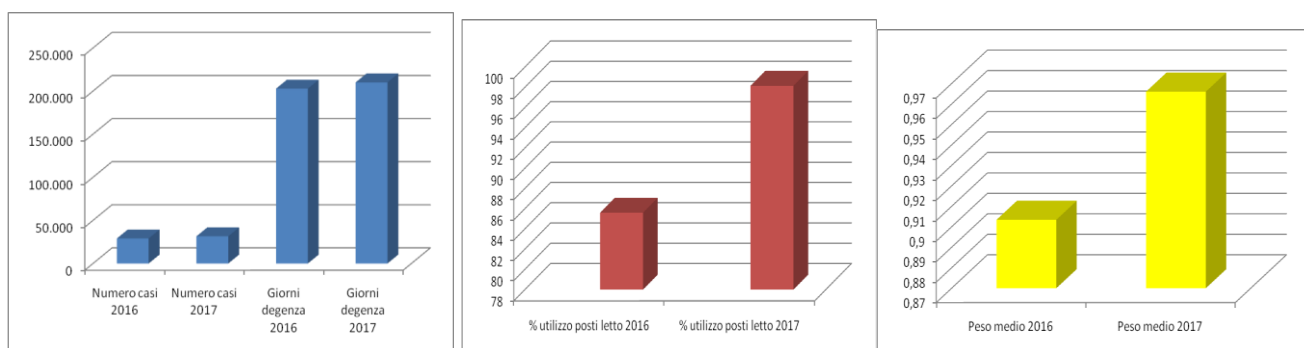
Strutture Pubbliche	
Presidio Ospedaliero Umberto I	Siracusa
Presidio Ospedaliero Di Maria	Avola
Presidio Ospedaliero Trigona	Noto
Presidio Ospedaliero Muscatello	Augusta
Presidio Ospedaliero Generale	Lentini
Strutture Private Accreditate e Contrattualizzate	
Casa di Cura Villa Azzura	Siracusa
Casa di Cura Santa Lucia Glef	Siracusa
U.O. Villa Mauritius della Casa di Cura Villa Salus	Siracusa
Casa di Cura Villa Salus	Augusta
Clinica Villa Rizzo	Siracusa

Le case di cura private convenzionate hanno fornito nell’anno 2017 prestazioni a 6.323 degenti, per complessive 46.640 giornate, con una degenza media di 7,38 giornate.

Ricoveri ordinari

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2017, hanno erogato 210.088 giornate di degenza. Tale attività è riassunta nella tabella di seguito riportata.

Presidio Ospedaliero	Posti letto medi		Numero casi		Giorni degenza		Degenza media		% utilizzo posti letto		Peso medio	Peso medio
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Siracusa	317	308	14340	15692	105913	107625	7,39	6,86	91,5	95,39	0,9839	1,0143
Avola	71	65	2987	2903	20481	23131	6,85	7,97	79	97,35	0,9734	0,9602
Noto	54	50	2969	3091	17889	16506	6,03	5,34	91	89,12	0,7865	0,8169
Augusta	70	57	2902	3251	20550	23117	7,08	7,11	80,4	110,87	0,8588	1,1301
Lentini	119	110	5833	6623	38011	39709	6,52	6,00	87,39	98,02	0,9145	0,9086
Totale	631	590	29.031	31.560	202.844	210.088	6,98	6,66	85,6	98,15	0,9034	0,9660



Dall'analisi dei valori riportati nella suddetta tabella, si evince un miglioramento generale della performance sui ricoveri ospedalieri. In particolare:

- Aumento del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza
- Aumento della percentuale dell'utilizzo dei posti letto
- Miglioramento della complessità dei ricoveri con l'aumento del peso medio a confronto del 2016 con il 2017.

Ricoveri A Rischio di Inappropriatezza (ARI)

Da un confronto degli anni 2016 e 2017 si è evidenziato un miglioramento della qualità dei ricoveri. Difatti dal confronto numerico dei ricoveri a rischio di inappropriatezza anni 2016 e 2017 si è avuta una riduzione da 2.323 (ARI) per l'anno 2016 a 2.098 (ARI) per l'anno 2017.

Nella tabella seguente è riportato il confronto tra le varie strutture dell'ASP di Siracusa:

Denominazione struttura	Ricoveri 2016	Ricoveri 2017	ARI 2016	ARI 2017
P.O. G. Di Maria di Avola	4.018	3.920	172	162
P.O. Trigona di Noto	3.519	3.518	180	162
P.O. Umberto I di Siracusa	17.947	16.622	919	779
P.O. Muscatello di Augusta	3.438	3.585	363	285
P.O. Generale di Lentini	6.903	6.972	372	368
P.O. Umberto I Rizza di Siracusa	370	356	0	0
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	1.217	1.217	36	38
Casa di Cura Villa Mauritius - Siracusa	1.227	1.221	94	102
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	2.829	2.915	93	103
Casa di Cura Villa Azzurra S.R.L. - Siracusa	1.503	1.651	86	96
Casa di Cura Nuova Clinica Villa Rizzo - Siracusa	756	963	8	3

Ricoveri in Day Hospital e Day Surgery

Nell'ambito delle iniziative assunte dall'Azienda finalizzate alla valorizzazione dei ricoveri in day hospital e/o day surgery, i presidi ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2017, hanno erogato 17.370 accessi. Tale attività di ricovero in day hospital e day surgery è riassunta nella tabella riportata.

Presidio Ospedaliero	Posti letto medi		Ricoveri DH/DS		Accessi	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Siracusa	44	35	3.977	3.168	12.592	10.409
Avola	14	14	1.290	1.252	3.358	3.096
Noto	6	4	550	547	573	582
Augusta	19	12	535	573	1.010	1.212
Lentini	17	17	1.070	896	2.346	2.071
Totale	100	82	7.422	6.436	19.879	17.370

Analisi attrazione, ricoveri per residenti fuori provincia (intraregionale)

		2016	2017	2016	2017
Denominazione struttura	Reparto di dimissione	Ricoveri	Ricoveri	Tot. val. DRG (€)	Tot. val. DRG (€)
Casa di Cura Nuova Clinica Villa Rizzo - Siracusa	Chirurgia generale	20	4	78.862,00	18.949,00
Casa di Cura Nuova Clinica Villa Rizzo - Siracusa	Day Surgery	146	258	272.158,00	479.366,00
Casa di Cura Nuova Clinica Villa Rizzo - Siracusa	Ortopedia e traumatologia	122	186	1.133.069,00	1.802.644,00
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	Chirurgia generale	42	51	126.227,00	158.632,00
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	Chirurgia vascolare	14	7	73.886,00	29.778,00
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	Day Surgery	101	117	169.608,00	195.234,00
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	Ortopedia e traumatologia	180	163	1.867.557,00	1.633.770,00
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	Urologia	1	14	2.669,00	35.833,00
Casa di Cura Villa Mauritius - Siracusa	Medicina generale	4	5	14.498,00	11.162,00
Casa di Cura Villa Mauritius - Siracusa	Neurologia	4	5	6.817,00	14.069,00
Casa di Cura Villa Mauritius - Siracusa	Psichiatria	22	13	42.724,00	25.246,00
Casa di Cura Villa Mauritius - Siracusa	Recupero e riabilitazione funzionale	3	2	26.462,00	6.868,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Chirurgia generale	96	197	544.017,00	913.545,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Chirurgia vascolare	18	25	115.623,00	171.713,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Day Hospital	34	18	38.282,00	16.801,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Day Surgery	56	113	97.784,00	203.570,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Medicina generale	69	87	248.650,00	343.383,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Neurochirurgia	261	262	1.650.643,00	2.101.151,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Ortopedia e traumatologia	296	312	2.127.299,00	2.407.941,00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	Recupero e riabilitazione funzionale	180	200	837.467,90	1.001.262,71
P.O. G. Di Maria di Avola	Cardiologia	26	27	82.115,00	110.262,00
P.O. G. Di Maria di Avola	Chirurgia generale	49	62	115.611,00	100.565,00
P.O. G. Di Maria di Avola	Medicina generale	22	24	73.735,00	66.314,00
P.O. G. Di Maria di Avola	Oculistica	4	8	6.243,00	11.188,00

P.O. G. Di Maria di Avola	Oncologia	1	0	382	0
P.O. G. Di Maria di Avola	Otorinolaringoiatria	11	15	12.021,00	21.871,00
P.O. G. Di Maria di Avola	Psichiatria	23	6	43.042,00	11.652,00
P.O. G. Di Maria di Avola	Unità coronarica	4	14	34.562,00	66.867,00
P.O. Generale di Lentini	Cardiologia	74	102	328.354,00	408.834,00
P.O. Generale di Lentini	Chirurgia generale	257	247	833.041,00	750.880,00
P.O. Generale di Lentini	Geriatrics	49	42	167.468,00	135.668,00
P.O. Generale di Lentini	Lungodegenti	14	8	33.110,00	21.868,00
P.O. Generale di Lentini	Medicina generale	95	100	331.946,00	334.425,00
P.O. Generale di Lentini	Nido	96	140	53.328,00	77.752,00
P.O. Generale di Lentini	Oculistica	2	0	3.044,00	0
P.O. Generale di Lentini	Ortopedia e traumatologia	168	158	873.240,00	812.747,00
P.O. Generale di Lentini	Ostetricia e ginecologia	278	319	466.302,00	539.711,00
P.O. Generale di Lentini	Pediatria	228	272	399.197,00	479.507,00
P.O. Generale di Lentini	Unità coronarica	14	12	66.908,00	32.242,00
P.O. Muscatello di Augusta	Cardiologia	108	85	220.793,00	440.437,00
P.O. Muscatello di Augusta	Chirurgia generale	83	101	111.148,00	307.221,00
P.O. Muscatello di Augusta	Medicina generale	74	48	237.035,00	126.958,00
P.O. Muscatello di Augusta	Neurologia	36	46	64.705,00	95.220,00
P.O. Muscatello di Augusta	Otorinolaringoiatria	1	0	330	0
P.O. Muscatello di Augusta	Pediatria	3	0	2.075,00	0
P.O. Muscatello di Augusta	Psichiatria	24	27	42.275,00	51.424,00
P.O. Muscatello di Augusta	Unità coronarica	31	41	80.108,00	221.768,00
P.O. Trigona di Noto	Geriatrics	19	10	62.308,00	36.775,00
P.O. Trigona di Noto	Nido	10	6	5.600,00	3.360,00
P.O. Trigona di Noto	Ortopedia e traumatologia	41	50	138.283,00	203.535,00
P.O. Trigona di Noto	Ostetricia e ginecologia	83	59	118.012,00	87.837,00
P.O. Trigona di Noto	Pediatria	24	33	18.646,00	34.081,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Astanteria	16	12	47.451,00	26.525,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Cardiologia	58	49	366.458,00	367.567,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Chirurgia generale	86	76	226.343,00	228.897,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Chirurgia vascolare	53	19	224.252,00	97.781,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Geriatrics	20	11	74.266,00	34.249,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Malattie infettive e tropicali	84	62	277.769,00	231.894,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Medicina generale	38	33	108.433,00	90.439,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Nefrologia	4	10	12.488,00	45.487,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Neonatologia	44	32	458.541,00	221.086,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Nido	34	36	19.040,00	20.160,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Oculistica	6	5	7.091,00	6.147,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Oncologia	45	44	141.193,00	135.951,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Ortopedia e	65	71	247.016,00	285.251,00

	traumatologia				
P.O. Umberto I di Siracusa	Ostetricia e ginecologia	207	176	364.327,00	307.425,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Otorinolaringoiatria	54	53	220.209,00	75.395,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Pediatria	51	52	86.733,00	71.393,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Pneumologia	25	18	137.515,00	74.816,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Psichiatria	44	33	78.674,00	56.499,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Terapia intensiva	14	20	177.624,00	167.226,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Terapia intensiva neonatale	3	1	47.236,00	5.435,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Unità coronarica	10	10	70.988,00	52.070,00
P.O. Umberto I di Siracusa	Urologia	97	92	269.754,00	333.706,00
P.O. Umberto I Rizza di Siracusa	Hospice	8	3	40.920,00	8.800,00
P.O. Umberto I Rizza di Siracusa	Recupero e riabilitazione funzionale	10	9	56.165,17	44.946,23
Totale		4.697	5.028	18.259.756,07	20.151.031,94

Dall'analisi dei dati si evince che le Strutture dell'ASP di Siracusa hanno riportato un grado di performance 2016-2017 positivo.

Difatti l'andamento dei ricoveri rappresenta un incremento di oltre 300 casi appartenenti a DRG ad alto peso medio presso strutture pubbliche e/o strutture accreditate con una stima di 2 milioni di euro circa.

Particolarmente interessati al predetto incremento sono gli ospedali di Noto, Augusta e la Casa di Cura Villa Salus.

Analisi mobilità passiva, ricoveri fuori provincia (intraregionale) dei residenti del territorio ASP di Siracusa

	2016	2017	2016	2017
Provincia struttura	Ricoveri	Ricoveri	Tot. val. DRG (€)	Tot. val. DRG (€)
Agrigento	27	29	74.079,70	368.751,60
Caltanissetta	51	35	162.816,45	128.300,47
Catania	9.174	8.868	38.087.173,98	37.078.208,23
Enna	289	291	1.524.715,62	1.693.669,16
Messina	922	967	4.896.924,41	5.658.616,05
Palermo	368	384	2.359.018,77	2.846.583,70
Ragusa	2.180	1.894	5.557.934,10	5.202.751,19
Trapani	10	5	15.332,00	14.453,00
Totale	13.021	12.473	52.677.995,03	52.991.333,40

Dall'analisi dei dati si evince un sostanziale mantenimento della spesa erogata per i ricoveri dei residenti presso i Presidi Ospedalieri delle province diverse da Siracusa. Con riferimento all'anno 2016, pur in presenza di consolidate dinamiche di attrazione dei residenti, va evidenziato che non possono essere rilevati gli effetti benefici determinati dall'apertura della Radioterapia e dalle UU.OO. recenti di Rianimazione del P.O. di Lentini. Pare utile a questo proposito segnalare come parte dell'incremento della spesa su Agrigento viene addebitata per la prolungata degenza presso la Rianimazione presente nell'Ospedale di detta città, parimenti l'incremento nella provincia di Messina, principalmente dall'IRCSS Bonino Pulejo è da attribuire all'offerta riabilitativa presente in detta struttura.

Numero complessivo di parti – anno 2017

Denominazione	Parti cesarei		Parti vaginali		Totale parti		% Cesarei		Precesarizzate		%PCP	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
P.O. Trigona di Noto	226	261	356	255	582	516	38	50	123	116	29	36
P.O. Umberto I di Siracusa	718	737	1.168	731	1.886	1.468	38	50	350	284	32	38
P.O. Generale di Lentini	260	260	491	419	751	679	34	38	137	134	25	23
	1.204	1.258	2.015	1.405	3.219	2.663			610	534		

L'analisi dei dati dimostra una percentuale di parti cesarei superiore agli obiettivi richiamati dall'Assessorato alla Salute.

Per contrastare detto aumento, nella possibilità di una inversione di tendenza l'ASP di Siracusa ha attivato una serie di iniziative con il Dipartimento Materno Infantile tramite i Consulteri Familiari intesa ad educare la resistenza di chi si appresta al parto.

In particolare le iniziative intraprese sono state orientate all'assegnazione di obiettivi strategici con interventi di:

- incentivare il trattamento della gravidanza fisiologica presso i Consulteri;

Altro obiettivo strategico assegnato al Servizio di Anestesia di Siracusa è stato finalizzato all'attivazione e propaganda del parto analgesia e proporzione del parto vaginale.

Attivazione percorso nascita territorio – ospedale.

Le suddette iniziative, attivate durante il 2017, dovrebbero dare i risultati sperati durante l'anno 2018.

Assistenza Territoriale - Dinamiche del personale per Distretti / Dipartimenti / Uffici di staff

L'assistenza territoriale include sia l'assistenza distrettuale in senso stretto, sia l'assistenza svolta tramite strutture "sovradistrettuali", attualmente costituite dal Dipartimento di Salute Mentale e dal Dipartimento di Prevenzione.

Distretti

Nel territorio operano, inoltre, 339 medici di Medicina Generale, 62 Pediatri di Libera Scelta, 66 medici specialisti ambulatoriali interni, 29 specialisti convenzionati per branche a visita, 39 laboratori di analisi cliniche, 17 diagnostici radiologici, 9 di fisiokinesiterapia, 2 di medicina nucleare, 10 centri di dialisi e 12 odontoiatri.

Le tabelle seguenti evidenziano la suddivisione per distretto dei professionisti e delle strutture convenzionate ed i volumi di attività erogati.

Risorse umane

Distretto di riferimento	Medici generici	Pediatri	Spec. interni, tempo indeterminato	Specialist convenzionati esterni, branche a visita	Specialist convenzionati esterni, analisi cliniche	Specialisti convenzionati esterni radiologia	Specialist convenzionati esterni FKT	Specialisti convenzionati esterni medicina nucleare	Centri dialisi	Odontoiatria
Augusta	42	8	66	4	6	4	1	1	1	1
Lentini	45	10		3	5	2	1	0	2	1
Noto	85	18		7	12	4	2	0	2	3
Siracusa	167	26		15	16	7	5	1	5	7
Totale	339	62	66	29	39	17	9	2	10	12

Volumi di attività

Poliambulatorio	2016	2017
Siracusa	50266	80055
Sortino	3122	3624
Palazzolo Acreide	13168	13150
Buccheri	661	349
Buscemi	3142	336
Canicattini Bagni	663	634
Cassaro Ferla	1059	1199
Noto	17155	18239
Lentini	37097	50058
Augusta - Melilli	43782	45719

Si rimanda all'Allegato 2 per la specifica delle prestazioni erogate per singolo Poliambulatorio.

U.O. Materno Infantile

Nel corso dell'anno 2017 i Consultori Familiari di questo Distretto di Siracusa hanno eseguito le attività istituzionali secondo le procedure approvate dall'azienda e nel rispetto delle direttive regionali. Si sono posti come obiettivo, così come negli anni precedenti, la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, della maternità e paternità responsabile, tutela dei minori e problematiche adolescenziali.

Tutte le attività sono state realizzate con un approccio multidisciplinare.

Nel 2017 si è operato nel rispetto delle procedure validate dalla Direzione Sanitaria nel 2014

Percorso IVG Maggiorenni

Percorso IVG minorenni

Puerperio

Allattamento

Tutti i Consultori hanno lavorato sinergicamente e hanno contribuito alla realizzazione degli obiettivi.

E' stato seguito un percorso nascita che comprendeva incontri con gli Operatori Ospedalieri (neonatologo, visita della sala parto con incontro con gli operatori dei PO di Ginecologia ed Ostetricia).

Nell'allegato 3 vengono riportate le prestazioni erogate dai Consultori della Provincia

Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale, alla data del 31/12/2017 risulta composto dalle seguenti 5 UU.OO.CC. ed una UOS Dipartimentale:

- U.O.C. Modulo Dipartimentale Salute Mentale Adulti 1 di Siracusa;
- U.O.C. Modulo Dipartimentale Salute Mentale Adulti 2 di Augusta e Lentini;
- U.O.C. Modulo Dipartimentale Salute Mentale Adulti 3 di Avola e Noto;
- U.O.C. Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza;
- U.O.C. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche;
- UOS Dipartimentale Alzheimer;

A ciascuna delle UU.OO.CC. della Salute Mentale Adulti, alla stessa data, fanno capo le UU.OO.SS. S.P.D.C. (Servizi Prevenzione Diagnosi e Cura), la Comunità Terapeutica Assistita (C.T.A.) pubblica, i Centri di Salute Mentale (C.S.M.) ed i Centri Diurni (C.D.). Per quanto riguarda il C.S.M. va precisato che i numeri indicati nella tabella sottostante si riferiscono ovviamente ad ambulatori periferici della stessa U.O.S. C.S.M.

La tabella seguente evidenzia la suddivisione per distretto delle strutture appartenenti al Servizio Salute Mentale, alla data in esame:

UU.OO.CC. S.M.A.	S.P.D.C.	C.T.A.	C.S.M.	C.D.
SMA 1	1	1	8	1
SMA 2	1	-	5	1
SMA 3	1	-	5	1
TOTALE	3	1	18	3

Le UU.OO.CC. di NPIA e delle Dipendenze Patologiche, nel periodo in riferimento, sono state presenti con proprie UU.OO.SS., dotate di ambulatori centrali e periferici in ciascuno dei quattro Distretti in cui è suddivisa la A.S.P.: Siracusa, Augusta, Lentini, Noto.

Dipartimento Prevenzione Medico

Le strutture afferenti al Dipartimento Prevenzione Medico sono: U.O.C. SEMP, U.O.C. SIAV, U.O.C. SIAN, U.O.C. SPRESAL, U.O.C. SIA, U.O.C. LSP., UOSD Screening e UOS Avvreditamento.

Dipartimento Prevenzione Veterinario

Le strutture afferenti al Dipartimento Prevenzione Veterinario sono le seguenti:

- U.O.C. Sanità Animale , ex Area A.
- U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale, ex Area B.
- U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, ex Area C.

Dipartimento del Farmaco

Le strutture afferenti al Dipartimento del Farmaco sono le seguenti: U.O.C. Farmaceutica Territoriale, U.O.C. Farmacia D.O. 01 Siracusa-Avola-Noto, U.O.C. Farmacia D.O. 02 Lentini-Augusta.

Dipartimento Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria

Le strutture complesse afferenti al Dipartimento Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio Sanitaria sono le seguenti: U.O.C. Cure Primarie, Distretti Sanitari di base di Siracusa, Noto, Lentini ed Augusta, UOS Dipart. Hospice, UOS Dip. Neurologia Territoriale, UOS Dip. del Governo aziendale delle Liste d'attesa, UOS D. RSA Siracusa, UOSD RSA Pachino, UOS Dip. SUAP/RSA di Lentini.

Dipartimento delle Attività Accreditate Ospedaliere, Residenziale e Semiresidenziali

Le strutture complesse afferenti al Dipartimento delle Attività Accreditate Ospedaliere, Residenziale e Semiresidenziali sono le seguenti: UOC Medicina Ospedaliera Pubblica e Privata, UOC Medicina Riabilitativa e Protesica, UOC Medicina Legale.

Uffici di Staff del Direttore Generale

Gli Uffici di Staff del Direttore Generale sono: U.O.C. S.I.F.A. e Controllo di Gestione, U.O.S. Qualità e Rischio Clinico, U.O.S. Formazione, U.O.S. Comunicazione Informazione U.R.P., UOS RTP, UOS Pianificazione, UOC Psicologia, UOS Servizio Legale, UOS Prevenzione e Protezione, UOS Sorveglianza Sanitaria e Ufficio Stampa.

Dipartimento Epidemiologia e Medicina Preventiva

- ***U.O.C. SEMP***

Il Servizio di Epidemiologia e Medicina Preventiva (S.E.M.P.) è una struttura complessa inserita all'interno del Dipartimento di Prevenzione Medica dell'ASP di Siracusa con articolazioni a livello distrettuale.

Le principali linee di attività del SEMP hanno riguardato:

1. La promozione ed esecuzione vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, compreso:
 - Approvvigionamento vaccini obbligatori e consigliati.
 - Anagrafe vaccinale provinciale, distrettuale e comunale.
 - Sorveglianza e notifica eventuali effetti avversi delle vaccinazioni.
2. Il controllo epidemiologico delle malattie infettive, ricevimento delle notifiche e segnalazione al riguardo, primi interventi in tema di malattie infettive e controlli per gli episodi epidemici..
3. Sorveglianza sanitaria sui migranti
4. Attività di formazione

Attività:

1. Le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

A seguito del decreto-legge Ministero della Salute n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”, sono state attivate le relative procedure.

Il decreto-legge, come modificato in sede di conversione, dispone che dieci vaccinazioni siano obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni (ovvero 16 anni e 364 giorni), inclusi i minori stranieri non accompagnati per la medesima classe di età, in base alle specifiche indicazioni contenute nel Calendario vaccinale nazionale vigente nel proprio anno di nascita:

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella

Il SEMP, accertato l'inadempimento dell'obbligo, anche attraverso un controllo dell'anagrafe sanitaria, ha provveduto ad avviare una procedura, per il recupero della vaccinazione.

Coorte	Numerosità coorte	Totale inadempienti	Totale recuperati
2001	4034	3100	465
2002	3969	1720	480
2003	4060	1650	590
2004	3963	820	315
2005	3911	850	210
2006	3915	880	245
2007	3766	940	347
2008	3855	1045	485
2009	3806	1285	620
2010	3774	1550	852
2011	3645	1402	2183
2012	3652	1250	1490
2013	3464	500	212
2014	3465	678	320
2015	3284	900	562
Totali	56.563	18.570	9.376

Al 7 giugno 2017 gli inadempienti risultavano 18.570 soggetti pari a circa il 33% della popolazione delle coorti di riferimento. Da questa data al 31 dicembre 2017 sono stati recuperati quasi il 50% degli inadempienti.

L'attività vaccinale del SEMP del 2017 è stata anche rappresentata da interventi vaccinali previsti dalla regione nel D.A. n° 1965 del 2017 "Adeguamento del Calendario Vaccinale Regionale al "Piano nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017/2019", recepito dalla Regione Sicilia con il D.A. n° 1004 del 22 maggio 2017".

Per la successiva adozione da parte di tutti gli ambulatori vaccinali della ASP, già nel 2015, è stato elaborato un piano attuativo "come strumento di programmazione ed organizzazione dell'attività di prevenzione vaccinale sul territorio".

Le principali indicazioni previste nell'aggiornamento del calendario vaccinale hanno riguardato:

- nel corso del secondo anno di vita e nella fascia di età compresa tra 11 e 30 anni, il vaccino antimeningococcico tetravalente,
- agli adolescenti, nel corso del dodicesimo anno di età:
 - il vaccino antimeningococco B, con la schedula a 2 dosi;
 - il vaccino anti-papilloma virus "nono-valente", con la schedula a 2 dosi.

Oltre agli interventi descritti, questo Servizio di Epidemiologia ha periodicamente assicurato alla Regione i seguenti flussi informativi:

- copertura vaccinale a 24 e 36 mesi per il ciclo primario (tre dosi) delle vaccinazioni Polio-DTPa-HBV Emofilo (esavalente) e PCV13, nonché per le prime dosi di MPR, Varicella, Meningococco C, Rotavirus ed Epatite A
- copertura vaccinale a 7 anni per il richiamo della vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse, polio Salk e per le seconde dosi di MPR e Varicella
- copertura vaccinale a 14, 16 e 18 anni per la quinta dose di polio, dTpa, e per le seconde dosi

di MPR, Varicella e Meningococco

- copertura vaccinale per tutte le coorti interessate dalla vaccinazione contro il papilloma e, garantito il recupero in qualsiasi momento dei non vaccinati o delle seconde dosi contro il morbillo, parotite, rosolia e la varicella, obiettivo del piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita del Ministero della Salute e di specifiche disposizioni regionali

Con il suddetto piano di attuazione i responsabili dei Centri vaccinali sono stati chiamati a svolgere prioritariamente le seguenti azioni:

- la promozione dell'adesione consapevole alle vaccinazioni;
- l'offerta attiva e gratuita dei vaccini così come previsto dal calendario;
- la conduzione di un'attività sistematica di recupero dei non vaccinati e di riproposta periodica delle vaccinazioni, secondo le indicazioni del calendario;
- il miglioramento della capacità di raggiungere le persone ad alto rischio per condizione sociale, culturale o lavorativa cui offrire le vaccinazioni necessarie ;
- la corretta gestione dell'anagrafe vaccinale;
- la sorveglianza degli eventi avversi "potenzialmente attribuibili" a vaccino;
- il coinvolgimento per il loro ruolo fondamentale nel "counseling" i PLS, i MMG e i Medici Specialisti;
- l'attivazione di almeno un centro per la vaccinazione dei soggetti in ambiente protetto, in ambiente ospedaliero.

Le tabelle sottostanti riportano i dati di copertura vaccinale (CV) raggiunti mediamente in Provincia di Siracusa:

Vaccino	Copertura vaccinale a 24 mesi per coorte di nascita						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anno di rilevazione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coorte di nascita	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antipolio (Esa)	98,40%	97,10%	98,20%	95,20%	90,80%	90,30%	92,40%
Antipneumo	98,10%	96,70%	98,00%	93,40%	90,20%	89,50%	92,40%
MPR I° dose	92,70%	86,80%	88,30%	85,10%	80,00%	78,80%	86,00%
Varicella	91,70%	85,70%	85,70%	83,40%	79,00%	77,70%	84,80%

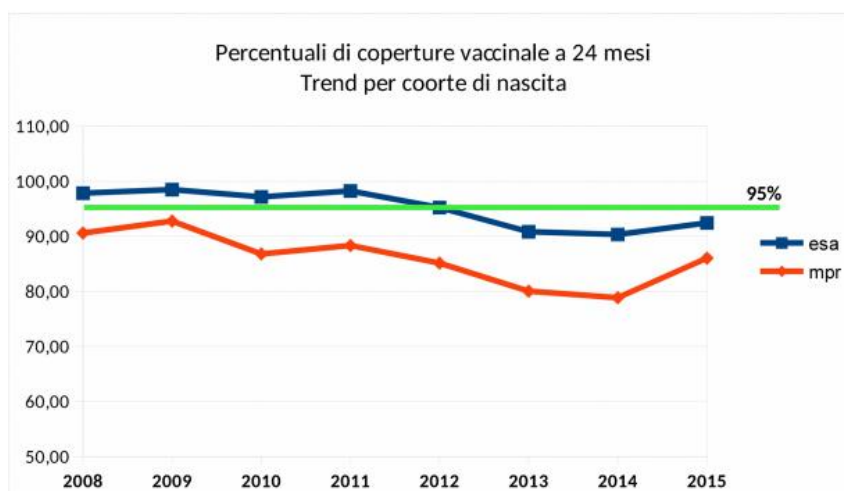


Tabella riepilogativa attività vaccinale anno 2017 in provincia di Siracusa	
	2017
Colera	0
Dt oTd	843
DTP	9
Tdpa	1.108
DTP-HIB-EPB-IPV	9.129
DTP-HIB-IPV	2
DTP-IPV	2.746
dTpa-IPV	5.512
Epatite A	118
Epatite A e B	15
Epatite B	209
HIB	40
Herpes Zoster	128
Influenza stagionale Totale	
IPV	67
Meningococco B	3.418
Meningococco ACWY	6.512
Meningococco C	3.773
MPR	4.484
MPRV	4.268
Pneumococco 23	611
Pneumococco 13valente	11.020
Rabbia	4
Tetano	641
Tifo orale	61
Tifo parenterale	62
Varicella	4.051
HPV	4.886
Rotavirus	2.014
TOTALI esclusa la vaccinazione antinfluenzale effettuata dai MMG	Totale 65.731

Vaccinazione anti-Papilloma virus

La vaccinazione anti-HPV è offerta attivamente e gratuitamente alle bambine nel corso del dodicesimo anno di vita.

A Siracusa le percentuali di copertura con ciclo completo per le coorti 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 sono rispettivamente del 64,6%, del 65,7%, del 63,5%, del 66,8%, del 63,9%, del 55,7,2% , del 55,4% , del 55,6% , del 42,1%. e del 30,7%.

A seguire si riportano, in grafico, i dati di copertura con 1 e ciclo completo, suddivisi per sesso e per coorte di nascita, rilevati in provincia di Siracusa.

Rilevazione avanzamento programma vaccinazione, dall'avvio al 31 dicembre 2017

FEMMINE	n° residenti (1)	n° 1° dosi somministrate	n. di cicli completati	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Stato della chiamata attiva (2) (Chiamata completata/ Chiamata in corso/ Coorte non oggetto di chiamata attiva)
Coorte di nascita 2005	1896	993	583	52,4%	30,7%	CHIAMATA IN CORSO
Coorte di nascita 2004	1915	1133	807	59,2%	42,1%	CHIAMATA COMPLETATA - RICHIAMI
Coorte di nascita 2003	1957	1330	1089	68,0%	55,6%	CHIAMATA COMPLETATA - RICHIAMI
Coorte di nascita 2002	1916	1227	1062	64,0%	55,4%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 2001	1923	1201	1072	62,5%	55,7%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 2000	1944	1308	1243	67,3%	63,9%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1999	2018	1423	1348	70,5%	66,8%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1998	2012	1346	1277	66,9%	63,5%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1997	1999	1437	1314	71,9%	65,7%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1996	2039	1423	1318	69,8%	64,6%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1995	2099	235	214	11,2%	10,2%	COPAYMENT
Coorte di nascita 1994	2067	118	112	5,7%	5,4%	COPAYMENT
Coorte di nascita 1993	2316	86	68	3,7%	2,9%	COPAYMENT

MASCHI	n° residenti (1)	n° 1° dosi somministrate	n. di cicli completati	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Stato della chiamata attiva (2) (Chiamata completata/ Chiamata in corso/ Coorte non oggetto di chiamata attiva)
Coorte di nascita 2005	2015	479	292	23,8%	14,5%	CHIAMATA IN CORSO
Coorte di nascita 2004	2048	612	395	29,9%	19,3%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 2003	2103	547	383	26,0%	18,2%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 2002	2053	237	230	11,5%	11,2%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 2001	2111	47	34	2,2%	1,6%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 2000	2039	25	14	1,2%	0,7%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1999	2047	14	11	0,7%	0,5%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1998	2171	8	5	0,4%	0,2%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1997	2172	5	3	0,2%	0,2%	CHIAMATA COMPLETATA
Coorte di nascita 1996	2147	3	0	0,1%	0,0%	
Coorte di nascita 1995	2256	0	0	0,0%	0,0%	
Coorte di nascita 1994	2266	3	3	0,1%	0,1%	
Coorte di nascita 1993	2342	5	4	0,2%	0,2%	

Campagna di vaccinazione antinfluenzale

In applicazione al Decreto dell'Assessore alla Salute – Regione Sicilia - *D.A. n° 1849/2016*, la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2016-2017 è iniziata il giorno 24 Ottobre su tutto il territorio regionale e si è chiusa il 28 febbraio 2017.

A Siracusa sono state acquistate 68.150 dosi di vaccino antinfluenzale e ne sono stati somministrati 61.840.

Nella campagna 2016-2017 le dosi somministrate a soggetti appartenenti a “categorie a rischio non specificate”, risultano pari a circa il 36% del totale (22.549 dosi).

Le dosi somministrate dai medici di medicina generale (MMG) agli ultrasessantacinquenni risultano circa il 64% (39.291 dosi) per una copertura di circa il 47,6%.

Sorveglianza Malattie Infettive - anno 2017

Le malattie infettive notificate al SEMP nel 2017 sono state 338 con 184 notifiche di malattie rientranti in classe 2°, 29 in classe 3° e 76 in classe 4°. I focolai registrati ammontano a 30.

Le notifiche vengono inserite in un sistema informativo dedicato e successivamente inviate all'Istituto Superiore di Sanità', al DASOE Regione Sicilia ed al Ministero della Salute.

RIEPILOGO NOTIFICHE MALATTIE INFETTIVE ANNO 2017					
2017	0-14	15-24	25-64	64 >	Totale
Acariasi	2		1	1	4
Epatite C		1	2		3
Brucellosi	2	1	8		11
Diarrea infettiva			3		3
Epatite A		1	13		14
Epatite B			1	1	2
Eritema infettivo	2				2
Febbre Tifoide	1	1	1		3
Gastroenterite	3				3
Herpes Zoster				1	1
Influenza con isolamento virale	1				1
Legionellosi			1		1
Leishmaniosi cutanea			1		1
Malaria	1	1			2
Malattia batt invasiva da Strept. Pneumonie			5		5
Malattia batt. invasiva da Klebsiella Pneumoniae	1		3	2	6
Meningoencefalite virale	1		3		4
Mononucleosi infettiva	22	1			23
Morbillo	3	2	16		21
Parotite epidemica	3		1		4
Pediculosi	3	1		1	5
Pertosse	3				3
Rickettsiosi	4	1	10	5	20
Salmonellosi non tifoidea	12		1	1	14
Scabbia	19	21	16	8	64
Scarlattina	36				36
Sifilide		5	8		13
Sindrome bocca mani piedi	19				19
Tubercolosi	1	12	11	3	27
Varicella	10	7	6		23
Totale	149	55	111	24	338

Riepilogo focolai - Anno 2017

	Comunità Alloggio	Comunità aperta	Famiglia	Totale casi
Pediculosi	6			6
Scabbia	16	2	4	22
Tossinf. alimentare			1	1
Varicella	1			1
Totale	23	2	5	30

U.O.S. Centro Gestionale Screening

Screening Mammografico	
Popolazione target da invitare nell'anno 2017	27.153
Esclusi prima dell'invito per decesso o tumore documentato	431
Inviti effettuati	27.150
N. inviti inesitati	609
Mammografie effettuate	7.979
Copertura: n° soggetti invitati/popolazione target - esclusi prima dell'invito	100%
Adesione: n° soggetti testati/popolazione target esclusi	29,85%
Inesitati	2,20 %

Screening Ginecologico	
Popolazione target da invitare nell'anno 2017	36.961
Esclusi prima dell'invito per decesso o tumore documentato	366
Inviti effettuati	36.975
N. inviti inesitati	611
Pap test effettuati	9.939
Copertura: n° soggetti invitati/popolazione target - esclusi prima dell'invito	100%
Adesione: n° soggetti testati/popolazione target - esclusi	27,15 %
Inesitati	1,60 %

Screening Colon retto	
Popolazione target da invitare nell'anno 2017	52.852
Esclusi prima dell'invito per decesso o tumore documentato	844
Inviti effettuati	52.777
N. inviti inesitati	1.091
Esami effettuati	8.211
Copertura: n° soggetti invitati/popolazione target - esclusi prima dell'invito	100%
Adesione: n° soggetti testati/popolazione target - esclusi	15,78 %
Inesitati	2,00 %

Campagne di comunicazione screening:

Gruppi di popolazione nei vari comuni della provincia;

Gruppi di dipendenti nell'indotto industriale dell'area ad alto rischio ambientale;

Gruppi di docenti delle scuole di Siracusa e Lentini;

Gruppi di studenti delle scuole di Noto, Palazzolo, Canicattini ed Augusta;

Gruppi di associazioni di volontariato;

Corso di formazione per i Medici di Medicina Generale;

Bilancio sociale

L'Azienda si è posta obiettivi di attivazione e/o miglioramento di attività afferenti i pazienti fragili rimandando al 2018 obiettivi ed interventi di genere.

Di seguito si riportano i risultati ottenuti su aree afferenti pazienti particolarmente fragili:

Area Dipendenze Patologiche

Utenti presi in carico nel 2017:

	Tossicodipend.	Alcolisti	Gioco d'azzardo pat.	Disturbi alimentari
Utenti in trattamento	816	188	67	40
Utenti riammessi	86	24	25	3
Utenti riammessi nell'anno	66	30	4	0
Nuovi utenti	148	80	46	25
TOTALE	1116	322	142	68
Dimessi	138	38	30	39

Altre attività:

- Utenti inviati in comunità terapeutica : n. 64;
- Utenti seguiti in carcere: n. 311;
- Soggetti presi in carico a scuola: n. 114;
- Soggetti prevenzione primaria G.A.P. : n. 2156;
- Attività in collaborazione con la Pol. Strada di Siracusa per la prevenzione degli stati di alterazione durante la guida n. 450 utenti verificati.

Area Neuropsichiatria Infantile ed Adolescenza

Soggetti trattati da Neuropsichiatria Infantile ed Adolescenza	
Soggetti con 1° visita assoluta	1922
Soggetti con visita successiva	5178
Soggetti visitati in altro luogo	256

SMA - Moduli Salute Mentale Adulti

Le attività realizzate nel 2017 dalla UOC MD SMA I di Siracusa sono:

- UOS CSM :
 - numero utenti trattati : 2354;
 - visite domiciliari : 820;
 - visite ambulatoriali: 12388;
- UOS Centro Diurno :
 - Numero utenti trattati : 25;
- UOS SPDC :

- N. ricoveri 358, di cui 117 in TSO;
- N. consulenze per i Reparti Ospedalieri e P.S. del P.O. di Siracusa n. 986;

UOS CTA pubblica :

- Utenti trattati: n. 40;
- Giornate di degenza: n. 7280;
- Ammissioni: n. 20;
- Dimissioni: n. 20;

Nell'ottobre del 2017 sono state avviate come attività di miglioramento:

1. Gruppo multifamiliare;
2. Gruppo facilitatore sociale;
3. Gruppo autismo adulti;

Le attività realizzate nel 2017 dalla [UOC MD SMA2](#) di Augusta-Lentini sono:

n° utenti trattati:

1. CSM : 3146, di cui n°1024 prime visite;
2. Centro Diurno: n°39 utenti;
3. SPDC : n°370 ricoveri, di cui n°73 in TSO;

Attività svolta:

1. CSM:
 - a. n° visite ambulatoriali 21.457
 - b. n° visite domiciliari 1399
2. Centro Diurno: n° giornate di assistenza 3559;

Per quanto attiene ai **“principali progetti di miglioramento”** nel M.D. SMA2 durante l'anno 2017 sono state attivate e gestite le sottoelencate attività:

- “CUP/CTA”: gestione della lista di attesa per i ricoveri nelle CC.TT.AA. del territorio ASP di Siracusa secondo disponibilità;
- “Progetto Obiettivo PSN 2013, linea progettuale 19.2. Progetto P.A.S.N.M.”: All'interno del progetto è stata realizzata l'area di inclusione lavorativa “Utenti-Facilitatori”;
- Centro Diurno:
 - a. “Gruppi Multifamiliari (G.M.F.)”: dal 25/07/2016 sono stati avviati i G.M.F. i cui incontri avvengono con cadenza quindicinale. Si registra una partecipazione media di circa 12/14 persone per gruppo terapeutico;
 - b. “Progetto P.O.L.I.S. (Inclusione lavorativa)”: in collaborazione con i Comuni di Lentini, Carlentini e Francofonte, si è realizzato l'inserimento lavorativo protetto di n° 15 utenti residenti nei tre territori. Il nostro servizio ha fornito il supporto e sostegno durante tutto il periodo lavorativo;
- “Assistenza Psichiatrica D.Lgs. N° 222 del 15/12/2015 (Sanità Penitenziaria)”: Dal 01/01/2017 al 31/12/2017 in attuazione della citata normativa si è proseguito a prestare assistenza psichiatrica presso la Casa Circondariale di Augusta garantendo l'apertura dell'ambulatorio specialistico psichiatrico per un totale di 130 giornate di assistenza con una media di 3 volte/settimana. Durante l'anno 2017 sono stati trattati n° 149 pazienti per un totale di n° 605 prestazioni.
- Adozione di misure di prevenzione del suicidio nella Casa di Reclusione di Augusta: Nell'ambito sempre degli interventi adottati presso l'Istituto Penitenziario di Augusta e in

adesione al Protocollo di intesa siglato tra il Dirigente Penitenziario e il Direttore Generale dell'ASP di Siracusa, sono stati avviati dei corsi di formazione rivolti alla popolazione detenuta su "Adozione di misure di prevenzione del suicidio nella Casa di Reclusione di Augusta" finalizzati all'acquisizione di competenze utili all'esercizio di mansioni "care-giver" (detenuto-piantone) ossia di assistenza materiale e morale a persone detenute che ne abbiano bisogno per loro patologie fisiche e/o psichiche.

- "Attivazione Ambulatorio Psicogeriatría e consulenze presso i Presidi Ospedalieri di Augusta e Lentini":
 - Dal 27 marzo 2017 presso l'UOC M.D. SMA2 è stato attivato l'ambulatorio di psicogeriatría, che si occupa dell'utenza ultrasessantacinquenne con problemi psichiatrici. : Attività svolte:
 - n°utenti: 522;
 - visite ambulatoriali n°519;
 - visite domiciliari n° 76;
 - Per un totale di n° 595 prestazioni specialistiche.

Le attività realizzate nel 2017 dalla UOC MD SMA 3 di Noto sono:

- UOS CSM :
 - numero utenti trattati : 1792;
 - visite domiciliari : 1.819;
 - visite ambulatoriali: 10.331;
- UOS Centro Diurno :
 - Numero utenti trattati: 24;
- UOS SPDC:
 - N. ricoveri 243, di cui 33 in TSO;

Per quanto attiene ai "**principali progetti di miglioramento**" nel M.D. SMA3 durante l'anno 2017 sono state attivate e gestite le sottoelencate attività:

- In ottemperanza al decreto legislativo 15 dicembre 2015 n. 222 in materia di sanità penitenziaria uno psichiatra è stato incaricato di svolgere attività sanitaria due giorni la settimana presso la casa di reclusione di Noto;
- Partecipazione al progetto In-Out rivolto ai migranti;
- Collaborazione con il gruppo autismo di Siracusa;
- Attivazione gruppi auto- mutuo-aiuto;
- Formazione dei facilitatori sociali;
- Valorizzazione della figura dell'amministratore di sostegno;
- Collaborazione con il SERT per i pazienti con doppia diagnosi;
- Collaborazione con la Neuropsichiatria infantile per la presa in carico dei pazienti divenuti maggiorenni;
- Attivazione gruppo multifamiliare con incontri quindicinali;
- Progetto di psichiatria di comunità:
 - ASSE CASA: 8 utenti inseriti presso i Gruppi-Appartamento (protocollo d'intesa con Futura e Agrifoglio).
 - ASSE LAVORO: Si segnala il protocollo di intesa già siglato nel 2015 con la Cooperativa "Si può fare" che ha consentito l'avvio di Tirocini Formativi in agricoltura, della durata di 12 mesi, a favore di 2 utenti. E il protocollo di

- collaborazione con la cooperativa “Il Leonardo” per il progetto “Bufalefi” con il coinvolgimento di n° 11 utenti.
- ASSE SOCIALITA': Comunità Diurne Integrate, di Pachino e Rosolini con l'attivazione dei seguenti laboratori:
 - Laboratorio attività fisica con esperto, con cadenza settimanale.
 - Attività artistica con esperto (disegno, pittura, scultura e fotografia) con cadenza settimanale.
 - Laboratorio cucina.
 - Social skill training.
 - Attività ricreative e visite guidate nel territorio.

SORVEGLIANZA SANITARIA SUI MIGRANTI

E' stata effettuata una costante Sorveglianza Sanitaria in materia di malattie infettive diffuse, nei confronti della popolazione straniera ospite dei Centri Temporanei di Accoglienza che insistono sul nostro territorio provinciale, e sono state messe in atto tutte le possibili attività di carattere sanitario che si sono rese necessarie per la tutela della salute pubblica.

La segnalazione dei casi sospetti o confermati di malattie infettive è stata effettuata dai medici di reparto dell'Ospedale Umberto I° e dagli operatori di Emergency ONG Onlus (con cui la nostra Azienda ha stipulato un protocollo d'intesa per l'espletamento di un servizio di medicina di base e di facilitazione dell'integrazione e dell'accesso dei pazienti ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio).

Le principali patologie infettive che hanno reso necessario il nostro intervento sono state la scabbia e la tubercolosi.

Per i numerosi casi di scabbia notificati si è provveduto ad impartire al gestore dei centri di accoglienza precise indicazioni di natura igienico sanitaria personale ed ambientale ed a verificarne la corretta attuazione. I presidi terapeutici sono stati forniti dalla farmacia aziendale, il monitoraggio della corretta applicazione del trattamento medico è stato a cura dell'Ufficio territoriale stranieri.

Nel corso del 2017 sono stati testati con Mantoux 373 soggetti con il riscontro di una positività di circa il 45% .

2.4 Le criticità e le opportunità

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è caratterizzato dall'esistenza dei seguenti fattori, che possono agire a livello delle attività delle singole strutture organizzative:

Riorganizzazione della rete ospedaliera;

Rete dei Laboratori;

Riorganizzazione della rete territoriale;

Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;

Razionalizzazione della spesa per il personale:

- Limitazione del turn-over aziendale nel rispetto della normativa vigente;
- Abbattimento dello straordinario relativo al personale ausiliario;

In considerazione di quanto sopra descritto, si riporta la tabella con le possibilità offerte dal contesto (Opportunities) e le minacce (Threats).

SCHEDA ANALISI

Opportunità	Criticità
Processo di riordino del S.S.R.; Rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio Potenziamento emodinamica; Avvio servizio di radioterapia; Acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche e ammodernamento strutturale; Sviluppo percorso PAC Riorganizzazione percorso nascita; Potenziamento rete oncologica; Implementazione rete oculistica; Implementazione rete nefrologia; Potenziamento urologia e ortopedia; Rimodulazione dei servizi su base provinciale e sviluppo servizi territoriali e di prevenzione	Elevata mobilità passiva; Condizioni oro geografiche critiche; Inquinamento ambientale elevato in alcune zone; Carenze di offerta per talune specialità clinico assistenziali; Carenze strutturali ed infrastrutturali; Elevata incidenza spesa farmaceutica convenzionata

CAPITOLO 3

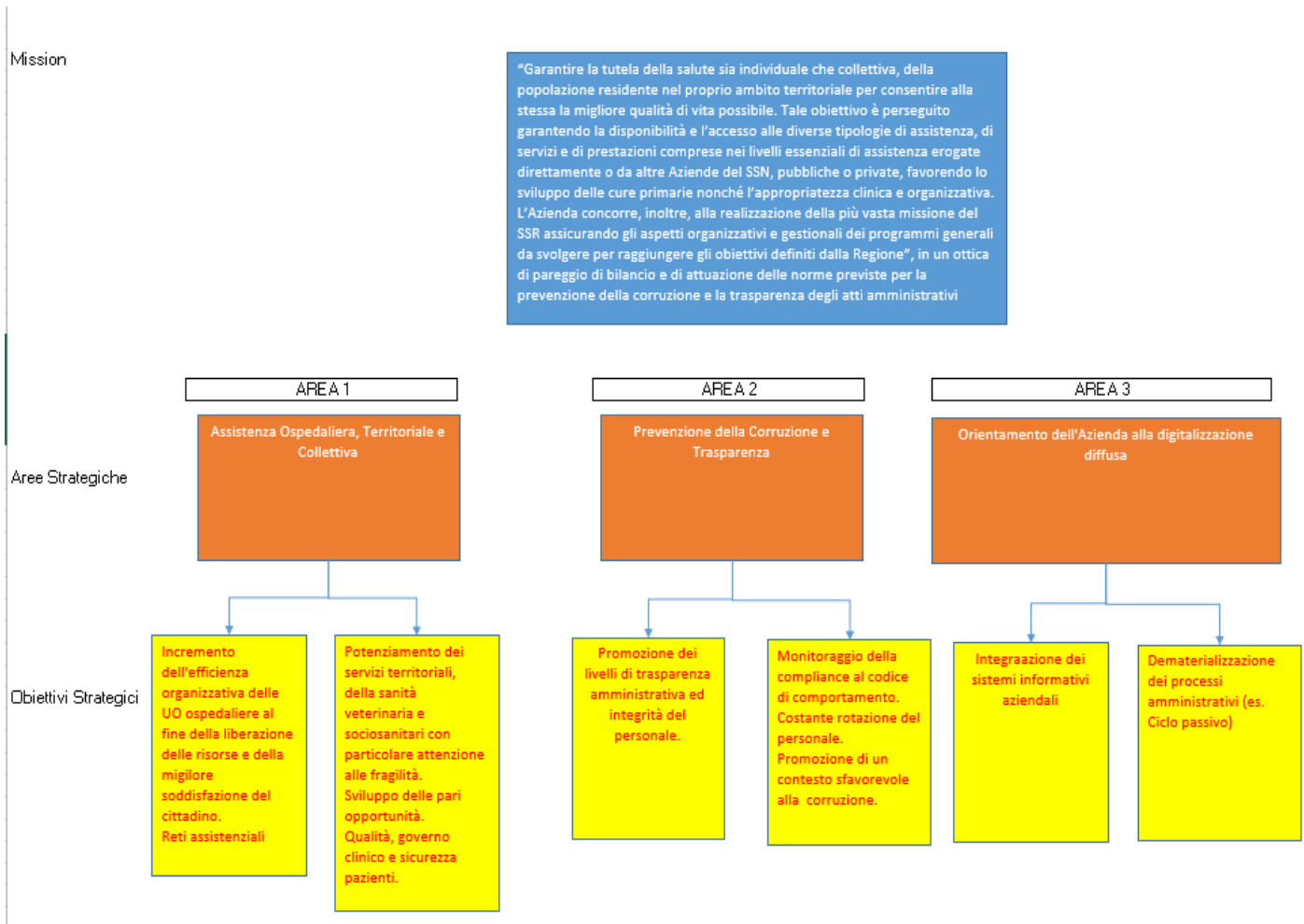
Obiettivi, risultati raggiunti e scostamenti

3.1 – Albero della performance

L'albero della performance Aziendale è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrati con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi operativi.

Nel corso dell'anno di gestione la direzione strategica ha sviluppato l'albero della performance che ha costituito una guida fondamentale per la gestione dei processi interni all'azienda. Ciò non era stato fatto nel 2016 quando ci si è concentrati sugli obiettivi assegnati al direttore generale e per esso all'ASP.

L'albero della performance di seguito rappresentato è derivato dai piani triennali della prevenzione della corruzione 2017-19 e dall'integrazione di obiettivi di performance che in corso d'opera sono stati individuati.

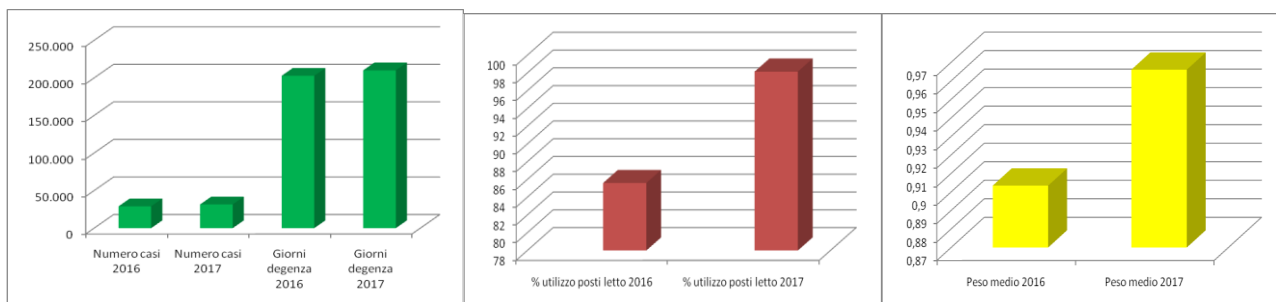


Gli obiettivi “esiti” sono risultati migliorativi rispetto al 2016 per tempestività di intervento nella frattura del collo di femore negli over 65 anni, nella colecistectomia laparoscopica e nel trattamento dell’infarto acuto del miocardio con applicazione di stent. Rimane elevata la percentuale di parti cesarei nelle primipare.

Ai fini della prevenzione della corruzione si è proceduto alla stesura del codice di comportamento dei dipendenti, al popolamento delle informazioni richieste per la trasparenza degli atti amministrativi e sono state raccolte le dichiarazioni di inconfiribilità e di incompatibilità per gli incarichi. Tutti gli incarichi assegnati sono stati pubblicati nel sito.

L’efficienza organizzativa in ambito ospedaliero è stata perseguita come dimostrano i dati di

- Aumento della percentuale dell’utilizzo dei posti letto da 85,6% a 98,15%
- Riduzione della degenza media da 6,98 a 6,66 giorni
- Miglioramento della complessità dei ricoveri con l’aumento del peso medio a confronto del 2016 con il 2017. che passa da 0,903 a 0,966



E’ proseguita la dematerializzazione dei processi amministrativo contabili con una maggiore digitalizzazione delle fasi del ciclo passivo e la loro visualizzazione da parte di soggetti coinvolti nel ciclo di liquidazione, con il miglioramento del sistema di controllo interno e una positiva refluenza su tempi di pagamento.

3.2 - Obiettivi strategici

Le tabelle da 1 a 5 mostrano i risultati degli obiettivi che l’ASP ha ottenuto.

Le difficoltà tecniche legate ad un non ancora adeguato sviluppo del sistema informativo non consentono di rilevare il grado di raggiungimento degli obiettivi in corso d’opera. Infatti uno degli obiettivi strategici evidenziato nell’albero della performance è lo sviluppo di un sistema informativo integrato direzionale per il quale l’ASP progetta di affrontare ulteriori investimenti e reperire competenze specifiche in termini di risorse umane

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

In merito agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, sono stati rilevati per il 2017 i seguenti tre macro-obiettivi:

Gli obiettivi strategici hanno avuto lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituirà condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono stati distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi strategici è stata fissata dall'Assessorato della Salute Regione siciliana al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.R. n. 5/09.

OBIETTIVI STRATEGICI

- Equilibrio di bilancio

Con riguardo all'obiettivo di equilibrio di bilancio per l'esercizio 2017, ed in riferimento al verbale di negoziazione ed assegnazione delle risorse finanziarie e dei correlativi obiettivi economici anno 2017, a fronte della quota provvisoria di accesso al FSR indistinto di €/mgl 634.764, della quota di FSR vincolato per €/mgl 6.457 e della quota di accesso al fondo di sostegno regionale per €/mgl 16.217, l'Azienda, per l'esercizio 2017, risulta essere in equilibrio economico.

L'obiettivo, pertanto, si ritiene raggiunto.

- Fondi PO-FESR

Per come previsto per lo stato di attuazione degli interventi ammessi e degli obiettivi posti il target complessivo assegnato fu nel mese di Dicembre 2015 completamente raggiunto e superato. I dati di tali spese sono stati regolarmente implementati nel sistema Caronte.

L'Ass.Reg.le della Salute, con nota n°28266 del 25/3/2016 e circolare n°4543 del 9/3/2016 ha dettato gli adempimenti per la chiusura del PO FESR 2007/2013.

A tal uopo entro il 31/7/2016 sono stati approvati la relazione conclusiva ed il quadro economico finale per ogni intervento. In particolare, con delibere del D.G.:

- Sono stati registrati, rispetto al D.D.G. di ammissione a finanziamento dell'intervento l'economia globale ed il credito, rispetto alle spese effettivamente sostenute e rendicontate.
- E' stata approvata la relazione conclusiva sulle attività di progetto, attestandone la congruità e la coerenza delle opere, delle forniture e/o dei servizi con quanto finanziato a valere sul programma PO FESR 2007/2013;

- E' stato formalmente dichiarato che il progetto (le opere, le forniture e/o i servizi connessi) è funzionante completato e in uso, ossia fruito dai destinatari della linea di intervento del programma PO FESR 2007/2013.

Di seguito le attività poste in essere:

- Delibera n°665 del 21/7/2016: PO FESR 2007/2013 linea d'intervento 6.1.2.1. Lavori propedeutici, fornitura ed installazione della CT/PET nel P.O. Umberto I di Siracusa a cura dell'A.T.I. "Siemens" S.p.A. di Milano – "Dimensione" S.p.A. di Torino. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva.
- Delibera n°694 del 29/7/2016: PO FESR 2007/2013 linea d'intervento 6.1.2.1. Lavori propedeutici, fornitura ed installazione (chiavi in mano) di un acceleratore lineare da allocare presso il Presidio Ospedaliero "Rizza" di Siracusa in Viale Epipoli. Aggiudicatario A.T.I. VARIAN Medical System S.p.A. – Ignazio Ali S.p.A. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva.
- Delibera n°696 del 29/7/2016: PO FESR 2007-2013. Lavori di ristrutturazione ed adeguamento della U.O.C. di Medicina Nucleare del P.O. Umberto I di Siracusa. - CUP: J33B11000390006 - CIG: 37330935CB Linea d'intervento 6.1.2.1. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva.
- Delibera n°697 del 29/7/2016: PO FESR 2007 – 2013 – Linea di intervento 6.1.2.3. – Lavori di modifica interna dei locali al primo piano corpo posteriore per comparto operatorio di emodinamica e unità operativa cardiologia – UTIC. CIG 3417014128 CUP: J36E11000920002 - Impresa C.A.E.C. Soc. Coop. di Comiso (RG) . Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva.
- Delibera n°699 del 29/7/2016: PO FESR 2007– 2013 – Linea di intervento 6.1.2.3. – Lavori di parziale completamento del Nuovo Padiglione del P.O. "Muscatello" di Augusta CIG: 3524441CB5 - CUP: J55D11000130002- Impresa Giusylenia S.r.l. di Agrigento. Intervento n°7128. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva.
- Deibera n°700 del 29/7/2016: PO FESR 2007 – 2013 – Linea di intervento 6.1.2.A attività C) – Lavori di manutenzione straordinaria delle strutture esistenti e completamento della passerella aerea di collegamento del vecchio e del nuovo padiglione nel P.O. "Muscatello" di Augusta. CIG: 3524441CB5 - CUP: J55D11000130002- Impresa Gravera Salvatore. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva.

In data 28 e 29 Luglio 2016 è stata svolta l'attività di controllo di I livello:

- per Medicina Nucleare c/o P.O. Rizza
 - per acceleratore lineare c/o P.O. Umberto I
- entrambe con esito positivo, giusta verbali in pari data.

A seguito dei controlli e dietro suggerimento dell'Ass. della Salute, sono state perfezionate dal punto di vista economico alcune relazioni finali, successivamente approvate:

- Delibera n°1163 del 30/12/2016: PO FESR 2007-2013. Lavori di ristrutturazione ed adeguamento della U.O.C. di Medicina Nucleare del P.O. Umberto I di Siracusa. - CUP: J33B11000390006 - CIG: 37330935CB Linea d'intervento 6.1.2.1. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva. Rettifica e aggiornamenti
- Delibera n°1162 del 30/12/2016: PO FESR 2007– 2013 – Linea di intervento 6.1.2.3. – Lavori di parziale completamento del Nuovo Padiglione del P.O. "Muscatello" di Augusta CIG: 3524441CB5 - CUP: J55D11000130002 - Impresa Giusylenia S.r.l. di Agrigento. Intervento n°7128. Approvazione quadro economico finale e relazione conclusiva. Rettifica e aggiornamento.

Nel corso di quest'anno, per due interventi, pur considerati conclusi, anche nel sistema Caronte:

1. È pervenuta la nota Prot./Serv. 3/n. 61405 del 25/07/2017 dell'Assessorato Regionale Sanità Dipartimento per la pianificazione strategica Servizio 3 "Gestione degli investimenti", con la quale viene comunicato l'avvio del procedimento di recupero somme relativo ai "Lavori di Modifica

interna dei locali al primo piano del corpo posteriore per comparto operatorio di Emodinamica e U.O. Cardiologia–Utic del P.O. Umberto I di Siracusa”

L’Azienda ha fornito spiegazioni sulle somme non ammesse a rendicontazione con nota prot. n. 26211/PG del 29.08.2017;

Con nota Prot./Serv. 3/n.84064 del 03.11.2017 è stato trasmesso il D.D.S. n°1840/17 del 22.09.2017 con il quale “...è accertata a carico dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa la somma di €.138.219,43 a valere sull’impegno assunto con D.D.G. n°. 1881 del 04.10.2011 sul Capitolo 812414 per l’intervento relativo ai “Lavori di Modifica interna dei locali al primo piano del corpo posteriore per comparto operatorio di Emodinamica e U.O. Cardiologia–Utic del P.O. Umberto I di Siracusa Codice C.I.G.:3417014128 che ammonta a €.1.117.637,36 a valere sui fondi PO FESR 2007/2013.

L’A.S.P. di Siracusa con delibera n°390 del 5/12/2017 ha provveduto ad autorizzare il relativo versamento in entrata del bilancio della Regione Siciliana, per l’esercizio 2017, della somma di €.138.219,43 con mandati:

- n°9372 in data 12/12/2017 del 78,58% pari a €.108.612,83;
- n°9373 in data 12/12/2017 del 21,42% pari a €. 29.606,60.

2. È pervenuta la nota Prot./Serv. 3/n. 6138 del 25/07/2017 dell’Assessorato Regionale Sanità Dipartimento per la pianificazione strategica Servizio 3 “Gestione degli investimenti”, con la quale viene comunicato l’avvio del procedimento di recupero somme “Lavori di Ristrutturazione ed adeguamento della U.O.C. di Medicina Nucleare del P.O. Umberto I di Siracusa”;

L’Azienda ha fornito spiegazioni sulle somme non ammesse a rendicontazione con nota prot. n. 26212/PG del 29.08.2017;

Con nota Prot./Serv. 3/n.84067 del 03.11.2017 è stato trasmesso il D.D.S. n°1839/17 del 22.09.2017 con il quale “... è accertata a carico dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa la somma di €.4.327,03 a valere sull’impegno assunto con D.D.G. n°. 1881 del 04.10.2011 sul Capitolo 812414 per l’intervento relativo ai “Lavori di Ristrutturazione ed adeguamento della U.O.C. di Medicina Nucleare del P.O. Umberto I di Siracusa”; Codice CUP: J33B11000390006 e Codice C.I.G.:37330935CB, dell’importo complessivo di € 573.884,55, di cui 510.976,91 a valere sul PO FESR, € 62.636,66 a valere sulle risorse complementari di cui alla delibera CIPE n. 10 del 28/01/2016 ed € 270,98 sui fondi aziendali”.

L’A.S.P. di Siracusa con delibera n°391 del 5/12/2017 ha provveduto ad autorizzare il relativo versamento in entrata del bilancio della Regione Siciliana, per l’esercizio 2017, della somma di € 4.326,93 con mandati:

- n°9374 in data 12/12/2017 del 78,58% pari a €.3.400,18;
- n°9373 in data 12/12/2017 del 21,42% pari a €.926,85.

E’ stata chiusa l’attività inerente POI “Energie rinnovabili e risparmio energetico” 2007 – 2013. Intervento di efficientamento energetico Lavori di installazione di due impianti di solar cooling a servizio dei PP.OO. “G. Di Maria” di Avola e “Trigona” di Noto (Codice Operazione 6352 – 07/06/2010).

Con nota prot. DRS-2011-0000598 del 21/01/2011, il Ministero dell’Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, ha notificato all’Azienda l’ammissione a finanziamento dell’intervento “lavori di installazione di due impianti di solar cooling a servizio dei PP.OO. “G. Di Maria” di Avola e

“Trigona” di Noto”, per l’importo determinato, in via provvisoria, in € 2.990.000,00, nell’ambito del POI Energie rinnovabili e risparmio energetico 2007/2013.

Celebrata la gara e concluse alcune procedure di contenzioso, la Commissione giudicatrice, nominata ai sensi dell’art. 84 del D.L.vo n. 163/2006 e s.m.i. con Delibera del Direttore Generale n°507 del 19/5/2011, in data 3/12/2012 ha presentato la conclusione dei lavori in seduta pubblica e successivamente con nota n°13817 del 4/12/2012 ha trasmesso atti e verbali al R.U.P.

Con delibera n°201 del 13/3/2013 furono aggiudicate definitivamente la progettazione esecutiva e l’esecuzione dei “lavori di installazione di due impianti di solar cooling a servizio dei PP.OO. “G. Di Maria” di Avola e “Trigona” di Noto”; al Consorzio CONMAR s.c. a r.l., con sede in via Indaco, 22 95129 Catania, con il ribasso offerto del 39,578%, per un importo di contratto complessivo di €1.658.393,96.

A seguito di lungo contenzioso con ricorso alla giustizia amministrativa e sentenze contrastanti intermedie, il C.G.A. Sicilia con sentenza n°50/2015, depositata in data 21/1/2015 ha di fatto confermato la validità dell’aggiudicazione.

I lavori sono stati consegnati in via d’urgenza sotto riserve di legge in data 15/04/2015, giusto verbale ed autorizzazione del 10/04/2015 e la ditta in data 20/04/2015 ha dato il concreto inizio alle lavorazioni.

Il contratto è stato stipulato in data 05/05/2015 rep. 1379 e registrato presso l’Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Noto in data 07/05/2015 al n. 800 serie 3.

Il Certificato di Collaudo Statico è stato redatto in data 03/12/2015. La Commissione di Collaudo in data 11/12/2015, ha emesso il Certificato di Collaudo ritenendo collaudabili le opere realizzate e liquidando il credito dell’impresa.

Con nota n°9527 del 25/11/2016, veniva comunicata la chiusura della gestione amministrativo-contabile del progetto e che sui rendiconti trasmessi le spese erano tutte ritenute ammissibili.

Questa Azienda ha provveduto con delibera del Direttore Generale n°23 del 10/1/2017 a confermare dai propri atti la restituzione delle economie dando mandato per i versamenti.

Infatti, a conclusione dell’iter amministrativo-contabile da parte dell’Organismo Intermedio, è stata assunta Delibera n°23/2017 di conclusione ed effettuato Ordinativo di pagamento n°195 del 13/1/2017, per la restituzione delle economie, distinto per le quote Nazionale e Comunitaria.

PO FESR 2014-2020

La Regione siciliana, Dipartimento della Pianificazione Strategica - Assessorato della Salute, intendendo dare attuazione alle Azioni previste dal PO FESR 2014-2020, cofinanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) per la realizzazione di operazioni di OOPP, beni e servizi a regia regionale per il perseguimento dell’Obiettivo Specifico 9.3 - "Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia, ha rivolto alle Aziende Sanitarie Regionali invito di manifestazione d’interesse.

Con nota n°69379 del 6-9-2017 del Dipartimento Pianificazione Strategica dell’Assessorato Salute sono state invitate le Aziende Sanitarie ad una conferenza di lavoro esplicativa della procedura negoziale ed è stato indicato come termine per la presentazione delle proposte il 15/11/2017;

La Direzione Aziendale ha ritenuto quindi partecipare all’ invito del Dipartimento proponendo la realizzazione di interventi, relativi al potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria e sanitari non ospedalieri, così classificati:

- Lavori di adeguamento del padiglione ex SPDC del PO Muscatello per l’insediamento del Centro di Salute Mentale, con quadro economico di complessivi €.377.254,33 (delibera n°283 del 14/11/2017);
- acquisto di n°2 ecografi per i consultori di Avola ed Augusta la cui spesa complessiva presunta è di € 244.000,00 (delibera n°284 del 14/11/2017);
- Telemedicina delle strutture carcerarie e dei centri di prima accoglienza per immigrati – Radiologia domiciliare, la cui spesa complessiva presunta di €488.000,00 IVA compresa (delibera n°285 del

14/11/2017).

• *Contenimento della spesa*

Personale

- Rispetto del tetto di spesa annuale determinato ai sensi della legge n. 135/2012

L'importo della spesa del personale, come da tabella D 1.2 IV trimestre 2017, ammonta a € 172.000,00 rispetto al tetto di spesa di € 180.063,00 previsto dal D.A. 1380/2015

- Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato

Con il recepimento della nuova rete ospedaliera di cui al D.A. n. 629 del 31-3-2017, l'Azienda ha varato la nuova dotazione organica con deliberazione n. 369 del 2-5-2017 e successive modifiche n. 510 del 22-5-2017 e n. 560 del 5-6-2017. Seppure attende la successiva fase di avvio, nelle more che venga approvata la nuova rete ospedaliera. Parallelamente è stato avviato il percorso di programmazione triennale del fabbisogno del personale (deliberazioni n. 710 del 30-6-2017, n. 759 del 20-7-2017, n.24 dell'1-9-2017 e n. 63 dell'8-9-2017) e la conseguente attività di assunzione a tempo indeterminato del personale in atto in servizio a tempo determinato

L'obiettivo, pertanto, è stato raggiunto.

Beni e servizi

Al fine di assicurare il contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi sono state adottate:

- a) in primo luogo, laddove rispondenti le categorie merceologiche proposte, si è proceduto nel rispetto della legge alla sistematica adesione alle convenzioni CONSIP
- b) in applicazione della normativa vigente, per gli acquisti di beni e servizi si è privilegiato il MEPA per gli acquisti sotto soglia, utilizzando sia lo strumento delle RDO, con partecipazione massima di concorrenti (le procedure sono state infatti aperte a tutti gli iscritti al Mercato elettronico) che lo strumento della trattativa diretta, di nuova istituzione, nei casi previsti dal Codice degli Appalti nonché residualmente lo strumento della ODA, per acquisti diretti sempre sul MEPA, per casi sporadici ed in caso di urgenza, motivando comunque nel corpo dell'atto le ragioni di tale scelta procedurale.
- c) I residuali acquisti effettuati al di fuori dal MEPA, riguardano esclusivamente articoli per i quali non è presente il Metaprodotto.
Atteso poi che la legge di stabilità per il 2016, comma 502 dell'art. 1 autorizza gli acquisti al di fuori del MEPA per importi inferiori a € 1000,00 sono stati effettuati presso ditte locali piccoli acquisti avendo cura di verificare comunque l'economicità e la convenienza dell'acquisto, attraverso il confronto con i prezzi MEPA e con i prezzi di riferimento;
- d) L'obiettivo del risparmio di spesa è stato assicurato, peraltro, a mezzo di un'attenta programmazione, di concerto con le UU.OO. del territorio, che ha consentito la concentrazione degli acquisti con l'utilizzo dell'istituto della fornitura in somministrazione. Infatti approvvigionarsi di grandi quantità, determinate sulla base del fabbisogno stimato annuo, si ottengono prezzi più vantaggiosi dai fornitori e consistenti economie (es. acquisto in somministrazione di sedie e sedute; fornitura in somministrazione di bombole di azoto liquido, di apparecchiature in dotazione, di bombole di ossigeno sino a 14 l.).
- e) Infine, l'adesione alle gare regionali (gara Farmaci) e di Bacino, assicura per gli stessi motivi (aggregazione della domanda) un risparmio di spesa. Nel corso del 2017 sono state recepite e messe in esercizio tutte le gare aggiudicate (Chirurgia Vascolare, Citostatici, Ausili per disabili etc. etc.).
- f) Si segnala, infine, il recepimento delle iniziative della CUC (Centrale Unica di Committenza) ed il rispetto della normativa di cui al DPCM 14.11.2014, con l'applicazione delle soglie ivi previste.

Con l'introduzione della nuova normativa del codice degli appalti laddove prescritto si è proceduto all'applicazione del criterio di aggiudicazione principale dell'offerta economicamente vantaggiosa. Per quanto riguarda i lavori, ulteriore strumento di contenimento della spesa è rappresentato dalla avvenuta stipula di accordi quadro edili ed impiantistici per la gestione delle manutenzioni, al fine di ridurre gli affidamenti in economia e diretti.

f) Un ulteriore modalità di riduzione dei costi si è realizzata attraverso la negoziazione diretta con le Società fornitrici al fine di prevenire in fase di esecuzione del contratto a migliori soluzioni economiche ottenendo favorevoli esiti specie nelle richieste di incremento dei prezzi per aggiornamento ISTAT.

Alle scadenze previste sono stati forniti i flussi informativi relativi agli acquisti di beni e servizi, flussi dai quali è possibile rilevare il prevalente utilizzo della modalità di acquisto in ME.PA..

Tutti gli obiettivi, pertanto, sono stati raggiunti.

Rispetto dei tetti di spesa

Sono stati rispettati gli aggregati di spesa assegnati nel 2017 per come si deduce dai seguenti prospetti

Anno 2017		
	Tetto di spesa	Importo CO.GE
Assistenza ospedaliera	36.210.000,00	36.210.000,00
Assistenza Riabilitativa	15.525.000,00	15.525.000,00
Assistenza Specialistica esterna - Nefrologia	33.349.000,00	33.231.349,30
CTA	7.505.860,00	7.505.860,00

L'obiettivo, pertanto, è stato raggiunto.

Assistenza farmaceutica e territoriale

Con riferimento all'acquisto di farmaci, il costo rilevato nel CE preconsuntivo 2017 è pari ad €/mgl 57.788 inferiore, quindi, rispetto al negoziato 2017 pari ad €/mgl 61.841

Per la farmaceutica convenzionata il costo rilevato nel CE preconsuntivo 2017 è pari a €/mgl 55.245, anche in questo caso inferiore a quanto assegnato in sede di negoziazione del budget 2017 pari a €/mgl 55.983.

Gli obiettivi di spesa farmaceutica 2017 sono, pertanto, raggiunti.

• Direttiva flussi

L'obiettivo richiede il rispetto della Direttiva Flussi Informativi di cui al Decreto Interdipartimentale n. 1174/08 del 30-5-2008 e s. m. e i., compresi i flussi di nuova istituzione.

Per l'anno 2017 la situazione è la seguente:

Trasmissione Flussi Informativi

I flussi informativi riportati in allegato sono trasmessi entro i tempi previsti. Non sono pervenute segnalazioni relative ad eventuali mancate trasmissioni degli stessi.

Trasmissione modelli ministeriali

I Modelli ministeriali riportati in allegato sono trasmessi entro i tempi previsti. Non sono pervenute segnalazioni relative ad eventuali mancate trasmissione degli stessi.

Ad oggi non c'è evidenza di scarti non rilevati, in quanto in presenza degli stessi si è provveduto puntualmente alla risoluzione degli stessi

L'obiettivo è, pertanto, raggiunto.

• Osservanza disposizioni ALPI

Si è proceduto al monitoraggio dei dati relativi ai volumi prestazionali nonché ai diversi adempimenti connessi alla gestione della attività libero professionale intramuraria.

In particolare con riguardo ai volumi prestazionali l'azienda ha utilizzato le procedure di rilevazione già operanti e individuate dal Dipartimento regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico e dal Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica.

L'azienda, pertanto, nell'ambito del Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, ha rilevato i volumi prestazionali sia riferiti alle prestazioni ALPI sia alle prestazioni istituzionali suddivise in prestazioni erogate da istituzioni pubbliche e prestazioni erogate da istituzioni private con aggiornamento alla data del 30-6-2017.

Si è inoltre proceduto a verifiche interne attraverso operazioni di monitoraggio finalizzate alla individuazione dei volumi prestazionali per singoli dirigenti anche al fine di consentire un confronto tra il dato relativo alle prestazioni rese in ALPI e le prestazioni rese a titolo istituzionale, distinguendo tra visite/consulenze e prestazioni strumentali.

In particolare:

verifica corrispondenza delle prestazioni effettuate dai dirigenti autorizzati ad espletare ALPI con le relative timbrature;

monitoraggio e confronto del volume orario complessivo svolto dal singolo dirigente in attività istituzionale ed il volume orario reso in attività libero professionale attraverso il controllo incrociato delle timbrature riferite a ciascuna delle due attività;

monitoraggio volumi di prestazioni erogate in regime libero professionale e in regime istituzionale nell'ambito della stessa tipologia di prestazioni.

Tra le attività di monitoraggio l'Azienda ha verificato la riconduzione del servizio di prenotazione attraverso il CUP per la completa gestione dei flussi informativi ALPI, il monitoraggio delle liste d'attesa, la predisposizione di strumenti rilevatori di situazioni di incompatibilità e di conflitto di interessi.

Inoltre, in linea con le raccomandazioni espresse dall'A.N.A.C. con la determinazione n. 831 del 3-8-2016, il Piano Anticorruzione, redatto da questa Azienda ed in corso di pubblicazione sul sito istituzionale, ha puntualmente individuato i processi di riferimento soggetti a rischio con le corrispondenti misure preventive già operanti o da implementare e le figure professionali poste a presidio per l'attuazione delle stesse.

L'obiettivo, pertanto, è raggiunto.

• OBIETTIVO STRATEGICO

Migliorare la qualità dei servizi offerti dai reparti di Pronto Soccorso della Regione

L'obiettivo si propone di migliorare la qualità dei servizi offerti al P.S. attraverso la riduzione dei tempi di attesa e l'aumento delle dimissioni verso le strutture territoriali. Si è continuato a lavorare sulla base della programmazione effettuata nell'anno precedente (*Documento programmatico per l'obiettivo assessoriale riguardante l'inquadramento della qualità dei servizi offerti dai reparti di pronto Soccorso*) con risultati ampiamente soddisfacenti.

Nel dettaglio:

- Percentuale di pazienti dei PP.SS. Aziendali con un tempo massimo di permanenza al PS < alle 6 ore

PRESIDIO OSPEDALIERO	PERCENTUALE
P.S. Siracusa	90,46%
P.S. Lentini	83,9%
P.S. Avola	82,67%
P.S. Noto	90,91%
P.S. Augusta	88,48%
Media ponderata aziendale	88,14%

- Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero > di 24 ore

PRESIDIO OSPEDALIERO	PERCENTUALE
P.S. Siracusa	0,03%
P.S. Lentini	3,03%
P.S. Avola	10,64%
P.S. Noto	2,85%
P.S. Augusta	0,16%
Media ponderata aziendale	2,09%

- Percentuale di pazienti dimessi verso una struttura territoriale

PRESIDIO OSPEDALIERO	PERCENTUALE
P.S. Siracusa	50,71%
P.S. Lentini	14,32%
P.S. Avola	41,43%
P.S. Noto	32,15%
P.S. Augusta	64,60%
Media ponderata aziendale	41,22%

In conformità con le indicazioni fornite, si è provveduto a redigere un piano di interventi “Documento programmatico per l’obiettivo assessoriale riguardante l’inquadramento della qualità dei servizi offerti dai reparti di pronto Soccorso”.

Obiettivo Esiti

Tutti gli obiettivi sottoscritti dalla Direzione sono stati regolarmente assegnati a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. unitamente alle istruzioni necessarie al conseguimento degli stessi. I superiori obiettivi sono stati anche assegnati e contrattati con tutte le strutture di ricovero private accreditate.

Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

Il raggiungimento dell’obiettivo viene riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo dipartenza, corrispondente alla media dell’anno precedente (60%) e il target nazionale (90%). Continua dunque il trend in miglioramento degli indicatori di esito iniziato già nel 2014. In particolare per quanto riguarda gli interventi sulla frattura del femore negli over 65 si è passati dal 54,57% del 2014, al 64,10% del 2015, al 68,74% del 2016, all’attuale valore del 2017 del 74,95% con un allineamento progressivo nel tempo verso del valore atteso del 90%.

Per realizzare il notevole miglioramento del 2017, sono state poste in essere le azioni previste da D.A. 19-11-2015 avente per oggetto “Standard regionali della gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore”.

Si è continuato a monitorare iniziato in tutte le ortopedie:

- il tempo di permanenza in Pronto Soccorso;
- la percentuale di pazienti non operati
- il numero di interventi per struttura
- la percentuale di pazienti operati entro le 48H
- la percentuale di pazienti con carico precoce e mobilizzati entro 48H

E’ stato elaborato un PDTA che prevede dettagliatamente tutte le fasi operative, una matrice delle responsabilità, le azioni ottimali per l’assistenza nella fase acuta.

Sono state anche svolte le azioni di monitoraggio nella fase post acuta ed è stato svolto anche un percorso di customer satisfaction inerente la frattura del femore.

Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo).

Per quanto attiene ai parti cesarei si è lavorato per raggiungere lo standard previsto del 20%. Il risultato del 2017 si è attestato al valore del 33,82%.

L’ASP ha attivato tutta una serie di iniziative che, tramite la loro attuazione, si auspica un sensibile miglioramento dei dati già a partire dal 2018.

Tempestività nell’effettuazione P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI

Il raggiungimento dell’obiettivo viene riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente alla media dell’anno precedente (78%) e il target nazionale (91%). Le nostre strutture si sono attestate al 90,65%, un risultato estremamente vicino al target previsto e piuttosto migliorativo dell’anno 2016, in continua crescita nel tempo. Peraltro il flusso chiuso a fine gennaio esclude alcuni casi (cartelle non chiuse), che potrebbero fare pensare al valore pari o superiore al 91% con i dati della definitiva chiusura che di norma si realizza il 15 febbraio.

Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti Nei casi di IMA STEMI calcolato integrando il flusso RAD-Esito al flusso SDO.

Il valore raggiunto è stato pari al 69,03%.

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni.

La colecistectomia laparoscopica, avviata nel 2014 con una percentuale di interventi del 58,60%, ha raggiunto nel 2016 il valore del 82,32%. Nel 2017 si è ulteriormente migliorato il risultato, raggiungendo il valore di 85,81%.

- OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Per il 2017 i progetti di miglioramento organizzativo individuati sono stati 7. Tali obiettivi hanno fatto riferimento ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi si articolano in:

1. Screening
2. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
4. Donazione organi
5. Prescrizione in modalità de materializzata
6. Utilizzo dei fondi di PSN
7. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)

1) Screening oncologici

Obiettivo raggiunto per inviti e inesitati. Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti ad eccezione del valore atteso delle adesioni che in tutti e tre gli screening è stato al di sotto del 50% per variabili indipendenti dalle numerose azioni poste in essere e legati sostanzialmente a problematiche culturali.

Nel 2017 sono state svolte le seguenti azioni:

- Campagna di comunicazione in materia di screening: nell'anno 2017 sono stati organizzati degli incontri informativi a gruppi di popolazione nei comuni di Palazzolo Acreide, Lentini, Augusta, Carlentini, Solarino, Sortino, Melilli, Siracusa e Noto ed inoltre n° 6 incontri informativi ad altrettanti gruppi di dipendenti delle raffinerie (Lukoil-Esso) nell'area ad alto rischio ambientale.

- Attivazione di percorsi per gruppi di donne difficili da raggiungere, mediante l'offerta dell'HPV DNA test in contemporanea alla pratica del Paptest: raggiungimento dell'obiettivo 100% al 31.12.2016; le donne risultate positive al test HPV sono seguite in followup.
- Corso di formazione all'Ordine dei Medici ai MMG
- Incontri informativi con i docenti delle scuole Superiori di Lentini, Siracusa
- Incontri nelle scuole superiori con circa 1000 studenti nei comuni di Noto, Palazzolo A., Canicattini B. ed Augusta
- Incontri con i MMG dei comuni di Sortino, Belvedere, Siracusa, Lentini ed Augusta
- N. 4 Incontri informativi con altrettante Associazioni di Volontariato

2) *Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali*

Obiettivo pienamente raggiunto al livello 1 sia per la Modalità EX ANTE sia per la Modalità EX POST.

Massima attenzione è stata posta sui tempi di attesa delle classi di priorità B e D e per entrambe le modalità (EX ANTE ed EX POST) di rilevazione per le quali è stato raggiunto il livello 1, performance dunque di grande rilievo.

Il raggiungimento dell'obiettivo è dovuto principalmente alla metodologia di lavoro adottata che ha visto il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema all'interno del gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa previsto dall'art. 2 del da 439/2015. Il gruppo ha proceduto all'analisi profonda delle liste di attesa ed ha pianificato soluzioni condivise per il miglioramento di detti tempi. Inoltre parte attiva è stata svolta dal Comitato Consultivo Aziendale che ha contribuito in maniera rilevante al miglioramento della "cultura" della gestione della risorsa "prestazione specialistica ambulatoriale".

In particolare il coinvolgimento degli specialisti privati accreditati con l'offerta tramite CUP della quasi totalità delle prestazioni specialistiche, unitamente ad una attenta azione di prevenzione del drop out mediante una puntuale azione di recall ed una continua azione di formazione sui medici prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, hanno consentito il raggiungimento del risultato.

3) *Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.*

Punti nascita

I punti nascita dell'Asp di Siracusa presentano requisiti previsti dalla checklist pari ad un valore medio aziendale superiore al 90% e pertanto è stato raggiunto il livello 2 dell'obiettivo. In alcuni casi il valore si avvicina al previsto 100% del livello 1. I dati sono stati regolarmente inseriti nella piattaforma qualisiciliassr.

	Ostetricie	Neonatologia / Pediatria
Siracusa	94,03%	91,52%
Noto	88,8%	81,4%
Lentini	92,06%	98,14%

Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri a la sicurezza delle cure neonatali:

Nei PN senza TIN

Il numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore è pari a 0,08 e la percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita è stata per il 2017 pari al 5,88% quindi inferiore al previsto valore soglia dell'8%.

Nei PN con TIN

L'obiettivo è stato raggiunto. E' stato elaborato il report di monitoraggio ed è stata rispettata, per l'anno 2017, la percentuale di neonati direttamente dimessi da TIN/Tot neonati ricoverati nella TIN in quanto pari al 0 rispetto ad un risultato atteso inferiore al 10%.

4) *Donazione organi*

Indicatore 1: E' stato attivato l'ufficio del Coordinatore Locale per i prelievi ed i trapianti.

Indicatore 2: Il numero di accertamenti effettuati è stato pari a 4.

Le SDO dell'unico centro di Rianimazione individuate nel periodo di riferimento è stato pari a 8.

Valore atteso: numero di accertamenti di morte con metodo neurologico non inferiore al 30% dei decessi per grave neurolesione.

Valore raggiunto: 50%

Valore Indicatore: 100%

Indicatore 3: Il numero di non opposizioni è stato di 3 su 4 accertamenti di morte encefalica portati a termine.

Valore atteso: Numero di donatori procurati, definiti come i soggetti per i quali sia stato completato il processo di accertamento di morte con metodo neurologico e sia stato firmato dagli aventi titolo il modulo di non opposizione, non inferiore al 50% di tutti gli accertamenti eseguiti

Valore raggiunto: 75%

Valore Indicatore 100%

Indicatore 4: il numero di cornee è stato di 1 coppia

Valore atteso: Numero di cornee prelevate non inferiore al 5% dei decessi registrati di soggetti che rientrino nei parametri di idoneità alla donazione delle cornee, per come definiti dal CRT (peso 20%)

Valore raggiunto < 2,5%

Valore Indicatore: 0 %

Indicatore 5: Sono stati organizzati due corsi di formazione:

Il primo, il 16.6.2017 effettuato in collaborazione con l'Ufficio Formazione destinato a medici ed infermieri dei reparti internistici dell'azienda sul processo "donazione-prelievo-trapianto"

Il secondo, l'1.7.2017 in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti e l'Ufficio Formazione Aziendale, destinato a neurologi e tecnici di neurofisiologica orientato alla diagnostica strumentale nell'accertamento della morte con criteri neurologici.

5) *Prescrizioni dematerializzate*

Obiettivo raggiunto.

Il numero medici complessivamente abilitati ed inviati nel 2017 è stato pari a 316, rispetto a 175 del 2016. Il numero dei medici attuali è pari a 837 ($316/837=37,75\%$).

Il numero ricette mensili per medico prescrittore è stato pari a 10. Totale ricette dematerializzate = 49.146 (Totale ricette attese nel periodo= 37.920)

6) *Utilizzo fondi di PSN*

Obiettivo raggiunto.

I report trimestrali previsti come da format allegato sono stati regolarmente inviati e le procedure necessarie per l'impegno economico dei singoli progetti di PSN sono state tutte avviate ed in atto in fase di realizzazione secondo la tempistica prevista.

7) *Sviluppo percorso attuativo di certificabilità (P.A.C.)*

Obiettivo raggiunto.

Si rappresenta che ai sensi del D.A. n. 1559 del 05/09/2016 le Aree d'implementazione previste per il 2017 erano le seguenti:

- 1) area crediti e ricavi;
- 2) Area delle disponibilità liquide;
- 3) area debiti e costi:

La data massima ammessa dalla regione siciliana, per l'implementazione di tutte le Azioni previste era stata fissata dal D.A. 1559 al 30/10/2017.

Premesso quanto sopra e facendo seguito a quanto già relazionato con note n.6382 del 18/10/2017 e n.6782 del 07/11/2017 si evidenzia che:

- 1) in attuazione degli Obiettivi da F1 ad F6 – Azioni F1-1 – F6. 3 del PAC – Area Crediti e Ricavi – con Delibera del Commissario n. 61 del 08/09/2017 è stata approvata la nuova procedura aziendale "Ciclo Crediti e Ricavi" redatta dal Gruppo di Lavoro, all'uopo costituito, secondo gli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla vigente normativa PAC;
- 2) in attuazione degli Obiettivi da 11 a 18 – Azioni 11.1 – 18.5 del PAC – Area Debiti e Costi – con Delibera del Commissario n. 236 del 27/10/2017 è stata approvata la Procedura Aziendale "Ciclo Debiti e Costi" redatta dal Gruppo di Lavoro, all'uopo costituito, secondo gli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla vigente normativa PAC;
- 3) in attuazione degli Obiettivi da G1 a G5 – Azioni G1.1 – G5.5 del PAC – Area Disponibilità liquide – con Delibera del Commissario n. 237 del 27/10/2017 è stata approvata la Procedura Aziendale "Ciclo Disponibilità Liquide" anch'essa redatta dal Gruppo di Lavoro, all'uopo costituito, secondo gli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla vigente normativa PAC.

Si rappresenta, infine, che con Delibera del Commissario n. 279 del 10/11/2017 è stato preso atto del pieno conseguimento ed implementazione presso questa Azienda degli obiettivi PAC relativi alle aree "Crediti e Ricavi", "Disponibilità Liquide" e "Debiti e Costi".

Le suddette Delibere con i relativi allegati, come prescritto dalle vigenti disposizioni normative, sono state pubblicate sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – PAC.

Si allega, infine, copia delle Delibere n.61 del 08/09/2017, n.236 del 27/10/2017, n.237 del 27/10/2017 e n.270 del 10/11/2017, ognuna con i rispettivi allegati.

Piano Operativo

Per l'anno 2017, l'Assessorato per la Salute ha individuato 5 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi.

3.3 Obiettivi e piani operativi

Ciascuna delle tabelle 1-5 contiene gli obiettivi operativi correlati agli obiettivi strategici. La tabella si articola in 6 item completi di: descrizione dell'area di intervento, peso dell'obiettivo, descrizione e articolazione dell'obiettivo, risultato atteso dell'intervento (modalità di calcolo e target), e risultato raggiunto.

Rendicontazione del Piano Operativo

AREA DI INTERVENTO 1		Sanità Pubblica e Prevenzione Punteggio del Capitolo: 5 per ASP			
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		RISULTATO RAGGIUNTO al 31-12-2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
1.1 Sanità veterinaria 20%		1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili	1.1.A - 100%	TBC 822/822= 100% BRC 817/817= 100% LEB 817/817 = 100% BROC 369/369= 100% Allegato 1.1.A-1.1.B-1.1.C-1.1.D-1.1.E
		1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤28 gg 100% ≤ 30 gg 75% ≤ 32 gg 50% > 32 gg 0%	BRC 30 gg 100% BROC 26 gg 100%
		1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C – 42-63 giorni ≤63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	TBC 56 gg 100%
		1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D – 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	Az. Bovine 52/45 Az. Ovi-Caprino 15/15
		1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	+ 25% BRC 1,61 BROC 4,37
1.2 Sicurezza alimentare 20%		1.2.A Attuazione Piano regionale di controllo ufficiale sui prodotti fitosanitari 2016 ai sensi del DDG n. 324/marzo 2016	1.2.A - Rispetto Flusso informativo	1.2.A – SI/NO	Obiettivo raggiunto Si SI 100% Allegato 1.2.A
		1.2.B Definizione di una procedura che garantisca il rispetto dei tempi per il rilascio del provvedimento di riconoscimento definitivo agli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale con riconoscimento condizionato.	1.2.B -Invio entro il 31.10.2016 del provvedimento di approvazione della procedura di programmazione e della procedura di monitoraggio e verifica	1.2.B – SI/NO	Raggiunto nel 2016
<i>Relazione Performance 2017</i>				<i>Pagina 56</i>	

Sanità veterinaria

Gli obiettivi sono stati raggiunti. In particolare sono stati effettuati il 100% dei controlli delle aziende bovine ed ovicaprine, la riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi è stata inferiore ai valori previsti e la riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina è stata di 56 giorni. Il controllo anagrafico delle aziende bovine ed ovicaprine è stato superiore alla percentuale prevista dai Regolamenti (CE) e precisamente: Aziende Bovine 52/45 e Aziende Ovi-Caprine 15/15.

Sicurezza alimentare

L'obiettivo è stato raggiunto sia in relazione al rispetto dei flussi informativi che in relazione alla adozione della procedura (delibera 894 del 13/10/2016).

Copertura vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive

Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi ivi compresi il programma di comunicazione e la registrazione delle vaccinazioni nel cruscotto regionale. Solo le coperture vaccinali non sono state raggiunte. Ma si tratta di un fenomeno di portata regionale e nazionale legato a determinanti al di fuori del controllo dell'Azienda, come più volte rappresentato in sede di incontri periodici di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi.

Tutela ambientale

Sono stati realizzati i previsti programmi di educazione alla salute e di formazione dei MMG.

In merito al piano straordinario di interventi nelle aree a rischio ambientale la realizzazione della parte veterinaria è stata pari al 100%. Per quanto riguarda la realizzazione territoriale l'attività prevista nel Piano Straordinario di interventi è proseguita come da programmazione. Fermo restando chela valutazione finale positiva delle varie linee, che avverrà nelle prime settimane del 2018, spetterà al Tavolo Tecnico Regionale, si ritiene di aver raggiunto l'88,8%, come si evince dal report riportato.

L'aggiornamento dei profili delle acque di balneazione per l'anno 2017 è stato ultimato.

L'allineamento dei punti di costa e la verifica delle coordinate assegnate ad ogni punto di balneazione è stata completata.

La verifica e la rideterminazione dei punti di monitoraggio è stata effettuata a conclusione del monitoraggio delle acque di balneazione per la stagione balneare 2016. Il risultato del lavoro svolto con l'elenco dei punti di balneazione, nonché delle aree balneabili e non balneabili della provincia di Siracusa, con le specifiche motivazioni, è stato oggetto della "Relazione Stagione balneare 2016" inviata in data 30 gennaio 2017 con nota prot. n. 0150/LSP al DASOE- Servizio 4 con allegate n. 8 tabelle in excel. Nell'anno 2017 i dati di cui sopra sono stati aggiornati a seguito delle risultanze del monitoraggio sulle acque di balneazione effettuato per la Stagione balneare 2017 e trasmessi al DASOE-Servizio 4 nella "Relazione Stagione balneare 2017", inviata con nota prot. n. 2361/LSP del 21/12/2017, comprensiva di n. 6 tabelle in excel.

Tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del decretoregionale per la Stagione Balneare 2017, contenute nelle relazioni inviate dai Comuni rivieraschi della provincia di Siracusa, sono state trasmesse dal LSP al DASOE-Servizio 4 con note prot. n. 2378/LSP del 22/11/2016 e prot. n. 2445/LSP del 2/12/2016. Il Decreto Regionale relativo alla stagione balneare 2017 (DDG n. 273 del 17/2/17) è stato pubblicato nella GURS n. 9 parte I del 3/3/17.

Prevenzione nei luoghi di lavoro

L'obiettivo è stato raggiunto.

Sono stati effettuate le attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole nonché i corsi di formazione / informazione previsti. Le ispezioni nelle aziende a rischio per agenti cancerogeni

sono state regolarmente svolte, così come le verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti.

Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro “Edilizia” nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro “Agricoltura” nazionale e regionale:

- Sopralluoghi nei cantieri edili: n.160/160 previsti

- Sopralluoghi nelle aziende agricole: n. 67/66 previsti

- Attività di informazione /formazione edilizia/ agricoltura: n. 12 corsi /5 previsti.

Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti:

- 1.5.C.1 = $785/942 * 100 = 83\%$

- 1.5.C.2 = 2

AREA DI INTERVENTO 2	Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti* Punteggio del Capitolo: 9 per ASP				
Interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		RISULTATO RAGGIUNTO al 31-12-2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
2.1 Sicurezza dei Pazienti 20%		2.1.A Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	2.1.A Sarà valutata: 1) la segnalazione della totalità degli eventi sentinella rispetto a quelli conosciuti (SIMES), 2) la coerenza rispetto al protocollo nazionale (SIMES) 3) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	SI	Obiettivo Raggiunto Si Gli eventi sentinella conosciuti sono stati tutti inseriti nella piattaforma del flusso SIMES come da protocollo e nel portale qualitasiciliassr Allegato 2.1.A
		2.1.B Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	2.1.B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	Il portale nel 2017 non è stato aperto
		2.1.C Programma regionale Global Trigger Tool: valutare l'1% delle cartelle cliniche dei dimessi in ricovero ordinario (con degenza superiore a un giorno) dalle UU. OO. delle seguenti discipline: area medicina, area chirurgica, area ostetrica, area pediatrica, area rianimazione (qualora mancasse una disciplina garantire comunque l'1% dei dimessi)	2.1.C Numero di casi inseriti nella piattaforma regionale GTT in modo completo e coerente secondo il protocollo di rilevazione regionale	1% dei dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore a 1 giorno	Obiettivo Raggiunto Cartelle revisionate (gennaio-ottobre 2017) 478/21.511 dimessi dimessi in ricovero ordinario con degenza superiore ad 1 giorno = 2,22% Allegato 2.1.C

		2.1.D Programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica in coerenza al D.A. 1914/13 s.m.i. di approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale	2.1.D Monitoraggio annuale e produzione report	100% delle azioni programmate	Obiettivo Raggiunto 100% Le attività di monitoraggio relative al progetto UFA ONCO EMA sono state attuate e completate per l'anno 2017 (vedasi relazione allegata). I dati non possono essere inseriti nel portale previsto dalla Regione nella fase di avvio del progetto. Allegato 2.1.D
		2.1.E Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	2.1.E 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	1) SI 2) 100%	Obiettivo Raggiunto Si 1) Prodotto report caricamento dati su piattaforma qualitasiciliassr 2) Effettuate 26 osservazioni Allegato 2.1.E
		2.1.F Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita. Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti.	2.1.F Realizzazione autovalutazione su piattaforma Qualitasicilia SSR	SI	Obiettivo Raggiunto Si Allegato 2.1.F
		2.1.G Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	2.1.G Aderenza alle indicazioni regionali	SI	Obiettivo Raggiunto Si L'Asp di Siracusa ha aderito a tutte le iniziative promosse dall'Assessorato
		2.1.H Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza: a) Azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza b) Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale c) AntimicrobialStewardship d) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e	2.1.H a) Aderenza alle indicazioni regionali b) Report relativo al consumo di antibiotici c) Aderenza al Protocollo regionale d1) Report sulla realizzazione delle campagne di comunicazione	SI	Obiettivo Raggiunto a) Aderenza OK b) Pervengono i report sui consumi di antibiotici delle farmacie dei DD. OO. SR1 e SR2 e della farmacia territoriale con le relative analisi c) Si. La Direzione Aziendale ha costituito il gruppo di lavoro

		territoriale	d2) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.		<p>“Antimicrobial Stewardship”. Nell’ultima riunione del CIO (19 dic. 2017) il Coordinatore del gruppo di lavoro, ha consegnato al Presidente del CIO la bozza del programma aziendale “Antimicrobial Stewardship”. Il Presidente CIO ha rivisto la bozza (che si allega), apportando delle modifiche al format e in data 10 gennaio 2018 la ha riconsegnata al Coordinatore del gruppo di lavoro per le ulteriori fasi di redazione.</p> <p>Allegato Bozza Documento 2.1.H c)</p> <p>d1) Predisposto materiale di stampa informativo. Nel dic. 2017 la UOC Provveditorato ha identificato tipografia che si è impegnata a consegnare gli stampati entro il 30 gennaio 2018</p> <p>Allegati 2.1.H b)</p> <p>1.3.B-1.4.A-2.1.H d1);</p>
--	--	--------------	--	--	--

		<p>2.1.1 Programma di riduzione delle batteriemie /sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero:</p> <p>a) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC</p> <p>b) Diffusione e formazione sull'utilizzo dei Bundle</p> <p>c) Individuazione team dedicato</p> <p>d) Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione</p> <p>e) Scheda di gestione CVC</p> <p>f) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite</p>	<p>2.1.1 Aderenza alle indicazioni regionali:</p> <p>a) Adesione studi e relativo Report</p> <p>b) Brochure ed eventi formativi</p> <p>c) Delibera aziendale</p> <p>d) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione</p> <p>e) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati</p> <p>f) Report aziendale su audit svolti</p>	SI	<p>a) Il primo studio di prevalenza ICA (finestra temporale 11 luglio – 11 ottobre 2016) si è concluso. Sono pervenute e sono state caricate sul software predisposto n. 688 schede e sono stati rilevati n. 27 casi di ICA a fronte di 0 segnalazioni. A Gennaio 2017 è stato avviato il monitoraggio SPIN UTI (finestra temporale 1 ottobre 2016 – 31 marzo 2017). 700 schede pervenute/700 schede caricate. Nel periodo aprile-giugno 2017 è stata condotta la sorveglianza nelle RSA per il progetto HALT3 (finestra temporale aprile – giugno 2017). Concluso il secondo studio di prevalenza ICA (finestra temporale 9 ottobre 2017-9 gennaio 2018). E' in corso il caricamento dei dati riportati dai referenti sulle schede apposite.</p> <p>b) Sono state realizzate due edizioni del pfa "Targeting zero_gestione degli accessi vascolari" svoltesi nelle date seguenti: 1° edizione: 18 maggio 2017; 2° edizione: 23 maggio 2017;</p> <p>c) SI</p> <p>e) Caricate 435 schede Allegati 2.1.I a); 1.4.C-2.1.I b) - 2.2.a D)-2.4.d-5.2 A)-5.2 B)-5.3.b</p>
--	--	---	---	----	--

<p>2.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa 10%</p>		<p>2.2.A Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015:</p> <p>a) Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza;</p> <p>b) Analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli le criticità locali;</p> <p>c) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;</p> <p>d) Pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art. 3;</p>	<p>2.2.A Report Annuale sui punti a,b,c,d dell'art. 2 di cui all'art. 2 D.A. 439 – 2015 da pubblicare su web aziendale.</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivo Raggiunto Si</p> <p>a) Il monitoraggio viene regolarmente effettuato (monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali, produzione report mensile e pubblicazione sul sito web; monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali, produzione report trimestrale; monitoraggio ex ante delle prestazioni erogate in ALPI, due volte l'anno: 3-7 aprile 2017 e 2-6 ottobre 2017)</p> <p>b) c) Viene regolarmente svolta l'analisi delle cause profonde e l'individuazione e pianificazione di soluzioni condivise</p> <p>d) In ottemperanza al D.A. n.1884 del 04.10.2016, sono state realizzate n° 4 edizioni del corso di formazione sui "RAO di Gastroenterologia" nelle date: 1° edizione: 19 novembre 2016 ; 2° edizione: 26 novembre 2016; 3° edizione: 17 dicembre 2016 dalle ore 08.30 alle ore 11.00; 4° edizione: 17 dicembre 2016 dalle ore 11.00 alle ore 13.30. Sono stati coinvolti tutti i MMG, PLS Allegati 2.2.A-2.2.C-2.2.D;</p>
---	--	---	--	-----------	---

					1.4.C-2.1.l b) - 2.2.a D)-2.4.d-5.2 A)-5.2 B)-5.3.b
		<p>2.2.B Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizzi tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia. <i>NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010.)</i></p>	<p>2.2.B n. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità)/ n. campi da compilare Monitoraggio</p>	>= 90%	<p>Obiettivo Raggiunto 100% (ricoveri ordinari programmati, programmati con preospedalizzazione e ricoveri in DH) Allegato 2.2.B</p>
		<p>2.2.C Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.</p>	<p>2.2.C Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas</p>	SI	<p>Obiettivo Raggiunto Si Le Commissioni appositamente predisposte hanno elaborato i protocolli RAO per n. 14 branche specialistiche e per la pediatria presentati in data 2 maggio 2011 in un convegno tenutosi a Catania. I protocolli RAO del bacino Orientale sono stati adottati con atto deliberativo da ciascuna ASP e pubblicati sui siti aziendali. Di recente sono stati aggiornati i protocolli RAO per la Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia. Allegato 2.2.A-2.2.C-2.2.D;</p>
		<p>2.2.D Modalità di prenotazione informatizzata condivisa tra gli erogatori pubblico/privato in ambito di area metropolitana/provincia almeno nelle 43 prestazioni critiche – coordinamento/</p>	<p>2.2.D Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p>	SI	<p>Obiettivo Raggiunto Si Si realizzata modalità di prenotazione informatizzata condivisa:il 50% del budget</p>

		da parte delle ASP			<p>assegnato alle strutture accreditate viene utilizzato affinché siano garantite le richieste pervenute con classi di priorità U e B. E' stata effettuata una redistribuzione delle ore di specialistica ambulatoriale esterna nelle quattro aree distrettuali della provincia che ha riequilibrato l'offerta e il volume delle prestazioni erogate nelle strutture sanitarie.</p> <p>Allegato 2.2.A-2.2.C-2.2.D;</p>
		<p>2.2.E Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni:</p> <p>a) Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</p> <p>b) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi.</p> <p>c) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web</p> <p><i>NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni. Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.</i></p>	<p>2.2.E</p> <p>a) report semestrale</p> <p>b) Report con interventi correttivi</p> <p>c) Pubblicazione su sito web aziendale</p>	SI	<p>Obiettivo Raggiunto</p> <p>Si</p> <p>a) SI relazione del Direttore Generale prot. N. 31705/PG del 27/10/2017 "Azioni avviate e protocollo operativo per il superamento delle criticità correlate alla sospensione delle prenotazioni primo semestre anno 2017";</p> <p>b) Interventi correttivi predisposti nella nota su citata;</p> <p>c) SI</p> <p>Allegato 2.2.E</p>

<p>2.3 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa 10%</p>		<p>2.3 Pubblicare e puntualmente aggiornare, sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste attese/tempi attesa".</p>	<p>2.3 Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul Web</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivo Raggiunto SI I dati richiesti sono regolarmente pubblicati sul sito web (in atto presente "TEMPI DI ATTESA AL 15 GENNAIO 2018" Allegato 2.3</p>
<p>2.4 Formazione dei professionisti 10%</p>		<p>2.4 A Partecipazione ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno-infantile</p> <p>2.4.B Programmazione e realizzazione di percorsi formativi in materia di rischio clinico in raccordo con il Servizio 5 del DASOE secondo Direttiva Assessoriale</p>	<p>2.4 A1 Svolgimento dei corsi formativi previsti secondo le indicazioni regionali</p> <p>2.4 A2 Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR</p> <p>2.4.B Attuazione secondo indicatori della direttiva regionale</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>Obiettivo Raggiunto SI</p> <p>2.4.A.1 L'Assessorato non ha previsto percorsi formativi con "privileges" in ambito materno-infantile. Sono stati invece completati i percorsi formativi "Privileges" in Cardiologia con la partecipazione del personale di Cardiologia.</p> <p>2.4.A.2 in attesa dello schema 2.4.B. Come da nota prot. n° 89435 del 15.11.2016 del DASOE, sono state realizzate due edizioni del pfa "Aspetti del rischio clinico connessi alla gestione delle attività cliniche" nelle date:</p> <p>1° edizione: 14 e 15 febbraio 2017;</p> <p>2° edizione: 14 e 15 marzo 2017;</p> <p>3° edizione: 16 e 17 maggio 2017.</p> <p>Allegato 1.4.C- 2.1.I b) - 2.2.a D)- 2.4.d-5.2 A)-5.2 B)-5.3.b</p>
<p>2.5 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e</p>		<p>2.5 A Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p>	<p>2.5 A Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivi Raggiunti SI</p> <p>2.5 A Interviste effettuate per prestazioni di ricovero:</p>

coinvolgimento dei cittadini / pazienti 10%	2.5B La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino:aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	2.5B Attuazione delle direttive regionali	SI	616/previste 531; Interviste effettuate per prestazioniambulatoriali: Obiettivi Raggiunti Si 1598/previste 1506. N. consensi informati acquisiti = 2966 2.5 B Costituita con nota Prot. 12738/PG del 19/4/2017 l'equipe mista per la promozione della azione Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti Con la delibera 421 del 9 maggio 2017 sono state formalizzate le equipe locali per l'azione dell'area di intervento "Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti. Ricerca autofinanziata". Sono stati inseriti in piattaforma e data comunicazione all'Assessorato con nota n.24370/PG del 31/7/17, in coerenza alla metodologia Agenas, i dati di rilevazione Check list, per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. Allegato 2.5.A 2.5 B
	2.5C Valutazione e gestione del dolore cronico:realizzazione di tre cicli di Audit	2.5C Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore	SI	

		<p>sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013</p>			<p>Obiettivo Raggiunto Si Allegato 2.5.C</p>
<p>2.6 PDTA 10%</p>		<p>2.6 Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PDTA Frattura femore (2016, 2017)) • <i>PDTA in pazienti con Fibrillazione Atriale (2017)</i> • <i>PDTA Scompenso cardiaco (2017)</i> • <i>PDTA Carcinoma colon retto (2017)</i> • <i>PDTA Carcinoma polmone (2017)</i> • <i>PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico (2017)</i> 	<p>2.6 Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivo Raggiunto Si</p> <p>Il PDTA del femore è stato ratificato dalla Direzione Aziendale il 6 giugno 2017. È stata effettuata la misurazione della qualità percepita del paziente con frattura di femore al 31/12/2017= 383interviste (n. 531pazienti che avrebbero dovuto essere operati entro 0-2 giorni; n. 395 pazienti operati entro 0-2 giorni)</p> <p>Gli altri PDTA previsti non sono ancora stati emanati.</p> <p>Allegato 2.6 PDTA Frattura Femore</p> <p>Allegato 2.6 PDTA Scompenso Cardiaco Bozza</p>
<p>2.7 Appropriatezza 10%</p>		<p>2.7 Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)</p>	<p>2.7 Rispetto degli adempimenti previsti</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivo Raggiunto Si</p> <p>È in corso la verifica del campione regionale del 3° trimestre (pervenuti il 10-01-2018)</p> <p>Allegato 2.7</p>
<p>2.8 Outcome 10%</p>		<p>2.8 Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE</p>	<p>2.8 Report secondo modalità indicate dalla Regione</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivo Raggiunto Si</p> <p>Effettuato nel mese di luglio audit sulla qualità dei dati PNE edizione 2016 su cartelle 2015, campionate dall'Assessorato. L'audit si è svolto secondo le modalità regionali.</p> <p>Allegato 2.8</p>

<p>2.9 10%</p>		<p>2.9. A Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture transfusionali, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate 2.9.B Soddisfacimento dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati.</p>	<p>2.9.A Decreto di autorizzazione e accreditamento 2.9.B Esito favorevole della visita di verifica condotta dall'azienda farmaceutica.</p>		<p>Obiettivo Raggiunto Si</p> <p>2.9.A Il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento è stato raggiunto con l'avvenuta emanazione del Decreto 4 luglio 2017 del Dirigente Generale D.A.S.O.E pubblicato sulla GURS parte I n. 31 del 28 luglio 2017. Con il Decreto viene concesso il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento per l'esercizio delle attività transfusionali del P.O. Umberto I ed alle articolazioni organizzative del P.O. Muscatello Augusta, P.O. G. Di Maria Avola, e del P.O. Civile di Lentini.</p> <p>2.9.B L'obiettivo è stato raggiunto a seguito dell'audit condotto dalla ditta Kedrion Corporate Group, in data 27/6/2017 a seguito del quale è stato confermato il ritiro del plasma per la produzione dei farmaci plasma derivati.</p> <p>Allegato 2.9.A-2.9.B</p>
----------------------------------	--	--	--	--	--

* La valutazione delle Case di Cura Private sugli obiettivi del capitolo rientra nell'ambito di competenza delle ASP.

Sicurezza pazienti

Alla data del 31/12/2017 sono stati inseriti tutti gli eventi sentinella completi di scheda A e B. La compilazione del report previsto sulla piattaforma è stato regolarmente compilato. Il programma Trigger Tool è in linea con quanto previsto dal valore obiettivo. Sono state svolte il 100% delle azioni programmate per l'implementazione ed il monitoraggio della raccomandazione per la sicurezza della terapia oncologica, così come il monitoraggio sulla corretta applicazione checklist in sala operatoria. In merito all'aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza l'Asp di Siracusa ha aderito a tutte le iniziative promosse dall'Assessorato. Più nel dettaglio è stato completato il primo studio di sorveglianza ICA. Il secondo è quasi completamente completato (manca solo una Casa di cura). È stato anche completato lo studio SPIN-UTI e lo studio HALT3. In merito alla gestione dei CV sono state inserite nella piattaforma 435 schede.

In merito alle azioni di contrasto all'antibiotico-resistenza è stato costituito il gruppo di lavoro "Antimicrobial Stewardship". Ed è stata elaborata una procedura di gestione di tale problematica che sarà verosimilmente ratificata a febbraio 2018. Il monitoraggio delle prescrizioni antibiotiche viene regolarmente effettuato.

Monitoraggio dei tempi di attesa

Obiettivo raggiunto. Le attività del gruppo interaziendale per il governo delle liste d'attesa vengono regolarmente effettuate. Le prenotazioni avvengono con modalità condivise e sono stati realizzati vari incontri formativi sui RAO di gastroenterologia per MMG, PLS, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri. L'analisi dei campi flusso SDO è stata svolta nel 100% dei casi. Il monitoraggio delle sospensioni delle erogazione delle prestazioni è stato regolarmente effettuato come da linee guida.

Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa.

Obiettivo raggiunto. I dati richiesti sono regolarmente pubblicati sul sito web aziendale.

Formazione dei professionisti

È stato realizzato in tre edizioni nel corso del 2017 il percorso formativo "aspetti del rischio clinico connessi alla gestione delle attività cliniche". Sono previsti n. 45 partecipanti per ogni edizione distinti in 15 medici e trenta infermieri.

Sono state realizzate per tutti i MMG, PLS n° 4 edizioni del corso di formazione sui "RAO di Gastroenterologia" nelle date:

1° edizione: 19 novembre 2016 ;

2° edizione: 26 novembre 2016;

3° edizione: 17 dicembre 2016 dalle ore 08.30 alle ore 11.00;

4° edizione: 17 dicembre 2016 dalle ore 11.00 alle ore 13.30.

Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti

L'obiettivo è stato raggiunto in quanto il numero di interviste effettuate è stato in linea con le direttive regionali così come il numero di aggregazioni valutate. I tre cicli di audit sulla gestione del dolore cronico sono stati regolarmente svolti.

PDTA

È stata completata la realizzazione del PDTA del femore, che prevede una precisa assegnazione delle responsabilità, la precisa definizione dei meccanismi esecutivi e quanto altro necessario per una corretta gestione del percorso.

Il percorso del scompenso – fibrillazione atriale è in fase avanzata di definizione.

Appropriatezza

L'obiettivo è stato raggiunto in quanto in linea con gli adempimenti degli obiettivi regionali previsti dal Piano Annuale Controlli Analitici (PACA). In atto sono in fase di definizione i controlli relativi al terzo trimestre 2017 (inviati dall'Assessorato nel gennaio 2018).

Outcome

L'obiettivo relativo all'aderenza al PNE è stato raggiunto e gli audit sono stati svolti secondo le modalità regionali.

Centri trasfusionali

In merito al punto inerente il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture trasfusionali, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate l'obiettivo è stato raggiunto con l'avvenuta emanazione del Decreto 4 luglio 2017 del Dirigente Generale D.A.S.O.E pubblicato sulla GURS parte I n. 31 del 28 luglio 2017. Con il Decreto viene concesso il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento per l'esercizio delle attività trasfusionali del P.O. Umberto I ed alle articolazioni organizzative del P.O. Muscatello Augusta, P.O. G. Di Maria Avola, e del P.O. Civile di Lentini.

In merito al punto inerente il Soddisfacimento dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasma derivati l'obiettivo è stato raggiunto a seguito dell'audit condotto dalla ditta Kedrion Corporate Group, in data 27/6/2017 a seguito del quale è stato confermato il ritiro del plasma per la produzione dei farmaci plasma derivati.

AREA DI INTERVENTO 3	Le reti assistenziali Punteggio del Capitolo: 1 per ASP				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		RISULTATO RAGGIUNTO al 31-12-2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
3.1 Rete IMA 20%		Osservanza dei tempi per l'esecuzione dell'angioplastica in caso di IMA STEMI	- Timing da PCM a PCI - Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue - Timing da trombolisi efficace a coronografia	Rispetto dei tempi previsti dalle linee guida	Obiettivo Raggiunto Timing da PCM a PCI >90% dei casi giunti c/o l'emodinamica del centro Hub di Siracusa sono stati trattati secondo le linee guida (il 10% dei casi esclusi riguarda pazienti deceduti prima della PCI e/o pazienti con altre comorbidità che non potevano essere trattati con PCI (pertanto il valore di 90% è da considerarsi come obiettivo raggiunto) - Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue: il 100% di tutti i casi giunti in emodinamica sono stati trattati efficacemente; - Timing da trombolisi efficace a coronarografia: il 100% di tutti i casi sono giunti in emodinamica nei tempi previsti. Allegato 3.1
3.2 Rete Stroke 20%		Esecuzione della trombolisi presso il centro hub di Siracusa entro 4,5 ore (nei casi ammessi alla procedura terapeutica)	Nn di casi trattati con trombolisi entro i tempi previsti rispetto al numero di casi totali	A partire da settembre =>50% A partire da dicembre => 75%	Obiettivo Raggiunto 100% dei casi eleggibili Allegato 3.2
3.3 Rete politrauma 20%		Trasmissione immagini radiologiche al centro HUB o alle CdC conv. da parte del centro spoke B (Lentini) e spoke A (SR) per via telematica	Attivazione della modalità telematica nei 2 centri	2 centri / 2 centri (100%) entro 30 settembre 2016	Obiettivo Raggiunto In data 26/9/2016 si è svolto un incontro al Cannizzaro, a cura della Direzione Sanitaria del Centro Hub avente per oggetto: Protocollo d'intesa per il trattamento del Politrauma. A seguito di detta riunione ad oggi non sono intervenuti ulteriori cambiamenti. Si rimane in attesa di verificare la possibilità di utilizzare anche per la Sicilia Orientale il Sistema denominato Teleneures. Sono stati definiti i necessari protocolli tecnici di trasmissione. Allegato 3.3

<p>3.4 Rete oncologica20%</p>		<p>Assistenza domiciliare per malati oncologici in fase terminale.</p>	<p>nn. di malati assistiti a domicilio da parte delle ONLUS</p>	<p>50% degli assistibili da parte delle ONLUS</p>	<p>Obiettivo Raggiunto 517/600 (dati raccolti dai distretti e dalle onlus accreditate) Valore raggiunto 86% Allegato 3.4</p>
<p>3.5 Percorso nascita20%</p>		<p>Incentivare il trattamento della gravidanza fisiologica presso i consultori</p>	<p>Gravide assistite presso i consultori / totale parti</p>	<p>Incremento del 5% rispetto al 2015</p>	<p>Obiettivo Raggiunto Intero 2015 474/2699=17,56% Intero 2016 847/2617=32,36% Gennaio – Dicembre 2017 939/2661= 35,28% Allegato 3.5</p>

Intervento 3 - Le reti assistenziali

Rete IMA

- Timing da PCM a PCI >90% dei casi giunti c/o l'emodinamica del centro Hub di Siracusa sono stati trattati secondo le linee guida (il 10% dei casi esclusi riguarda pazienti deceduti prima della PCI e/o pazienti con altre comorbidità che non potevano essere trattati con PCI (pertanto il valore di 90% è da considerarsi come obiettivo raggiunto).

- Timing da trombolisi **inefficace** a PCI rescue: il 100% di tutti i casi giunti in emodinamica sono stati trattati efficacemente;

- Timing da trombolisi **efficace** a coronarografia: il 100% di tutti i casi sono giunti in emodinamica nei tempi previsti

Rete stroke

L'esecuzione della trombolisi presso il centro Hub di Siracusa entro i tempi previsti viene effettuata nel 100% dei casi eleggibili.

Rete politrauma

Obiettivo in corso di realizzazione sulla base della programmazione per l'implementazione del sistema "Teleneures".

Rete oncologica

Obiettivo raggiunto. L'assistenza domiciliare per i malati oncologici in fase terminale è stata di gran lunga superiore al valore del 50% previsto. Più precisamente 517/600 con un valore pari all' 86%.

Percorso nascita

L'obiettivo di incentivare del 5% rispetto al 2015 il trattamento della gravidanza fisiologica presso i consultori è stato ampiamente raggiunto. Nel dettaglio:

Intero 2015 pari a **474/2699=17,56%**

Intero 2016 pari a **847/2617=32,36%**

Gennaio – Dicembre 2017 pari a **939/2661= 35,28%**

Ed inoltre

- Apertura del Centro regionale di riferimento per le patologie derivanti dall'Amianto nell'ospedale Muscatello di Augusta.
- Attivazione di nuovi reparti come Neurologia, Oncologia, Ematologia, Chirurgia ad indirizzo oncologico presso l'Ospedale di Augusta.
- Trasferimento nei nuovi locali del presidio ospedaliero megarese del Pronto soccorso, del Laboratorio analisi e della Radiologia nonché il completamento del Presidio Territoriale di Assistenza.
- Ristrutturazione del reparto di Ginecologia ed Ostetricia dell'ospedale Umberto I di Siracusa.
- Attivazione dei reparti di Rianimazione negli ospedali di Lentini ed Avola.

Nell'ambito delle azioni di informazione destinate ai fruitori del Pronto Soccorso, va sottolineata la campagna di informazione e le azioni di formazione che sono state realizzate sull'esistenza del Codice Rosa, dedicato alle vittime di violenza e al servizio di accoglienza curato da psicologi e volontari.

Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria Punteggio del Capitolo: 6 per ASP					
Area intervento 4					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		RISULTATO RAGGIUNTO al 31-12-2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
4.1 Cronicità 20%		Incentivare le dimissioni facilitate per scompenso, BPCO e diabete	nn. dimissioni facilitate su nn totale dimissioni per le tre patologie croniche (casi su diagnosi principale e secondaria)	Incremento rispetto al 2015 => 5%	<p style="text-align: center;">Obiettivo Raggiunto</p> Scompenso 2015 = 285 Diabete 2015 = 295 BPCO 2015 = 0 ----- Scompenso 2016 = 403 Diabete 2016 = 331 BPCO 2016= 0 ----- Scompenso 2017 = 186 Diabete 2017 = 130 BPCO2017= 18 ----- La dimissione facilitata per BPCO è stata attivata nel corso del 2017 Incremento % Dimissioni Facilitate Scompenso = 75% (2016); 81,2% (31/12/17) Diabete = 75% (2016); 32,3% (31/12/17) BPCO = 100% (31/12/2017) Allegato 4.1
4.2 Disabilità e non autosufficienza 20%		Incentivare le prestazioni erogate per pazienti affetti da Alzheimer presso il Centro Diurno	nn. pazienti seguiti presso il Centro Diurno	Incremento rispetto al 2015 => 5%	<p style="text-align: center;">Obiettivo Raggiunto</p> 2015=314 2016= 360 2017= 381 Allegato 4.2
4.3 Riabilitazione 20%		Erogazione della riabilitazione cardiologica presso l'Ospedale di Lentini	nn. pazienti seguiti presso la Cardiologia di Lentini	Mantenimento del numero del 2015	<p style="text-align: center;">Obiettivo Raggiunto</p> Sono stati riabilitati n. 50 pazienti. (Nel 2015 e 2016 n. 30).

%					Allegato 4.3
4.4 Salute Mentale 20%		1. Attività intensiva su pazienti compresi nelle 4 patologie previste dal D.A. 11.9.15 (schizofrenia, depressione, d.bipolare, gravi disturbi personalità) con almeno 2 ricoveri in SPDC durante il 2015 2. Prevenzione e trattamento Gioco d'azzardo patologico 3. Diagnosi precoce di nuovi casi di autismo infantile (< 18 anni)	n. interventi ambulatoriali o domiciliari (monitoraggio tramite sistema HTH - SISM) nn. persone raggiunte dall'intervento rispetto alla popolazione nn. soggetti presi in carico	=> 2000 prestazioni Mantenimento del numero soggetti raggiunti del 2016 (2759) Mantenimento del numero dei casi del 2016 (188)	Obiettivo Raggiunto 1) Interventi effettuati = 2421 2) 3364 (nel 2016 2759) 3) 189 (nel 2016 188) Allegato 4.4
4.5 Violenza su donne e minori 20%		Attivazione procedure previste x i codici rosa (procura, equipe psicologia, e percorsi assistenziali dedicati) con esclusione dei casi di handicap e anziani fragili	nn. casi trattati secondo le procedure previste su nn casi di codice rosa	95% dei casi trattati secondo le procedure	Obiettivo Raggiunto Dati di accesso in codice rosa per singolo P.O.: Siracusa = 143; Avola = 107; Noto = 40; Lentini = 43; Augusta = 45. Sono stati trattati il 95% dei casi secondo le procedure Allegato 4.5

Intervento 4 - Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria

Cronicità

L'obiettivo di Incentivare le dimissioni facilitate per scompenso, BPCO e diabete del 5% rispetto all'anno 2015 è stato raggiunto. Nel dettaglio i dati correlati.

	2015	2016	2017
Scompenso	285	403	186
Diabete	295	331	130
BPCO	0	0	18

La dimissione facilitata per BPCO è stata attivata nel corso del 2017

Incremento % Dimissioni Facilitate

Scompenso = 75% (2016); 81,2% (31/12/17)

Diabete = 75% (2016); 32,3% (31/12/17)

BPCO = 100% (31/12/2017)

Disabilità e non autosufficienza

Incentivare le prestazioni erogate per pazienti affetti da Alzheimer presso il Centro Diurno del 5% rispetto all'anno 2015 è stato raggiunto. Nel dettaglio i dati dei tre anni di riferimento.

2015=314

2016= 360

2017= 381

Riabilitazione

L'obiettivo del mantenimento del numero di pazienti cardiologici in riabilitazione rispetto al 2015 (30 casi) è stato raggiunto ampiamente considerato che nel 2017 sono stati trattati 50 pazienti.

Salute mentale

Obiettivo raggiunto.

Si prevedeva un aumento (superiore a n. 2000) di prestazioni su pazienti affetti da schizofrenia, depressione, disturbo bipolare e gravi disturbi di personalità con almeno 2 ricoveri in SPDC durante il 2015, nel 2017 le prestazioni sono state pari a n. 2421.

Inoltre è stata incentivata la prevenzione del gioco d'azzardo patologico in quanto sono state raggiunte n. 3364 persone rispetto alle 2759 del 2016 e 2231 del 2015.

Infine la diagnosi precoce di nuovi casi di autismo infantile (in età < 18 anni) nel 2017 è stata pari a n. 189 rispetto a 188 del 2016 e rispetto ai 160 del 2015, dove l'obiettivo prevedeva solo il mantenimento dell'attività dell'anno precedente.

Violenza sulle donne e sui minori

Sono state attivate le procedure previste per i codici rosa ed è stata raggiunta la percentuale prevista del 95% dei casi trattati secondo le procedure.

Apertura di nuovi sportelli Cup in collaborazione con i Comuni per avvicinare sempre più i servizi sanitari territoriali ai cittadini;

Numerosi i percorsi di miglioramento continuo dei servizi esistenti, che sono stati realizzati nel 2017 sia in termini di qualità e di efficacia, sia in termini di efficienza e di ottimizzazione delle risorse e delle performances clinico-assistenziali e gestionali. Ma tanto è stato fatto anche in termini di realizzazione di nuovi servizi fino a ieri inesistenti. Tra questi, l'apertura di nuovi sportelli Cup in collaborazione con i Comuni per avvicinare sempre più i servizi sanitari territoriali ai cittadini, semplificandone anche l'individuazione e per una più ampia copertura del territorio provinciale, la collaborazione con il Parco Commerciale Belvedere con l'apertura di sportelli per il rinnovo dell'esenzione ticket, il trasferimento della postazione 118 alla Casermetta Mazzini nel centro storico di Ortigia,

AREA DI INTERVENTO 5	Sviluppo organizzativo Punteggio del Capitolo: 4 per ASP				
	interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento	RISULTATO RAGGIUNTO al 31-12-2017
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017	
5.1 Comunicazione e 25%		5.1 – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	5.1 Relazione sull'attività svolta	SI/NO	Obiettivo Raggiunto Si La relazione relativa alla campagna di comunicazione in materia di screening è stata acquisita, la campagna effettuata. Allegato 5.1
5.2 Formazione 25%		5.2 Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	5.2a) risorse umane attribuite/risorse umane previste 5.2b) budget assegnato/budget previsto	a) >80% b) >50%	Obiettivo Raggiunto 5.2 a) Risorse umane attribuite ad oggi numero 4 unità compreso il Dirigente Responsabile/Risorse umane minime previste dal D.A. numero sette compreso il Dirigente responsabile. 5.2 b) Assegnazione budget provvisorio relativo all'esercizio 2017 euro 267.114.00. Budget previsto dal D.A. deve essere pari ad almeno l'1% del monte salari delle aree contrattuali. Allegato 1.4.C-2.1.I b) - 2.2.a D)-2.4.d-5.2 A)-5.2 B)-5.3.b
5.3 Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria 25%		5.3.A – Costituzione e/o completamento uffici SIRS con personale dedicato (Direttiva n. 15730/2015 e successive integrazioni)	5.3.A Relazione sullo stato di attuazione degli Uffici SIRS	SI/NO	Obiettivo Raggiunto Si 5.3.A La relazione sui progetti presentati è allegata.
		5.3.B- Elaborazione e presentazione di progetti su bandi Regionali, Nazionali e Internazionali, nonché organizzazione di incontri formativi/informativi dedicati alla ricerca e internazionalizzazione	5.3.B - Relazione sui progetti elaborati presentati e sulle attività formative/informative svolte dai SIRS	SI	5.3.B E' stata realizzata una giornata formativa/informativa, in collaborazione con il SIRS in data 14 dicembre 2016 Allegato 5.3.A-5.3.B
5.4 TELEMEDICINA 25%		5.4.A – Promuovere l'utilizzo della telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie	5.4.A – Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità operative coinvolte nelle attività di telemedicina	1	Obiettivo Raggiunto Allegata la relazione sulle attività svolte. Allegato 5.4.A

Intervento 5 - Sviluppo organizzativo

Comunicazione

Obiettivo raggiunto. Le campagne di comunicazione in materia di screening e donazione d'organo è stata realizzata.

Formazione

L'obiettivo prevede l'assegnazione di risorse alla struttura formazione aziendale (art 6 e 7 D.A. 1771/2012) e sono state assegnate n. 4 unità di personale con un budget provvisorio di esercizio per l'anno 2017 pari a euro 267.114,00.

Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria

L'Ufficio SIRS è pienamente attivo. L'ufficio ha partecipato a tutti gli incontri indetti dall'Assessorato Salute Servizio 3 in tema di partecipazione ai bandi comunitari di ricerca in tema di salute pubblica. Ha sviluppato tre progetti cofinanziati dalla CE, partecipando all'evento conclusivo svoltosi a Bruxelles nel maggio 2017. Le attività vengono regolarmente inserite sul sito web aziendale. L'assessorato ha conferito un plauso all'ASP per le attività finora svolte.

Telemedicina

Numero Unità Operative coinvolte: N.8, nello specifico: Consultori del Territorio, Anatomia Patologica PO Umberto I, Endoscopia Digestiva PO Umberto I°, Radiologia Trigona, Rizza, Muscatello Lentini, Cup Territoriale.

Per quanto attiene i MMG sono stati definiti i necessari protocolli tecnici gestionali finalizzati a dare operatività diretta ai MMG.

Monitoraggio Pazienti Fragili: Relazione sulle attività svolte e sul numero delle Unità Operative coinvolte nelle attività di Telemedicina.

Numero Unità Operative coinvolte: N.6, nello specifico: Distretti di Siracusa, Lentini, Noto, Augusta, Ambulatori Endocrinologia del territorio, Ambulatori di cardiologia del Territorio. A regime nel corso del 2018 saranno interessati anche i MMG.

Con riferimento al Piano Attuativo collegato con l'assegnazione degli obiettivi 2016/2017 all'intervento 2 sono previsti una serie completa di obiettivi inerenti la questione della qualità/sistema dell'Azienda, con il coinvolgimento dei cittadini pazienti.

Di seguito fac simile degli obiettivi assegnati alle strutture, differenziati per U.O. Area Chirurgica, U.O. Area Medica, Servizi Ospedalieri, Ara Territoriale, Servizi Amministrativi.

ASP Siracusa

Direttore Generale:
Dr. Salvatore Brugaletta

Scheda Obiettivi: anno 2016-2017
U.O.C. Chirurgia Vascolare_P.O. Umberto I
Direttore: dr. Antonino Motta

livello di assistenza: Ospedaliero

OBIETTIVI	Fonte dei dati	Indicatori	consuntivo	Valore atteso	Valore raggiunto	PESO 2016	Valore atteso	Valore raggiunto	PESO 2017
			2015	31-12-2016	2016		31-12-2017	2017	
adempimenti obiettivi regionali ACA	Ospedalità	NN. contestazioni		valore contestaz. per item < 45%		10	valore contestaz. per item < 40%		10
prescrizioni dematerializzate	SIFA	% di prescrizioni mensili effettuate con modalità dematerializzata		5		5	10		5
riduzione mobilità passiva	Ospedalità	valore della mobilità passiva per reparto		riduzione del 5% rispetto 2015		5	riduzione del 5% rispetto 2016		5
incremento mobilità attiva	Ospedalità	valore della mobilità attiva per singola UO		incremento del 5% rispetto 2015		5	incremento del 5% rispetto 2016		5
primo ciclo terapeutico	Farmacia Osp. + OSP.	% prescrizioni su dimessi		mantenimento valori 2015		5	mantenimento valori 2016		5
adesione del CVC secondo le previsioni del DA 1-6-2016		rispetto del cronoprogramma		100%		10			10
scarico settimanale dei materiali di consumo propedeutico alla richiesta di ulteriore materiale	Farmacia Osp.	presenza dello scarico ogni settimana antecedente alla nuova richiesta		4 scarichi al mese		5	4 scarichi al mese		5
segnalazione delle infezioni ospedaliere	CIO	nn. Segnalazioni / nn. Casi		100%		5	100%		5
indicatori di attività ordinaria: 1) Indice di occupazione 2) Degenza media 3) Peso medio	Ospedalità			1) => 90% 2) e 3) mantenim. val. 2015		30	1) => 90% 2) e 3) mantenim. val. 2016		30
tempestiva gestione di tutti i flussi informativi di pertinenza	SIFA			100%		10	100%		10
Rispetto degli obiettivi di volta in volta formulati dalla Direzione	Direzione Aziendale			100%		10	100%		10
						100			100

Note:

- 1) Gli obiettivi indicati nella presente scheda sono assegnati ai fini della valutazione dei dirigenti ai sensi del CCNL e della normativa vigente
2) Gli obiettivi potranno essere rimodulati nel corso del periodo di riferimento

ASP Siracusa

Direttore Generale:

Scheda Obiettivi: anno 2016-2017

U.O.C. Medicina Interna _P.O. Lentini

Livello di assistenza:

Ospedaliero

OBIETTIVI	Fonte dei dati	Indicatori	consuntivo	Valore atteso	Valore raggiunto	PESO 2016	Valore atteso	Valore raggiunto	PESO 2017
			2015	31-12-2016	2016	31-12-2017	2017		
Adempimenti obiettivi regionali PACA	Ospedalità	NN. contestazioni		valore contestaz. per item < 45%		10	valore contestaz. per item < 40%		10
Prescrizioni dematerializzate	SIFA	% di prescrizioni mensili effettuate con modalità dematerializzata		5		5	10		5
Segnalazione delle infezioni ospedaliere	CIO	nn. Segnalazioni / nn. Casi		100%		5	100%		5
Riduzione mobilità passiva	Ospedalità	valore della mobilità passiva per reparto		riduzione del 5% rispetto 2015		5	riduzione del 5% rispetto 2016		5
Incremento mobilità attiva	Ospedalità	valore della mobilità attiva per singola UO		incremento del 5% rispetto 2015		5	incremento del 5% rispetto 2016		5
Primo ciclo terapeutico	Farmacia Osp. + OSP.	% prescrizioni su dimessi		mantenimento valori 2015		5	mantenimento valori 2016		5
Scarico settimanale dei materiali di consumo propedeutico alla richiesta di ulteriore materiale	Farmacia Osp.	presenza dello scarico ogni settimana antecedente alla nuova richiesta		4 scarichi al mese		5	4 scarichi al mese		5
Esecuzione trombolisi presso il centro HUB di Siracusa		casi trattati entro 4-5 ore /nn. casi tot.		settembre => 50% dicembre => 75%		10			10
Incentivare le dimissioni facilitate per scompenso cardiaco, BPCO e diabete		nn. Dimissioni facilitate / nn. Tot. Dimissioni per le 3 patologie (casi su diagn. rinc. e second.)		incremento => 5% rispetto 2015		5	incremento => 5% rispetto 2016		5
Indicatori di attività ordinaria: 1)Indice di occupazione 2)Degenza media 3)Peso medio	Ospedalità			1) => 90% 2) e 3) mantenim. val. 2015		25	1) => 90% 2) e 3) mantenim. val. 2016		25
Tempestiva gestione di tutti i flussi informativi di pertinenza	SIFA			100%		10	100%		10
Rispetto degli obiettivi di volta in volta formulati dalla Direzione	Direzione Aziendale			100%		10	100%		10
						100			100

note:

a) Gli obiettivi indicati nella presente scheda sono assegnati ai fini della valutazione dei dirigenti ai sensi del CCNL e della normativa vigente

b) Gli obiettivi potranno essere rimodulati nel corso del periodo di riferimento

ASP Siracusa

Direttore Generale:

Scheda Obiettivi: anno 2016-2017

U.O. Radiologia DOSR2

Direttore: dr.ssa Giuseppina Paulino

Livello di assistenza:

Ospedaliero

OBIETTIVI	Fonte dei dati	Indicatori	consuntivo	Valore	Valore	PESO 2016	Valore	Valore	PESO 2017
			2015	atteso 31-12-2016	raggiunto 2016		atteso 31-12-2017	raggiunto 2017	
Prescrizioni dematerializzate	SIFA	% di prescrizioni mensili effettuate con modalità dematerializzata		5		5	10		5
Assicurare piena collaborazione per la realizzazione di tutte azioni previste al DA 19-11-2015		Indicatori del D.A.		100%		5	100%		5
Tempestività interventi per frattura collo femore su pz. > 65 anni	Ospedalità	interventi entro 0-2 gg. su nn. tot. casi su pz. over 65 anche non operati		90%		5	90%		5
Mantenimento volumi di attività in rapporto al consuntivo dell'anno precedente		nn. Esami eseguiti		= consuntivo 2015		30	= consuntivo 2016		30
Assicurare i tempi di esecuzione TAC a condizione della verifica di appropriatezza (entro 48-72 ore) per i ricoverati		nn. Esami eseguiti entro 48-72 h.		100%		20	100%		20
Rete politrauma. Trasmissione img radiologiche al centro hub o CdC		Attivazione della modalità telematica		100%		20	100%		20
Scarico settimanale dei materiali di consumo propedeutico alla richiesta di ulteriore materiale	Farmacia Osp.	presenza dello scarico ogni settimana antecedente alla nuova richiesta		4 scarichi al mese		5	4 scarichi al mese		5
Tempestiva gestione di tutti i flussi informativi di pertinenza	SIFA			100%		5	100%		5
Rispetto degli obiettivi di volta in volta formulati dalla Direzione	Direzione Aziendale			100%		5	100%		5
						100			100

note:

a) Gli obiettivi indicati nella presente scheda sono assegnati ai fini della valutazione dei dirigenti ai sensi del CCNL e della normativa vigente

b) Gli obiettivi potranno essere rimodulati nel corso del periodo di riferimento

ASP Siracusa

Direttore Generale:

Scheda Obiettivi: anno 2016-2017

UOC DISTRETTO SANITARIO DI Augusta

Livello di assistenza:

Territoriale

OBIETTIVI	Fonte dei dati	Indicatori	consuntivo	Valore atteso	Valore raggiunto	PESO 2016	Valore atteso	Valore raggiunto	PESO 2017
			2015	31-12-2016	2016	31-12-2017	2017		
Incentivare la presa in carico per scompenso, BPCO e diabete.		nn. prese in carico / nn. dimissioni facilitate		100% delle dimissioni facilitate		15	100% delle dimissioni facilitate		15
Potenziamento Primo Ciclo Terapeutico	Farmacia	nn. Prescrizioni / I visite ambulatoriali		+ 5% del 2015		10	+ 5% del 2016		10
Implementazione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti.	PAC			100%		10	100%		10
Assicurare piena collaborazione per la realizzazione di tutte azioni previste al DA 19-11-2015		Indicatori del D.A.		100%		10	100%		10
Presa in carico in ambito territoriale del paziente >= 65 anni con frattura di femore attraverso procedure concordate e formalizzate per l'attivazione dei percorsi riabilitativi/assistenziali e di follow-up		nn. pz. Presi in carico / pz bosognevoli		100%		15	100%		15
Prescrizioni dematerializzate	SIFA	% di prescrizioni mensili effettuate con modalità dematerializzata		5		5	10		5
Monitoraggio trimestrale su adempimenti previsti dal piano triennale anticorruzione		produzione report: - attuazione misure trasversali - attuazione misure prevenzione specifiche		100%		5	100%		5
Scarico settimanale dei materiali di consumo propedeutico alla richiesta di ulteriore materiale	Farmacia	presenza dello scarico ogni settimana antecedente alla nuova richiesta		4 scarichi al mese		5	4 scarichi al mese		5
Sviluppo modelli Chronic Care Model	Referente PSN			50% entro 31/12/2016		5	31/03/2017		5
Tempestiva gestione di tutti i flussi informativi di pertinenza	SIFA			100%		10	100%		10
Rispetto degli obiettivi di volta in volta formulati dalla Direzione	Direzione Aziendale			100%		10	100%		10
						100			100

note:

a) Gli obiettivi indicati nella presente scheda sono assegnati ai fini della valutazione dei dirigenti ai sensi del CCNL e della normativa vigente

b) Gli obiettivi potranno essere rimodulati nel corso del periodo di riferimento

A.S.P. di Siracusa Commissario Dr. Salvatore Brugaletta		Scheda Obiettivi: anno 2016-2017 UOC TECNICO Direttore: Ing. Sebastiano Cantarella			
Livello di assistenza: Territoriale					
OBIETTIVI		indicatori			
	INDICATORI	CONSUNTIVO 2016	PESO	Valore atteso 31/12/2016	Valore raggiunto al 31/12/2017
	Definizione procedure PO FESR	Atti/adempimenti	20	100%	100%
	Completamento Accordi quadro	Atti/adempimenti	10	NO/SI	SI
	Sistema di gestione della sicurezza antincendio	Atti/adempimenti	30	100%	100%
	Azioni dirette e /o a supporto PAC	Atti/adempimenti	10	100%	100%
	Monitoraggio trimestrale adempimenti piano triennale anticorruzione	Atti/adempimenti	10	100%	100%
	Gestione di tutti i flussi informativi	Atti/adempimenti	10	100%	100%
	Obiettivi formulati dalla Direzione	Atti/adempimenti	10	100%	100%

Il Responsabile della U.O. ha declinato, con dei piani operativi, gli obiettivi al personale della propria struttura.

3.4 Obiettivi individuali

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- i responsabili di Unità Operativa Complessa hanno redatto, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, **“performance individuale”**;
- nei piani di lavoro annuale sono state esplicitate le iniziative che si intendevano avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità ha verificato il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;

I risultati della valutazione individuali sono i seguenti:

Dirigenza Medica:

all'interno del range di valutazione 96-100 si colloca il 76%

all'interno del range di valutazione 91-95 si colloca il 7%

all'interno del range di valutazione 86-90 si colloca l'11%

pertanto il 94% del personale appartenente alla dirigenza medica rientra in una valutazione compresa tra l'86 ed il 100.

Comparto:

all'interno del range di valutazione 96-100 si colloca il 78%

all'interno del range di valutazione 91-95 si colloca il 8%

all'interno del range di valutazione 86-90 si colloca il 8%

pertanto il 94% del personale appartenente alla dirigenza medica rientra in una valutazione compresa tra l'86 ed il 100.

SPTA:

all'interno del range di valutazione 96-100 si colloca il 76%

all'interno del range di valutazione 91-95 si colloca l'11%

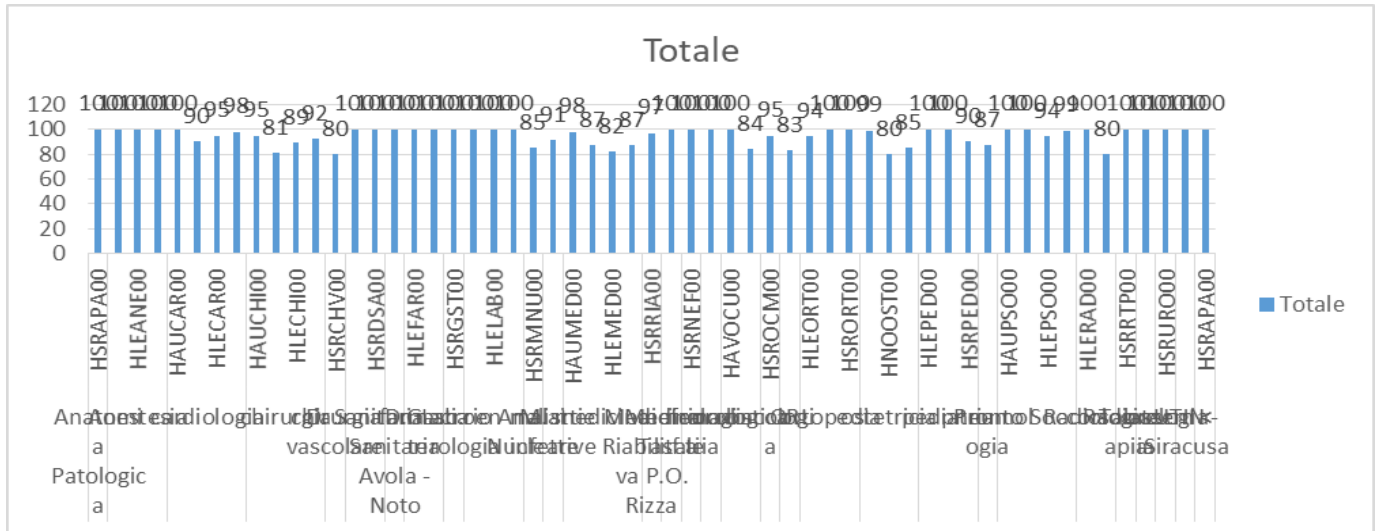
all'interno del range di valutazione 86-90 si colloca il 5%

pertanto il 92% del personale appartenente alla dirigenza medica rientra in una valutazione compresa tra l'86 ed il 100.

Risultati delle strutture:

le 14 strutture amministrative hanno conseguito il 100% del risultato

le strutture organizzative sanitarie hanno conseguito una valutazione:
 all'interno del range di valutazione 96-100 il 61%
 all'interno del range di valutazione 91-95 si colloca il 12%
 all'interno del range di valutazione 86-90 si colloca l'11%
 pertanto il 84% delle strutture organizzative sanitarie rientra in una valutazione compresa tra l'86 ed il 100. Nessuna unità è al di sotto della valutazione 80.



SCHEDA PRODUTTIVITA' COLLETTIVA/INDIVIDUALE DIRIGENZA

Centro di Responsabilità	
Dipendente:	
Profilo Professionale	
Categoria	
Fascia	

Valutatore 1° istanza	
Responsabile	

Importo assegnato al CdR:	€.....
---------------------------	--------

Periodo della valutazione	Dal	Al	
---------------------------	-----	----	--

Descrizione obiettivi concordati	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto	Punti
Totale raggiunto				100

Eventuali osservazioni del dirigente:

Breve relazione sintetica complessiva del Responsabile dell'unità operativa :

Firma del Dirigente

Firma del Responsabile

SCHEDA PRODUTTIVITA' COLLETTIVA/INDIVIDUALE COMPARTO

Centro di Responsabilità	
Dipendente:	
Profilo Professionale	
Categoria	
Fascia	

Valutatore 1° istanza	
Responsabile	

Importo assegnato al CdR:	€.....
---------------------------	--------

Periodo della valutazione	Dal	Al	
---------------------------	-----	----	--

Descrizione obiettivi concordati	Indicatore	valore atteso	valore raggiunto	Punti
Rispetto dell'orario di lavoro contrattuale annuale; (obbligatorio)	debito orario			20
Puntualità nell'osservanza dell'orario di servizio	N. anomalie timbrature			20
Utilizzo delle giornate di ferie nell'anno solare;	gg. congedo annuo ed eliminazione ferie anni prec.			20
Totale raggiunto				100

Eventuali osservazioni del dipendente/dirigente:

Breve relazione sintetica complessiva del Responsabile dell'unità operativa :

Firma del Dipendente/Dirigente

Firma del Responsabile

CAPITOLO 4

Risorse, efficienza ed economicità

Utilizzo delle risorse per le tre aree assistenziali

• Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	36.960
• Assistenza distrettuale	389.867
• Assistenza ospedaliera	292.785

Di seguito viene specificato l'utilizzo delle risorse su indicate:

Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / Insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								

Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Igiene e sanità pubblica	471	32		4	147	1.777	5	1	257	38	11	88	2.831
Igiene degli alimenti e della nutrizione	153	18		4	92	1.687	3	6	474	11	1	69	2.518
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	99	19	53	15	274	4.993	280	356	1.371	29	7	3.257	10.753
Sanità pubblica veterinaria	62	50	1.142	177	338	4.756	9	493	383	85	4	246	7.745
Attività di prevenzione rivolte alle persone	3.171	43		158	280	3.949	5	174	351	52	20	255	8.458
Servizio medico legale	175	13		709	146	2.422	4	86	972	14	2	112	4.655
Totale	4.131	175	1.195	1.067	1.277	19.584	306	1.116	3.808	229	45	4.027	36.960

Assistenza distrettuale

Guardia medica	164	21	5.792	1	31	106	14	1	1	33	7	25	6.196
Medicina generale	-	40	38.395	1.196	501	2.495	8	553	2.510	139	121	304	46.262
- Medicina generica	-	32	30.762	1.194	409	2.016	6	443	2.011	111	95	244	37.323
- Pediatria di libera scelta		8	7.633	2	92	479	2	110	499	28	26	60	8.939
Emergenza sanitaria territoriale	172	29	2.721	3	107	1.388	5	-	1	22	3	111	4.562
Assistenza farmaceutica	45.591	19	81.373	6	309	1.247	3	153	776	8	561	668	130.714
- erogata tramite le farmacie convenzionate		1	56.196	1	5	97	1	1	27	2	2	6	56.339
- altre forme di erogazione	45.591	18	25.177	5	304	1.150	2	152	749	6	559	662	74.375
Assistenza integrativa		3	10.571	1	52	218	1	27	135	2	90	89	11.189
Assistenza specialistica	11.095	249	53.475	514	3.424	22.780	63	1.992	3.645	3.522	107	1.929	102.795
- attività clinica	6.285	168	33.016	402	2.266	13.654	42	1.254	2.569	3.184	72	1.234	64.146

- attività di laboratorio	3.199	31	12.649	26	454	5.731	10	495	966	72	8	412	24.053
- attività di diagnostica strumentale e per immagini	1.611	50	7.810	86	704	3.395	11	243	110	266	27	283	14.596
Assistenza protesica	1	2	3.349	2	25	519		18	133	2	1	20	4.072
Assistenza ambulatoriale	2.038	133	17.502	38	6.239	16.393	25	2.265	1.401	647	42	853	47.576
- assistenza programmata a domicilio (ADI)	1	14	7.627	3	113	1.197	3	43	874	8	2	82	9.967
- assistenza alle donne, famiglia e coppie (consultori)	882	62	50	14	367	6.904	9	702	91	57	1	304	9.443
- assistenza psichiatrica	754	20	3	13	2.768	4.787	7	791	1	49	31	272	9.496
- assistenza riabilitativa ai disabili	72	7	9.822	2	2.865	1.330	2	94	357	520	1	78	15.150
- assistenza ai tossicodipendenti	329	30		6	126	2.175	4	635	78	13	7	117	3.520
- assistenza agli anziani													-
- assistenza ai malati terminali													-
- assistenza alle persone affette da HIV													-
Assistenza semiresidenziale	14	6	3.038	2	3.726	887	2	323	-	6	1	81	8.086
- assistenza psichiatrica	14	6		2	3.726	887	2	323		6	1	81	5.048
- assistenza riabilitativa ai disabili			2.868										2.868
- assistenza ai tossicodipendenti													-
- assistenza agli anziani			170										170
- assistenza alle persone affette da HIV													-
- assistenza ai malati terminali													-
Assistenza residenziale	892	17	15.606	4.719	3.846	2.457	5	420	78	59	6	197	28.302
- assistenza psichiatrica	714	5	7.154	2	3.369	664	2	181		6	3	75	12.175
- assistenza riabilitativa ai disabili			3.736										3.736
- assistenza ai tossicodipendenti			222										222
- assistenza agli anziani	127	5	4.222	4.715	283	1.027	1	30	78	40	2	55	10.585
- assistenza alle persone affette da HIV			255										255
- assistenza ai malati terminali	51	7	17	2	194	766	2	209		13	1	67	1.329
Assistenza idrotermale			113										113
Totale	59.967	519	231.935	6.482	18.260	48.490	126	5.752	8.680	4.440	939	4.277	389.867

Assistenza ospedaliera

Attività di pronto soccorso	2.523	337	25	200	1.853	12.646	30	1.537	217	692	61	902	21.023
Ass. ospedaliera per acuti	23.421	937	95.112	2.682	21.752	82.026	274	5.274	3.391	7.963	506	6.289	249.627
- in day hospital e day surgery	3.088	111	10.393	310	2.549	9.603	32	619	396	942	89	707	28.839
- in degenza ordinaria	20.333	826	84.719	2.372	19.203	72.423	242	4.655	2.995	7.021	417	5.582	220.788
Interventi ospedalieri a domicilio	-												-
Ass. ospedaliera per lungodegenti	107	5	141	8	72	506	1	14	9	23	3	34	923
Ass. ospedaliera per riabilitazione	355	21	11.279	36	389	3.174	8	280	40	142	11	211	15.946
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.561	24	117	9	138	2.933	4	76	138	103	12	151	5.266
Trapianto organi e tessuti													-
Totale	27.967	1.324	106.674	2.935	24.204	101.285	317	7.181	3.795	8.923	593	7.587	292.785

Totale	92.066	2.018	339.804	10.484	43.741	169.359	749	14.049	16.283	13.592	1.577	15.891	719.613
---------------	---------------	--------------	----------------	---------------	---------------	----------------	------------	---------------	---------------	---------------	--------------	---------------	----------------

Risorse assegnate ed utilizzate.

Dati economici tratti dal Conto Economico

Per quanto riguarda i dati economici si evidenzia il prospetto di raffronto tra il conto economico previsionale e quello consuntivo alla data del 31/12/2017

VOCE MODELLO CE	BUDGET 2017	CONSUNTIVO 2017	SCOSTAMENTI
A.1) Contributi in c/esercizio	648.810	668.298	19.498
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.275	-5.841	-1.434
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.920	2.045	-875
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	35.897	34.594	-1.303
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	9.610	8.402	-1.208
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.525	2.568	43
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	10.962	9.064	-1.898
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	388	421	33
Totale valore della produzione (A)	703.837	719.551	15.714
B.1) Acquisti di beni	95.193	95.760	567
B.2) Acquisti di servizi	376.860	382.060	5.200
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	8.153	9.033	880
B.4) Godimento di beni di terzi	2.894	4.008	1.114
Totale Costo del personale	189.540	186.232	-3.308
B.5) Personale del ruolo sanitario	159.927	157.331	-2.596
B.6) Personale del ruolo professionale	634	714	80
B.7) Personale del ruolo tecnico	13.312	13.083	-229
B.8) Personale del ruolo amministrativo	15.667	15.104	563
B.9) Oneri diversi di gestione	2.510	3.485	975
Totale Ammortamenti	11.467	13.592	2.125
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	243	375	132
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	11.224	13.217	1.993
B.12) Ammortamento dei fabbricati	6.245	6.267	22
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.979	6.950	1.971
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	1.032	1.032
B.15) Variazione delle rimanenze	-3.563	-1.676	1.887
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	3.921	11.782	7.861
Totale costi della produzione (B)	686.975	705.308	18.333
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-1.815	-782	1033
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-824	870	1.694
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.223	14.331	108
Y.1) IRAP	13.796	13.479	-317
Y.2) IRES	427	448	21
Totale imposte e tasse	14.223	13.927	-296
RISULTATO DI ESERCIZIO	0	404	404

L'analisi dei dati economici evidenzia un risultato di esercizio in miglioramento rispetto al dato previsionale.

Per quanto riguarda il “valore della produzione” si evidenzia che i principali scostamenti rilevati rispetto al previsionale vengono di seguito elencati in dettaglio:

1) Contributi in c/esercizio: presenta un incremento di €/mgl 404 derivante principalmente: in quanto per la stima del bilancio di previsione è stato considerato l’assegnazione dell’anno 2017.

Analisi Conto Consuntivo 2017

Principali scostamenti tra il modello CE 4° trimestre 2017, il previsionale 2017 e consuntivo 2016

A) VALORE DELLA PRODUZIONE:

Voce A.1) Contributi in c/esercizio

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
660.114	648.810	652.990	11.304	7.124

Lo scostamento, rispetto al consuntivo, deriva dalla maggiore assegnazione di F.S. negoziata per l'anno 2017. Si precisa inoltre che si è provveduto a modificare, rispetto al negoziato, l'importo dell'incentivazione corrisposta al personale dipendente su mezzi SEUS 118 che da €/mgl 1.524 è stato ridotto a € /mgl 1502.

Voce A.3)

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contr. vincolati di esercizi precedenti

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
1.511	2.920	5.195	- 1409	- 3684

L'importo si riferisce all'utilizzo dei finanziamenti vincolati relativi agli anni precedenti per acquisti di beni e servizi effettuati nel 2017 di cui ai prospetti di verifica allegati al modello CE.

Voce A.5.) Concorsi, recuperi e rimborsi

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
8.877	9.610	9.182	- 733	- 305

Lo scostamento, rispetto al consuntivo, deriva dalla minore contabilizzazione dell'ulteriore quota pay-back 2017.

B) COSTI DELLA PRODUZIONE

B.1) Acquisti di beni

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
97.352	95.193	92.173	2.159	5.179

Beni sanitari:

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
95.532	93.601	90.605	1.931	4.877

Lo scostamento tra il modello CE 4 trimestre 2017 ed il consuntivo 2016, è determinato dagli incrementi negli acquisti dei farmaci ad alto costo destinati a pazienti con patologie specifiche arruolati nel 2017 ed in particolare:

- Pazienti affetti da fibrosi_ polmonare idiopatica provenienti dai Centri di Riferimento Nazionale e Regionale con prescrizione e piano terapeutico del principio attivo PIRFENIDONE;
- N. 10 pazienti con codice malattia rara RCG130 per la cui cura esiste un solo farmaco, regolarmente autorizzato dall' AIFA, principio attivo TAFAMIDIS che ha generato un costo mensile di circa €/mgl 112.

Inoltre si continua a garantire l'assistenza al paziente affetto da Emofilia con un costo mensile di circa €/mgl 120 ed a quattro pazienti che, a seguito di sentenza emessa dal Tribunale di Siracusa, hanno avuto riconosciuto il diritto alla fornitura dei farmaci della multiterapia Di Bella. Sono in continuo aumento i pazienti affetti da sclerosi multipla seguiti dalla U.O. Neurologia del P.O. di Augusta a seguito dell'inserimento della stessa nella rete regionale.

L'incremento rilevato nella voce BA0220 "Dispositivi Medici" deriva principalmente dai maggiori costi registrati nel conto "dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi". Detti maggiori costi sono da attribuire sia alla struttura di Emodinamica, unica in tutta la provincia, che ai reparti di ortopedia dei PP.OO. di Noto e Lentini.

Con riferimento ai farmaci antivirali diretti per Epatite C necessari al trattamento con terapie innovative dei pazienti inseriti nella rete regionale si fornisce il dettaglio richiesto:

Costo annuo previsto per il 2017	Costo esposto nel modello CE al 31/12/2017	Valore contabilizzato in Coge al 31/12/2017	Valore ordini emessi al 31/12/2017	Valore merce ricevuta al 31/12/2017	Valore fatturato Iva inclusa	Valore note di credito Iva inclusa
8.800.000	8.59.727 57	8.359.727	9.062 465	8.359.727	8.359.727	6.305.847

B.2)

Acquisti di servizi

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
382.717	376.860	378.372	5.857	3.955

Si evidenziano di seguito i servizi sanitari che presentano un maggior scostamento.
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
56.251	59.298	59.103	- 3.047	- 2.852

La voce B.2.A.2.) "Acquisti di servizi sanitari per farmaceutica" presenta un netto decremento per effetto dei controlli effettuati sull'appropriatezza prescrittiva.

B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio Sanitarie a rilevanza sanitaria

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
14.237	11.876	12.837	2.361	1.400

La voce B.2.A.12) "Acquisto prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria" presenta un incremento di costi di €/mgl 1.400, rispetto al consuntivo 2016, derivante principalmente dai costi per contributi erogati in favore dei disabili gravissimi.

B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
1.751	1.172	2.067	579	- 316

La voce B.2.A.14) "Rimborsi, assegni e contributi sanitari" presenta un decremento di costi di €/mgl 316 rispetto al consuntivo 2016, derivante dalla mancata contabilizzazione delle indennità talassemici ed hanseniani relative al secondo semestre 2017.

2.B.1 Servizi non sanitari

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
30.441	27.845	28.856	2.596	1.585

Lo scostamento rispetto al consuntivo deriva principalmente dai nuovi costi per servizio di tesoreria sulla base delle condizioni applicate in virtù della nuova gara.. Un ulteriore scostamento pari a circa €/mgl 810 deriva dall'incremento dei servizi di ausiliario a causa della mancata sostituzione del personale in pensione.

B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
9.554	8.153	8.985	1.401	569

Lo scostamento, rispetto al consuntivo 2016, deriva, principalmente, dall'incremento dei costi per manutenzione attrezzature sanitarie.

B.4) Godimento beni di terzi

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
3.934	2.894	3.057	1.040	877

Lo scostamento deriva dall'incremento dei canoni di noleggio dei microinfusori e dei ventilatori polmonari per effetto della nuova gara, nonché dalla differente contabilizzazione degli stessi da "attrezzature di riabilitazione in comodato" a "canone di noleggio area sanitaria" e dalla stipula di nuovi canoni di noleggio di autovetture e fotocopiatori.

COSTO DEL PERSONALE

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
186.116	189.540	186.038	- 3.424	78

I fondi contrattuali considerati nel costo del personale 2017 sono stati rideterminati con riferimento al trattamento accessorio, in virtù dell'art.1 comma 456 della Legge 147/2013, per cui la situazione al 31/12/2014 ha assunto valore di consolidamento storico dei fondi contrattuali al netto delle poste che non hanno carattere di stabilità e ricorrenza.

Ai sensi e per gli effetti della Legge di stabilità non sono stati considerati incrementi derivanti dall'applicazione di futuri CCNL rispetto al costo rilevato al 31/12/2014.

Lo scostamento, rispetto alla proiezione lineare, deriva dal passaggio di personale del ruolo sanitario da tempo determinato a tempo indeterminato, nonché dall'assunzione, a tempo determinato, di n. 8 dirigenti amministrativi di cui 6 già collaboratori amministrativi di ruolo e n.2 nuova assunzione.

B.15) Variazione delle rimanenze

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
- 1.676	- 3.563	- 509	- 1.877	- 1.166

La contabilizzazione delle rimanenze di magazzino e di reparto è stata effettuata sulla base del costo medio ponderato annuale.

B.16) Accantonamenti dell'esercizio:

CE IV Trimestre 2017	Previsionale 2017	Consuntivo 2016	Scostamenti Previsionale 2017	Scostamenti Consuntivo 2016
4.310	3.921	6.980	389	- 2.670

Sono stati effettuati accantonamenti delle seguenti voci di costo: €/mgl 1.050 per "cause civili ed oneri processuali" sulla base di una stima della competente U.O., €/mgl 1.950 per "copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)", €/mgl 200 quale accantonamento "fondo per oneri personale dipendente in quiescenza", €/mgl 200 per "contenzioso personale dipendente", €/mgl 150 per "interessi moratori", €/mgl 200 per "adeguamento prezzi", medici SUMAI, €/mgl 20 contributi da privati non ancora utilizzati, €/mgl 110 contributi per disabili gravissimi non ancora pagati al 31/12/2017; quota 5% ALPI a destinazione vincolata €/mgl 74.

E.1.B " Altri proventi straordinari"

Le "sopravvenienze attive v/terzi relative al personale" per €/mgl 16 riguardano il rimborso di oneri previdenziali €/mgl 1 ed €/mgl 15 per recupero spese legali ed interessi relativi ad anni precedenti; "sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi" €/mgl 14 per revisione ricette DPC nei confronti delle farmacie convenzionate; le "sopravvenienze attive V/aziende sanitarie della Regione" €/mgl 10 per cessione organi anno 2016, "Altre sopravvenienze attive v/terzi" €/mgl 151 sono relative a prestazioni sanitarie contestate anno 2015, €/mgl 12 quote per visite fiscali anno 2015 a dipendenti Regionali ed Enti Regionali vigilati, €/mgl 4 contributo per indennità TBC, €/mgl 16 cessione organi anno 2016, €/mgl 16 rimborso interessi da parte Unicredit a seguito di sentenza della Corte dei Conti, €/mgl 16 per prestazioni di riabilitazione anni precedenti, €/mgl 2 rimborso tari anno 2016, €/mgl 18 rimborso accise, €/mgl 1 recupero spese legali.

Le "insussistenze attive v/terzi per l'acquisto di beni e servizi" pari ad €/mgl 4.061 scaturiscono da N.C. relative a fatture di esercizi precedenti di cui una parte si riferisce a farmaci per epatite C.

Le "insussistenze attive v/terzi relative alle conv. per la specialistica" €/mgl 172 si riferiscono ad allineamenti di saldi contabili.

Le "Altre insussistenze attive v/terzi" per €/mgl 86 si riferiscono a storni di interessi moratori anni precedenti.

E.2.B " Altri oneri straordinari"

Le "sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi" pari a €/mgl 1.462 sono rappresentate principalmente da fatture per acquisti di beni sanitari e non, e prestazioni di servizi relativi ad anni precedenti; le "altre sopravvenienze passive v/terzi" si riferiscono a compensi 2016 Veterinari per €/mgl 14, rimborso spese sanitarie anno 2016 per €/mgl 3, €/mgl 4 indennità TBC, €/mgl 12 maggiore imposta IRES, €/mgl 6 quote condominiali anni precedenti, €/mgl 1 per allineamento saldi contabili, €/mgl 1 sacche di sangue, €/mgl 21 sorte capitale ed interessi anni precedenti; €/mgl 1 assistenza integrativa;

le "insussistenze passive v/terzi relative al personale" pari a €/mgl 12 si riferiscono a sistemazioni contabili per allineamento saldi;

le "insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi" per €/mgl 1 si riferiscono a storno di n.c. anni precedenti;

le "altre insussistenze passive v/terzi per €/mgl 23 si riferiscono a note credito emesse per storni fatture anno 2015/2016 e per €/mgl 9 ad allineamenti saldi contabili, €/mgl 3 minore riscossione contributi contrattisti anno 2015 e €/mgl 3 minore riscossione oneri stipendiali 2014 personale comandato.

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.) *Stato di implementazione.*

Il Percorso di attuazione dei PAC, previsto dalla legge Delega 266/2005 e dai successivi decreti attuativi è stato recepito a livello regionale con più Decreti e da ultimo con il D.A. 1559 del 05/09/2016 che ha fissato la tempistica di attuazione dei vari obiettivi e per l'implementazione delle relative azioni.

*Il **PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA'** per gli anni 2016 e 2017 è stato inserito dalla Regione Sicilia tra gli Obiettivi dei Direttori Generali.*

Di seguito si rappresenta, in modo sintetico, il percorso seguito da questa Azienda per il raggiungimento degli obiettivi fissati dal sopracitato D.A. n. 1559 del 05/09/2016:

ANNO 2016

- *Entro il termine del 30/11/2016, questa Azienda ha provveduto alla pubblicazione sul sito internet aziendale - www.asp.sr.it - sezione Amministrazione Trasparente - sottosezione Altri Contenuti – PAC delle schede di report con le informazioni di cui alla nota assessoriale prot. n. 75848 del 23/09/2016 e relative allo stato di avanzamento del PAC;*
- *Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1083 del 14/12/2016, in riferimento **all'Area delle Rimanenze**, è stata approvata la nuova procedura aziendale “**Ciclo Rimanenze di Magazzino**” redatta secondo gli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla normativa PAC;*
- *Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1090 del 20/12/2016, è stato preso atto della avvenuta pubblicazione sul sito Web aziendale, entro il termine del 30/11/2016, dello stato di avanzamento del PAC con le informazioni previste nelle schede di report di cui alla citata nota assessoriale 75848 del 23/09/2016;*
- *Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1154 del 28/12/2016 questa Azienda ha provveduto alla nomina del referente ed alle determinazioni in ordine alla funzione d'Internal Audit;*
- *Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1159 del 30/12/2016, è stato preso atto del pieno conseguimento ed implementazione degli obiettivi PAC relativi alle aree Generale, Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto.*

ANNO 2016

Per l'anno 2017 si rappresenta che, ai sensi del D.A. n. 1559 del 05/09/2016, le Aree d'implementazione previste erano le seguenti:

1. Area Crediti e Ricavi;
2. Area delle Disponibilità Liquide;
3. Area Debiti e Costi.

La data massima ammessa dalla Regione Siciliana, per l'implementazione di tutte le Azioni previste era stata fissata dal citato D.A. 1559 al 30/10/2017.

Premesso quanto sopra si evidenzia che:

- con Delibera n. 366 del 14/04/2017 è stata approvata la nuova procedura aziendale “Ciclo Immobilizzazioni e Patrimonio Netto”, in sostituzione di quella precedentemente in uso in quanto non rispondente ai dettami del PAC
- in attuazione dell'Obiettivo I5 del PAC - Area Debiti e Costi – con Delibera n. 687 del 29/06/2017 sono state adottate le procedure amministrative giuridico contabili afferenti il

Trattamento giuridico ed economico del personale dipendente e con Delibera del Commissario n. 98 del 22/09/2017 sono state adottate le procedure amministrative giuridico contabili relative alla gestione dei rapporti di lavoro dei medici della medicina convenzionata (MMG – PLS ecc.)

- in attuazione degli Obiettivi da F1 ad F6 – Azioni F1.1 – F6.3 del PAC – Area Crediti e Ricavi - con Delibera del Commissario n. 61 del 08/09/2017 è stata approvata la nuova procedura aziendale “CicloCrediti e Ricavi”;
- in attuazione degli Obiettivi da I1a I8 – Azioni I1.1 - I8.5 del PAC – Area Debiti e Costi - con Delibera del Commissario n. 236 del 27/10/2017 è stata approvata la Procedura Aziendale “Ciclo Debitie Costi
- in attuazione degli Obiettivi da G1 a G5 – Azioni G1.1 - G5.5 del PAC – Area Disponibilità Liquide - con Delibera del Commissario n. 237 del 27/10//2017 è stata approvata la Procedura Aziendale “CicloDisponibilità Liquide”;

Si rappresenta, infine, che con Delibera del Commissario n. 279 del 10/11/2017 è stato preso atto del pieno conseguimento ed implementazione presso questa Azienda degli obiettivi PAC relativi alle aree “Crediti e Ricavi”, “Disponibilità Liquide” e “Debiti e Costi”.

Tutte le procedure adottate sono state redatte secondo gli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla vigente normativa PAC.

Si rappresenta, inoltre, che, al fine di rendere tracciabile e trasparente il percorso compiuto da questa Azienda per il raggiungimento degli Obiettivi PAC, tutte le Delibere, le Procedure e tutti gli atti relativi al PAC, come prescritto dalle vigenti disposizioni normative, sono stati pubblicati sul sito web aziendale nella sezione: Amministrazione Trasparente – sottosezione: Altri contenuti – PAC.

Infine si rappresenta che nel corso del corrente anno, facendo seguito ad alcuni rilievi ed osservazioni dell’Internal Audit, si sta operando per rettificare o precisare alcuni punti delle Procedure adottate al fine di rendere sempre più PAC compliance l’azione amministrativa di questa Azienda.

INTERNAL AUDIT

Rendiconto attività 2017.

Come noto, la individuazione del referente della funzione di internal audit è avvenuta nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità di cui al D.A. n. 1559 del 5-9-2016 che nell'ambito dell'“Area Generale” del Percorso Attuativo della Certificabilità, all'obiettivo A1) “Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio” ha previsto l'azione A1.7 “Istituzione di una funzione di internal audit indipendente ed obiettivo, finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale.

Con riguardo specifico alla Azienda , la funzione di Internal Audit era già prevista dall'Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 301 dell'11-4-2016 ed inserita nell'ambito della UOS Pianificazione in Staff della Direzione aziendale.

Con successivo atto deliberativo n. 1154 del 28-12-2016, pertanto, è stato individuato quale referente per la funzione di Internal Audit.

Nel corso del 2017, conseguentemente, è stata avviata una prima implementazione dei processi di internal auditing per come di seguito rappresentato.

Rendiconto

L'attività di verifica di internal audit ha riguardato prevalentemente lo stato di attuazione del PAC completato ed integrato dagli interventi previsti dal Piano di Audit 2017

Stato attuazione P.A.C.

Sulla base di specifica griglia di rilevazione predisposta dall'Assessorato della Salute la funzione di Internal Audit è stata investita del compito di verificare

- A) Applicazione delle procedure P.A.C. per le aree definite al 30-11-2016 relativamente alle azioni previste per le aree:

Area generale

Immobilizzazioni

Rimanenze

Patrimonio netto

- B) Completamento delle azioni P.A.C. entro il 30-10-2017 come da D.A. n. 1559 nelle Aree:

Crediti e ricavi:

Disponibilità Liquide

Debiti e Costi

Verifica A): Stato attuazione P.A.C. al 30-11-2016

La verifica al punto a) è stata effettuata alla data del 20-6-2017 e completata con successivo follow-up alla data del 20-11-2017 come da griglie che seguono.

Audit al 20-6-2017

Per ciascuna azione delle Aree PAC oggetto di verifica sono state indicate le strutture organizzative destinatarie della procedura oggetto di verifica in quanto competenti in via esclusiva alla applicazione della procedura o perché coinvolte in una o più fasi della procedura medesima (Ciclo rimanenze, immobilizzazioni) attraverso la somministrazione di griglie di rilevazione in cui sono state indicate le azioni previste nelle procedure o fasi di procedure di competenza della U.O. con associati gli adempimenti. L'attività di audit è stata condotta anche attraverso colloqui interlocutori con i responsabili delle strutture al fine di chiarire contenuti, scopi e modalità della rilevazione delle informazioni nonché verifiche documentali e riscontri sul sito web aziendale.

Le suddette verifiche hanno consentito di rilevare che le procedure definite ed approvate al 30-11-2016, alla data di effettuazione degli audit, in alcuni casi non presentavano particolari criticità in quanto, pur adottate ex novo, formalizzavano prassi consolidate, mentre in altri casi (specie nell'area rimanenze ed immobilizzazioni) intervenivano modificando ed innovando precedenti procedimenti con le ovvie problematiche di adeguamento gestionale, organizzativo e tecnologico; l'attuazione delle procedure, infine, presentava maggiori complessità laddove prevedevano gli interventi di un numero consistente di diverse UU.OO. ciascuna delle quali responsabile in diverse fasi.

Area	Adorni	Descrizione	A - Struttura competente	B - Data di svolgimento della rilevazione (gg/mm/aaaa)	C - % di estensione della rilevazione	D - Procedure e modalità seguite per la rilevazione	E - Stato di applicazione			F - Criticità
							Verifica con esito positivo	Verifica con esito negativo	Verifica con riserva	
AREA GENERALE										
A1	A1.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio".	A) Distretti B) UU.OO.CC. Sanitarie: Medicina legale e Fiscale/Riabilitativa/Materno Infantile/Cure Primarie/Ospedalità/Gestione Farmaci/Farmacia D.O. SR I/Farmacia D.O. SR2/ Vet ex Area A/Vet ex Area B/Vet ex Area C/SIAN/SEMP/SIAVEL; c) UU.OO.CC. PTA: Provveditorato/Tecnico/Gest Ris Umane/Econ Patr/AFFa Gen/ SIFA Edg/ Dir Ammve PP.OO. aziendali	06/06/2017 nota prot. n. 1041		Questionario	X			
A2	A2.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto A2.1 "Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità."	SIFA e Controllo di Gestione	06/06/2017 nota prot. n. 1042		Questionario	X			
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto A2.4 "Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'utilizzo dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione."	SIFA e Controllo di Gestione	06/06/2017 nota prot. n. 1042		Questionario	X			
A3	A3.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto A3.3 "Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo."	SIFA e Controllo di Gestione	06/06/2017 nota prot. n. 1043		Questionario	X			
A4	A4.1	Adozione di un funzionigramma aziendale per la definizione chiara e formalizzata del contenuto di funzioni, ruoli e responsabilità coerenti con i limiti di autorità assegnati a livello di unità organizzativa aziendale.	Responsabile Trasparenza	06/06/2017 nota prot. n. 1044		Questionario	X			
A4	A4.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata "Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale."	SIFA e Controllo di Gestione	13-6-2017 nota 18/A.		Questionario	X			
A5	A5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito ad: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità."	Segreteria Direzione Generale	06/06/2017 nota prot. n. 1046		Questionario	X			

AREA IMMOBILIZZAZIONI									
D1	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	Internal Audit	Piano Audit 2017				X	
D2	D2.4	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1	Economico Patrimoniale		06/06/2017 nota prot. n. 1047		Questionario	X	
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	Economico Patrimoniale		06/06/2017 nota prot. n. 1047		Questionario	X	
D3	D3.3	Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.	Economico Patrimoniale				Questionario		X Il regolamento per l'accesso ai locali aziendali da parte di terzi è stato approvato, pubblicato e notificato. Verranno avviate verifiche in sede di prima applicazione. La criticità riguarda principalmente le strutture non dotate di servizio di vigilanza esternalizzato
	D3.4	Verifica di congruità delle eventuali polizze di assicurazione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i cespiti sono soggetti che tengano conto del valore correnti degli stessi.	Affari Generali		06/06/2017 nota prot. n. 1048		Questionario	X	
	D3.5	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	Internal Audit	Piano Audit 2017				X	
D4	D4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Tale procedura dovrebbe essere discussa e definita all'interno di un processo di programmazione investimenti che coinvolga comitati tecnici per valutazioni di necessità, opportunità e convenienza."	Provveditorato Tecnico SIFA-CdG Economico Patrimoniale		06/06/2017 nota prot. n. 1049		Questionario	X	
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti."	Provveditorato Tecnico SIFA-CdG Economico Patrimoniale		06/06/2017 nota prot. n. 1049		Questionario	X	
D5	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.	Economico Patrimoniale		06/06/2017 nota prot. n. 1047		Questionario	X	
D6	D6.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini)	Internal Audit	Piano Audit 2017				X	
D7	D7.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al Punto D7.2 "Predisposizione di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento. Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa."	Economico Patrimoniale		06/06/2017 nota prot. n. 1047		Questionario	X	

AREA RIMANENZE												
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al Punto E1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario."	A) UU.OO. Ospedaliere Distretti Dipartimento salute mentale SERT B) Provveditorato Direzioni Amm.ve ospedaliere C) Farmacie ospedaliere e territoriali D) Economico Patrimoniale E) SIFA-CdG	A) 6-6-2017 nota 1050 B) 6-6-2017 nota 1051 C) 6-6-2017 nota 1052 D) 6-6-2017 nota 1053 E) 6-6-2017 nota 1054			Questionario				X	La procedura è inserita nel "Ciclo rimanenze di magazzino" adottata con deliberazione n. 1083 del 14-12-2017. Le criticità riguardano in particolare la "procedura inventari fisici rimanenze di beni presso magazzini di reparto dipartimento, distretto" applicata nell'area sanitaria territoriale e dei Distretti Ospedaliere in cui si è rilevato un disallineamento rispetto alle corrispondenti procedure riguardanti i magazzini farmaceutici ed economali. Trattandosi di procedura in fase di prima applicazione, i dati rilevati inducono ad avviare una fase di intensificazione delle attività informative e formative cui affiancare iniziative volte a realizzare interventi strutturali di natura organizzativa e tecnologica
		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al Punto E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)."	Farmacie Ospedaliere e territoriali	6-6-2017 nota 1052			Questionario	X				
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al Punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti) c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa."	UU.OO. Ospedaliere Distretti Dipartimento salute mentale SERT Farmacie ospedaliere e territoriali SIFA-CdG SIAN SIAP Laboratorio sanità Pubblica Provveditorato Direzioni Amm.ve ospedaliere	6-6-2017 nota 1056			Questionario				X	La procedura è inserita nel "Ciclo rimanenze di magazzino" adottata con deliberazione n. 1083 del 14-12-2017. Per le criticità rilevate valgono le stesse considerazioni espresse al punto E.1.9 con la precisazione che il disallineamento è marcato nell'area sanitaria territoriale. Anche in questo caso trattandosi di procedura in fase di prima applicazione, i dati rilevati inducono ad avviare iniziative che andranno di pari passo con quelle indicate al punto E.1.9: intensificazione delle attività informative e formative e iniziative volte a realizzare interventi strutturali di natura organizzativa e tecnologica
		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al Punto E3.1: "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)."	SIFA-CdG	6-6-2017 nota 1054			Questionario	X				
E3	E3.7	al Punto E3.2: "Laddove i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la variazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla variazione delle rimanenze da dati contabili (CE)." al Punto E3.3: "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti." al Punto E3.5: "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiofarmaco) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i prelievi di materie prime ed i carichi di semilavorati e/o prodotti finiti."	SIFA-CdG	6-6-2017 nota 1054			Questionario	X				
		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai Punti E3.1: "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute."	SIFA-CdG	6-6-2017 nota 1054			Questionario	X				
E5	E5.4	Punto E5.2: "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze."					Questionario		X			La procedura "Ciclo rimanenze Magazzino" non contiene una specifica prescrizione sul punto in quanto la sua trattazione è stata rimandata alla procedura ciclo acquisti

AREA PATRIMONIO NETTO												
H1	H1.3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al Punto H1.1 "Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto, quali ad esempio: modifiche del fondo di dotazione, ripiani perdite, movimenti per i cespiti acquistati con contributi in conto capitale e relative sterilizzazioni, distribuzione di eventuali utili ecc. Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa."	Economico Patrimoniale	6-6-2017 nota 1055			Questionario		X			
H3	H3.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al Punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento."	Economico Patrimoniale	6-6-2017 nota 1055			Questionario		X			
H3	H4.3	"Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono."	Economico Patrimoniale	6-6-2017 nota 1055			Questionario		X			

Follow up al 20-11-2017

Ha riguardato le verifiche espresse con riserva al 20-6-2017 per le quali sono indicate all'Assessorato e azioni dell'Internal Audit e dell'Azienda

Area Immobilizzazioni Azione D 3.3

A) Azione Internal Audit

La verifica al 20 giugno riguardava l'applicazione del regolamento per l'accesso ai locali aziendali approvato con deliberazione n. 1033 del 30-11-2016 comunicato alle strutture aziendali con nota prot. n. 3591 dell'1-6-2017 a cura della UOS Patrimonio.

La criticità rilevata derivava dalla mancata e/o parziale presenza di sistemi di controllo sugli accessi ai locali aziendali.

Attesa la suddetta criticità, la conseguente verifica è stata inserita tra le azioni di intervento di cui al Piano Audit per l'anno 2017, effettuato per come descritto nel paragrafo "Piano Audit 2017).

B) Azione Azienda

L'Azienda ha previsto:

-interventi di natura tecnologica volti a rafforzare la dotazione dei sistemi di video sorveglianza, sia perimetrale che interna, con priorità per quelle strutture aziendali che si sono dimostrate obiettivi sensibili ad effrazioni.

-azione di informazione/formazione per la più efficiente applicazione del regolamento.

Sempre nell'ambito della Area Immobilizzazione, con riguardo specifico alla consistenza dei beni, l'azienda ha avviato:

a) Controlli fisici su UU.OO. ospedaliere a campione a cura del referente inventario di Presidio, finalizzata alla verifica della corrispondenza tra beni, loro inventariazione e coerenza con il libro inventario e con quello tenuto ed aggiornato dall'Ingegneria Clinica;

b) Verifica straordinaria dei cespiti presso un P.O. aziendale;

c) Attività formativa e di affiancamento on side della nuova procedura di cespiti.

Area Rimanenze

A) Azione Internal Audit

Azione E 1.9

La riserva espressa derivava principalmente dal parziale riscontro delle strutture interessate al questionario a suo tempo inviato finalizzato a verificare l'applicazione della procedura.

Attesa la suddetta criticità, la conseguente verifica è stata inserita tra le azioni di intervento di cui al Piano Audit per l'anno 2017, segnata al codice A 6.17.

Entro il corrente anno, pertanto, verrà effettuato il corrispondente Audit.

Azione E 2.6

Le criticità riscontrate nella verifica al 20 giugno riguardanti l'area territoriale, derivavano principalmente dalla presenza nelle strutture territoriali (ambulatori) di magazzini solo fisici di consistenza certamente più ridimensionata rispetto ai corrispondenti magazzini ospedalieri, farmaceutici ed economici, peraltro già informatizzati, si è inoltre registrata la mancata redazione delle schede di rischio e di logistica previste in procedura.

La verifica di che trattasi, conseguentemente, è comunque prevista nell'ambito del Piano Audit al punto A 7.17.

B) Azione azienda

A fronte di quanto rilevato, l'Azienda ha comunque intrapreso delle iniziative concernenti:

a) Rinnovata mappatura di tutti i magazzini distinguendo, in particolare, quelli solo fisici da quelli anche informatizzati e verifica della loro coincidenza con quelli previsti in procedura; a tale scopo è stato rinnovato l'invito alla redazione delle relative schede di rischio inerente e di logistica (note prot. 6763 del 7-11-2017 e prot. n. 6780 del 7-11-2017) disponendone la archiviazione presso ciascun magazzino ed il loro invio al referente PAC;

- b) Formulazione di specifica direttiva a tutti i responsabili di farmacie, reparti e magazzini economici in ordine all'avvio della procedura di inventario fisico dei beni di consumo secondo le scadenze previste nella richiamata procedura (note prot. n. 6925 del 13-11-2017 e prot. n. 6925 del 13-11-2017 e successive integrazioni prot. n. 7022 del 17-11-2017 e prot. n.7023 del 17-11-2017); la direttiva ha inteso evidenziare la obbligatorietà del rispetto della tempistica prevista dalla procedura.
- c) Valutazione in ordine ad una eventuale revisione dei magazzini attraverso accorpamenti e/o altro;
- d) Estensione della procedura informatizzata di carico e scarico magazzino previa formazione;
- e) Programma di formazione continua sulla procedura "Ciclo rimanenze magazzino".

Verifica B): definizione P.A.C. al 30-11-2017

La verifica al punto b) è stata effettuata alla data del 31-12-2017.

Le verifiche hanno riguardato le procedure definite ed approvate al 30-10-2017 e non entrate pienamente a regime. Esse ,pertanto, alla data di effettuazione degli audit, sono risultate attuate in fase di prima applicazione

Anche per questo secondo gruppo di procedure si è rilevato che in alcuni casi non erano presenti particolari criticità in quanto, pur adottate ex novo, le procedure in esame formalizzavano prassi consolidate, mentre in altri casi (specie nell'area rimanenze ed immobilizzazioni) intervenivano modificando ed innovando precedenti procedimenti con le ovvie problematiche di adeguamento gestionale, organizzativo e tecnologico; l'attuazione delle procedure, infine, presentava maggiori complessità laddove prevedevano gli interventi di un numero consistente di diverse UU.OO. ciascuna delle quali responsabile in diverse fasi.

Area	Azioni	Descrizione	A - Struttura competente	B - Data di svolgimento della rilevazione (gg/mm/aaaa)	C - % di estensione della rilevazione	D - Procedure e modalità seguite per la rilevazione	E - Stato di applicazione			F - Criticità
							Verifica con esito positivo	Verifica con esito negativo	Verifica con riserva	
AREA CREDITI E RICAVI										
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F1.2, F1.4, F1.6 e F1.8	Economico Patrimoniale	nota 8/A del 15-1-2018		Questionario	X			
F4	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1, F4.2, F4.3 e F4.4	A)Gestione Risorse Umane B)Provveditorato C)Tecnico D)CUP	A) nota 10/A del 15-1-2018 B) nota 11/A del 15-1-2018 C) nota 2/A del 15-1-2018 D) nota 9/A del 15-1-2018		Questionario			X	L'articolazione delle procedure ed il coinvolgimento di diverse UU.OO., richiedono ulteriori interventi di verifiche e monitoraggi previsti nelle procedure aziendali.
F5	F5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1	Economico Patrimoniale	nota 13/A del 15-1-2018		Questionario	X			
AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE										
G1	G1.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2	Economico Patrimoniale	nota 7/A del 15-1-2018		Questionario	X			
G4	G4.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1	Economico Patrimoniale	nota 7/A del 15-1-2018		Questionario	X			
G5	G5.5	Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione delle procedure adottate sulle operazioni di tesoreria con predisposizione di relativo report sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle delle banche.	Economico Patrimoniale	nota 7/A del 15-1-2018		Questionario	X			
AREA DEBITI ECOSTI										
I1	I1.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5	Cure Primarie	nota 5/A del 11-1-2018		Questionario				X Si reputano opportune ulteriori verifiche in ordine alla ripartizione dei controlli interni tra UOC Cure Primarie e Distretti Sanitari territoriali
I3	I3.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I3.2 e I3.4	Economico Patrimoniale	note 1/A, 2/A del 11-1-2018		Questionario	X			
I4	I4.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.1 e I4.5	A)Economico Patrimoniale B)Servizio Legale	A) nota 3/A del 11-1-2018 B) nota 4/A del 11-1-2018		Questionario	X			
I5	I5.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I5.1 e I5.5	A)Gestione Risorse Umane B)Cure Primarie	A) nota 6/A del 11-1-2018 B) nota 5/A del 11-1-2018		Questionario	X			
I8	I8.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I8.3	A)Economico Patrimoniale B)SIFA Cdg	nota 1/A del 11-1-2018		Questionario	X			

Piano Audit 2017

In attuazione del Piano di Audit 2017, oltre ad eseguire i monitoraggi di cui sopra, sono stati effettuati

-a) specifici interventi di verifiche sulle procedure PAC

Ambito PAC	Attività/processo oggetto di audit	Struttura auditata	Obiettivo audit	Esito
Ciclo Immobilizzazioni; procedura a salvaguardia dei beni	Applicazione misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni	PP.OO. aziendali Poliambulatori	Verifica d'idoneità delle misure finalizzate a preservare beni	PP.OO.: esigenza di -rimodulazione fasce orarie di vigilanza (estensione H24); -incremento videosorveglianza ed integrazione con allarmi acustici.
Ciclo Immobilizzazioni; verifica periodica costi di manutenzione	Verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione	UOC Tecnico	Accertare la corretta rilevazione in contabilità	Positivo Previste verifiche trimestrali su contabilizzazione fatture
Ciclo rimanenze magazzino: procedura carichi e scarichi magazzino	azioni di monitoraggio e controllo, anche documentale su carico e scarico magazzini	Magazzino provveditorato	Rispetto procedura	Positivo Previsti interventi correttivi su magazzino 11

-b) monitoraggi a campione dell'attuazione di misure di prevenzione della corruzione

Ambito Piano Anticorruzione	Attività/processo oggetto di audit	Struttura auditata	Obiettivo audit	Esito
Commissioni	Accertamento invalidità civile, handicap e disabilità	UOC medicina legale (Area sanitaria)	Attuazione misure di prevenzione	Rotazione prevista per il 2018
Ammissione della variante	Varianti in corso di esecuzione del contratto	UOC Tecnico (Area professionale)	Attuazione misure di prevenzione	Nel 2017 non è stata riscontrata fattispecie di tale tipologia
Gestione flussi	Flussi informativi	UOC SIFA Cdg (Area Tecnica)	Attuazione misura di prevenzione relativa all'utilizzo della procedura di Flowlock	positivo
Attività istruttoria	Liquidazione prestazioni aggiuntive	UOC Gestione Risorse Umane (Area Amministrativa)	Attuazione misure di prevenzione	-rilevazione informatica ex post ore rese in assistenza immigrati -ulteriore controlli CRP per ore rese in assistenza ospedaliera

Attività Libero Professionale Intramoenia (A.L.P.I.)

CODICE MOD. CE	PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN REGIME DI INTRAMOENIA	Valore CE al 31/12/2017	Valore CE al 31/12/2016	Variazioni importo	Variazioni %
AA0680	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	0	0	0	0,00%
AA0690	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	1.738.961	1.722.774	16.187	0,94%
AA0700	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	15.082	23.212	-8.130	-35,02%
AA0710	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	0	0	0	0,00%
AA0720	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0	0	0	0,00%
AA0730	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	725.118	842.759	-117.641	-13,96%
AA0740	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	132.334	0	132.334	0,00%
	TOTALE RICAVI INTRAMOENIA	2.611.496	2.588.745	22.751	0,88%
BA1210	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	0	0	0	0,00%
BA1220	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica	1.041.612	1.065.387	-23.776	-2,23%
BA1230	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	10.746	16.538	-5.792	-35,02%
BA1240	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	442.112	397.063	45.049	11,35%
BA1250	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0	0	0	0,00%
BA1260	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro	503.370	506.809	-3.438	-0,68%
BA1270	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0	0	0	0,00%
	TOTALE QUOTE RETROCESSE AL PERSONALE (ESCLUSO IRAP)	1.997.841	1.985.797	12.043	0,61%
	Indennità di esclusività medica per attività di libera professione	2.300.377	2.420.795	-120.419	-4,97%
	IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	169.816	168.793	1.024	0,61%
	Costi diretti aziendali			0	0,00%
	Costi generali aziendali			0	0,00%
	Fondo di perequazione	107.071	103.658	3.413	3,29%
	TOTALE ALTRI COSTI INTRAMOENIA	2.577.265	2.693.246	-115.982	-4,31%

CAPITOLO 5

Pari opportunità e bilancio di genere

Rappresenta il documento di bilancio che analizza e valuta in ottica di genere le scelte politiche e gli impegni economici-finanziari di un'amministrazione, ha una stretta relazione con il bilancio sociale, condividendo con esso struttura, finalità e destinatari: come quello sociale anche il bilancio di genere ha lo scopo di elaborare una valutazione della gestione delle risorse e dell'efficacia ed efficienza delle azioni e delle spese effettuate.

Il bilancio di genere rappresenta quindi un documento complementare al bilancio sociale, che perseguendo la sua specifica mission (la promozione di un'effettiva e reale parità tra donne e uomini) integra il bilancio con l'analisi della variabile di genere.

Motivazione e significato del bilancio di genere

Di seguito si riassumono le principali attività che l'ASP ha sviluppato durante il 2017 afferenti la tutela e la salvaguardia delle donne.

- Delibera n. 136 del 2/10/2017. E' stato approvato il progetto esecutivo di individuazione della rete sanitaria regionale per gli interventi di prevenzione e cura delle violenze di genere.
- E' stato attivato sportello presso l'Umberto 1° di assistenza e supporto per contrastare la violenza alle donne.
- Istituzione e sviluppo in merito all'accettazione dei codici rosa.
- Predisposizione di spazi con parcheggi riservati dedicati alle donne in stato di gravidanza e/o puerperio presso gli Ospedali dell'ASP di Siracusa.

Destinatari

Destinatari del bilancio di genere sono: i decisori politici (che sulla base del documento possono effettuare politiche di allocazione delle risorse più efficiente), il personale dell'ente (che viene coinvolto e stimolato a gestire i servizi in ottica di genere), la comunità (il bilancio di genere infatti rappresenta una forma di rendicontazione sociale).

Fasi di analisi: analisi del contesto

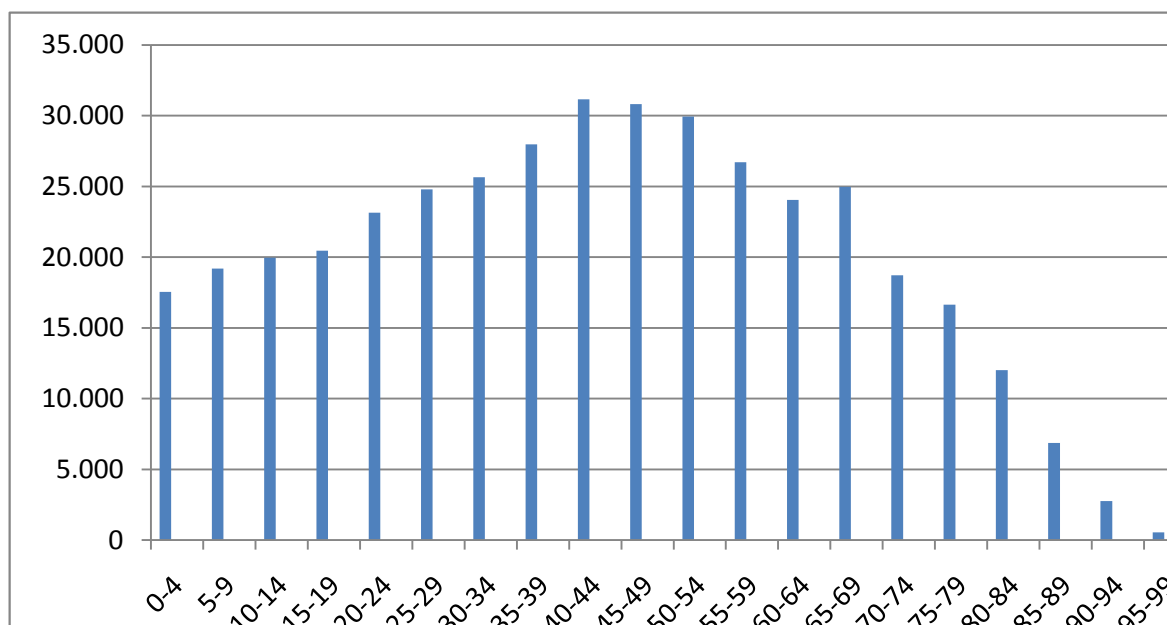
1^ fase

La prima fase dell'elaborazione di un bilancio di genere è rappresentata **dall'analisi del contesto**, e cioè l'analisi della popolazione maschile e femminile del territorio interessato. L'analisi deve riguardare: le caratteristiche di base della popolazione (età, stato civile, occupazione, titolo di studio, dinamiche demografiche ecc.), le caratteristiche e la composizione del mercato del lavoro, il territorio e le caratteristiche ambientali (ecosistema urbano, sicurezza sociale, ecc.). Questa fase dovrebbe produrre un quadro generale della comunità, evidenziando eventuali gender gap e in generale il livello di qualità della vita.

Provincia di Siracusa - Popolazione per Età e per sesso – 2017

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati/e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
0-4	16.619	0	0	0	8.599 51,7%	8.020 48,3%	16.619	4,1%
5-9	18.643	0	0	0	9.654 51,8%	8.989 48,2%	18.643	4,7%
10-14	19.612	0	0	0	10.255 52,3%	9.357 47,7%	19.612	4,9%
15-19	20.460	30	0	0	10.626 51,9%	9.864 48,1%	20.490	5,1%
20-24	20.823	766	0	8	11.101 51,4%	10.496 48,6%	21.597	5,4%
25-29	19.987	4.163	5	53	12.364 51,1%	11.844 48,9%	24.208	6,0%
30-34	14.102	10.230	16	233	12.666 51,5%	11.915 48,5%	24.581	6,1%
35-39	9.770	16.010	70	613	13.334 50,4%	13.129 49,6%	26.463	6,6%
40-44	7.577	21.130	179	1.151	15.159 50,5%	14.878 49,5%	30.037	7,5%
45-49	5.498	23.403	391	1.545	15.306 49,6%	15.531 50,4%	30.837	7,7%
50-54	3.818	24.392	707	1.505	15.109 49,7%	15.313 50,3%	30.422	7,6%
55-59	2.691	22.986	1.157	1.222	13.646 48,6%	14.410 51,4%	28.056	7,0%
60-64	1.918	20.273	1.816	908	11.956 48,0%	12.959 52,0%	24.915	6,2%
65-69	1.438	18.471	2.907	715	11.285 48,0%	12.246 52,0%	23.531	5,9%
70-74	1.127	15.438	4.095	465	10.039 47,5%	11.086 52,5%	21.125	5,3%
75-79	845	10.464	5.354	303	7.539 44,4%	9.427 55,6%	16.966	4,2%
80-84	552	5.862	5.440	162	5.157 42,9%	6.859 57,1%	12.016	3,0%
85-89	396	2.371	4.411	73	2.716 37,5%	4.535 62,5%	7.251	1,8%
90-94	197	541	2.021	30	852 30,5%	1.937 69,5%	2.789	0,7%
95-99	47	93	489	5	173 27,3%	461 72,7%	634	0,2%
100+	4	10	75	0	22 24,7%	67 75,3%	89	0,0%
Totale	166.124	196.633	29.133	8.991	197.558 49,3%	203.323 50,7%	400.881	100,0%

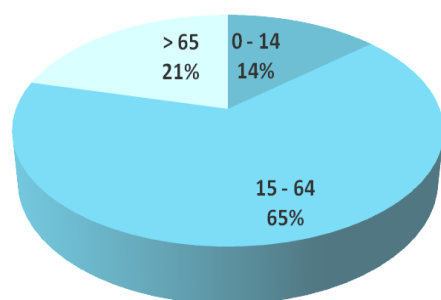
Grafico Età



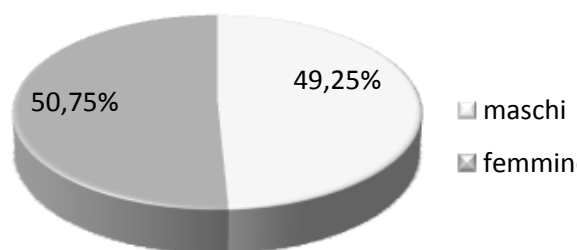
Per Fasce di Età

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale	%Maschi
0-14	28.508	26.366	54.874	14,0%	51,9%
15-64	131.267	130.339	261.606	65,5%	50,1%
65+	37.783	46.618	84.401	20,4%	44,8%
Totale	197.558	203.323	400.881		

Distribuzione per fasce di età



Distribuzione per sesso



2^ fase: analisi della domanda/offerta dei servizi

La seconda fase prevede l'**analisi della domanda dei servizi** da parte della popolazione (potenziale e reale) e l'**analisi dell'offerta dei servizi** garantita dall'ente.

In queste fase è fondamentale la scelta preliminare delle fonti da cui ricavare i dati necessari (fonti sia nazionali che locali), ma anche la possibilità di effettuare eventuali indagini ad hoc per individuare dati quantitativi e qualitativi, e sviluppare statistiche utili per l'analisi del territorio in ottica di genere.

Fase della valutazione: aggregazione delle voci di bilancio

Successivamente alle fasi di analisi, per valutare da un punto di vista di genere i documenti di bilancio, è necessario effettuare una riclassificazione, secondo criteri che permettano di riaggregare le voci di bilancio in tematiche di rilevanza di genere.

Il processo si conclude con l'ultima fase, relativa all'analisi del bilancio e alla **valutazione** dell'allocatione delle risorse in ottica di genere: in modo che si verifichi che le politiche ed i servizi-attività sviluppati dall'ente siano efficaci ed efficienti rispetto alle esigenze di bilancio generali dell'ente, agli obiettivi istituzionali e ai bisogni specifici delle donne e degli uomini della comunità.

Criticità emerse

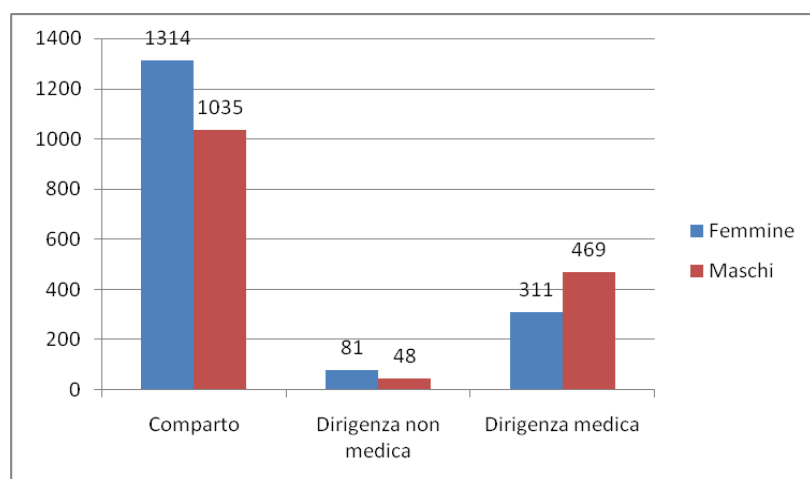
Mancanza di indicatori:

Questa fase ha presentato alcune difficoltà soprattutto perché ancora oggi non esistono specifici indicatori di genere standardizzati per valutare in maniera oggettiva efficacia ed efficienza.

Mancanza di dati statistici:

Proprio questo aspetto, insieme alla mancanza spesso di dati e statistiche disaggregate per genere rappresentano le principali criticità del gender budgeting.

Bilancio di genere dell'ASP di Siracusa



La valutazione generale della gestione delle risorse e la verifica dell'attività svolte dall'ente, rappresentano infine le basi sulle quali costruire il progetto di bilancio preventivo dell'ente, concludendo così il ciclo gender auditing-gender budgeting, in vista delle finalità e degli obiettivi posti inizialmente.

CAPITOLO 6

Il processo di redazione della relazione sulla performance

All'inizio del 2018 il controllo di gestione ha cominciato a raccogliere i dati di performance delle strutture organizzative. I valutatori di prima istanza hanno rilasciato la valutazione individuale.

Gli obiettivi di struttura sono stati consegnati dal management aziendale.

Il monitoraggio è stato effettuato dal Controllo di Gestione.

La Direzione Aziendale ha valutato la percentuale di raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione delle strutture è stata effettuata tenendo conto del target e del grado di raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

Per la valutazione sono stati utilizzati sistemi disponibili di rilevazione, esempio banche dati regionali e/o flussi regionali, integrate, se necessario, da evidenze informatiche e non e delle singole dichiarazioni aziendali.

I lavori per la definizione della presente relazione sono stati coordinati dalla Direzione Aziendale con i vari Responsabili dei capitoli in essa contenuti.

Le politiche e le strategie aziendali utilizzate sono quelle definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie sono state declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici sono stati individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica è stato monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi. Il monitoraggio è stato attuato durante l'anno con report e valutazione definitiva al 31/12/2017.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi sono stati divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Performance e Prevenzione Corruzione

Ad inizio anno si è proceduto con la redazione dell'aggiornamento al piano aziendale per la prevenzione della corruzione triennio 2017-2018-2019, regolarmente approvato con deliberazione entro il termine del 31 gennaio 2017.

Sono state organizzate e dirette due giornate formative sui temi della legalità, anticorruzione e codice di comportamento che hanno visto il coinvolgimento di circa 200 tra dipendenti e dirigenti:

la prima rivolta a tutti i responsabili delle cosiddette aree a rischio e condotta, fra gli altri, da relatori in rappresentanza dell' ANAC, delle facoltà di giurisprudenza dell' Università di Catania dell' Università di Bologna;

la seconda rivolta ai dirigenti ed al personale ispettivo dei Dipartimenti di prevenzione e di prevenzione veterinaria, dove tra i relatori erano presenti un Dirigente generale dell'Assessorato regionale alla salute, il Sostituto Procuratore della Repubblica, il Presidente OIV aziendale ed il Direttore di Transparency International Italia.

Sono state inoltrate una serie di direttive e linee guida alle competenti UUOO su diverse materie (divieto di proroghe di contratti scaduti, obbligo del patto di integrità per i contratti pubblici, limiti a perizie di variante, incompatibilità ex art. 53 comma 16 dlgs. 165/2001, misure di rotazione del personale, dichiarazione dei conflitti di interesse ex art. 5 cod. disciplinare, monitoraggio e verifica ALPI e liste d'attesa, monitoraggio e controllo sulle presenze del personale etc.).

E' stata acquisita e verificata la dichiarazione di incompatibilità e inconferibilità ex art. 14 dlgs. 39/2013 dei direttori amministrativo e sanitario aziendali.

E' stata attivata la misura di prevenzione di segnalazione di fatti illeciti cd. whistleblowing ed è stato dato l'impulso alla integrale pubblicazione delle deliberazioni e atti aziendali.

Con la pubblicazione dell'aggiornamento al piano nazionale anticorruzione (delibera ANAC n. 12/15) si è intrapresa la delicata ed impegnativa opera di sensibilizzazione con tutte le UUOO delle cosiddette aree a rischio per la predisposizione del nuovo aggiornamento al piano aziendale e la correlata mappatura dei rischi.

A dimostrazione della particolare attenzione che L'ASP di Siracusa ha rivolto verso la materia dell'anticorruzione, sono stati assegnati ai responsabili delle UU.OO.CC. obiettivi correlati con interventi in materia di anticorruzione.

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.

Il Ciclo di gestione della performance ha previsto l'integrazione di flussi informativi, linee di indirizzo regionali e ministeriali, esigenze prioritarie legate al contesto locale.

Si è proceduto allo sviluppo di un sistema operativo per il supporto della gestione delle informazioni afferenti l'intero ciclo della performance.

Al 31/12/2017 il sistema non risultava del tutto allineato, anche se ci sono stati evidenti margini di miglioramento.

Solo dopo la messa a regime di un sistema completo si potrà procedere alla implementazione del sistema della performance, e potendo essere di supporto all'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi proposti nel piano triennale della performance.

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance.

Punti di debolezza:

- Mancato adeguamento del sistema degli obiettivi alla luce delle nuove linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Rinviata revisione dei criteri per la valutazione individuale del personale, in modo da avviare il processo di miglioramento continuo della compliance delle risorse umane;
- Carente integrazione tra la performance ed il piano per prevenzione della corruzione e trasparenza a miglioramento dei risultati comunque raggiunti in questa area di intervento
- Redazione di un piano per lo sviluppo delle pari opportunità ed individuazione delle politiche per la promozione del bilancio di genere a miglioramento dei risultati comunque raggiunti in questa area di intervento
- Prossimo avvio del comitato di budget
- Tempestività nelle diverse fasi e tempi del processo di budget

Punti di forza:

- Chiara definizione dell'albero della performance.
- Buona copertura della rete integrata dei sistemi informativi
- Positiva interazione con il consolidamento dei percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci

ALL.1

Regolamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance

Piano di Azione

ASP Siracusa	Budget del periodo: Aggiornato al: (1)				
	Responsabile: dr Obiettivo: (2)				
PIANO DI AZIONE					
Fase (3)	Risultato atteso (4)	Responsabile (5)	Data scadenza (5)		
			Prevista	Aggiornata	Effettiva
1)					
2)					
3)					
4)					
Note:					

LEGENDA:

- 1) Indicare la data di redazione del piano.
- 2) Riportare la definizione esatta dell'obiettivo come da scheda – obiettivi.
- 3) Descrivere sinteticamente le principali azioni suddivise per fase.
- 4) Indicare un risultato misurabile (es. documento da produrre, un indicatore specifico ecc.).
- 5) Precisare i nomi dei responsabili per ogni azione.
- 6) Data di esecuzione di ogni azione in fase di previsione, aggiornamento, consuntivo.

All. 2

Poliambulatorio di Siracusa

Prestazioni erogate

Branca	Anno 2016	Anno 2017
Cardiologia	8040	10007
Proctologia	0	6741
Chirurgia vascolare	0	464
Dermatologia	2795	3081
Endocrinologia	694	520
Gastroenterologia	304	310
Ostetricia Ginec.	3771	3680
Nefrologia	1067	960
Oculistica	6982	9365
Odontoiatria	3398	2773
Ortopedia	1862	4235
Otorinolaringoiatria	3302	3821
Radiologia	6737	6754
Pneumologia	0	856
Terapia Fisica	10629	12270
Urologia	306	359
Medicina dello sport	0	1259
Diabetologia	0	8403
Allergologia	0	1553
Radiologia Priolo	379	2644

Poliambulatorio di Sortino

Prestazioni erogate

Branca	Anno 2016	Anno 2017
Cardiologia	437	655
Gastroenterologia	162	263
Oculistica	482	643
Ortopedia	439	304
Otorinolaringoiatria	615	795
Altro	987	964

Poliambulatorio di Palazzolo Acreide

(comprende anche i comuni di Buscemi, Cassaro, Ferla e Canicattini)

Prestazioni erogate

Poliambulatorio	Branca	2016	2017
Palazzolo Acreide	Cardiologia	1391	2.088
	Dermatologia	261	304
	Diabetologia	1517	821
	Endocrinologia	517	515
	Fisiatria	503	361
	Fisiochinesiterapia	2534	2631
	Gastroenterologia	211	302
	Geriatrics	381	347
	Nefrologia	604	603
	Neurologia	225	142
	Oculistica	739	767
	Odontoiatria	91	107
	Ortopedia	1591	1.428
	Otorinolaringoiatria	433	404
	Urologia	397	372
Radiologia	1773	1.958	

Presso il Presidio di Buccheri sono state espletate le seguenti prestazioni specialistiche:

Poliambulatorio	Branca	2016	2017
BUCCHERI	Ortopedia	255	146
	Diabetologia	306	203

Presso il Presidio di Buscemi sono state espletate le seguenti prestazioni specialistiche:

Poliambulatorio	Branca	2016	2017
BUSCEMI	Cardiologia	3142	336

Presso il Presidio di Canicattini B. sono state espletate le seguenti prestazioni specialistiche:

Poliambulatorio	Branca	2016	2017
CANICATTINI B.	Diabetologia	308	306
	Dermatologia	201	203

	Geriatria	154	125
--	-----------	-----	-----

Presso il Poliambulatorio di Cassaro-Ferla sono state espletate le seguenti prestazioni specialistiche:

Poliambulatorio	Branca	2016	2017
CASSARO FERLA	Cardiologia	72	194
	Dermatologia	217	238
	Diabetologia	317	322
	Ortopedia	116	139
	Oculistica	337	306

Distretto Sanitario di Noto

Prestazioni erogate

Attività specialistica ambulatoriale interna		
Specialità	2016	2017
Reumatologia	349	329
Cardiologia	1879	1826
Dermatologia	2911	2975
Diabetologia	3178	5202
Radiologia	3792	2383
Endocrinologia	440	468
Nefrologia	538	548
Neurologia	584	417
Oculistica	570	580
Odontostomatologia	877	741
Ortopedia	1299	1220
Angiologia	528	924
Urologia	195	495
Pneumologia	0	100
Malattie infettive	15	31
totale	17155	18239

Distretto Sanitario di Lentini

Prestazioni erogate

BRANCA	2016	2017
CARDIOLOGIA	6293	6001
DERMOSIFILOPATIA	4081	3747
DIAGNOSTICA IMMAGINI	4389	4423
ENDOCRINOLOGIA	4892	5689
GASTROENTEROLOGIA	502	443
MEDICINA FISICA E RIABILITAZ.	8148	8232
NEUROLOGIA	1197	1117
OCULISTICA	5263	4522
ODONTOSTOMATOLOGIA	1738	1607
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	3182	3204
OSTETRICA GINECOLOGIA	915	1175
OTORINOLARINGOIATRA	4347	4471
PNEUMOLOGIA	1258	1720
UROLOGIA	1893	2124
REUMATOLOGIA	283	320
Chirurgia vascolare	0	107
GERIATRIA+MEDICINA INTERNA	2745	1156
TOTALI	37097	50058

Distretto Sanitario di Augusta

Prestazioni erogate

POLIAMBULATORIO	AUGUSTA		MELILLI		N. totale Prestazioni del Distretto	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Branca Specialistica						
Andrologia	194	192	0	0	194	192
Angiologia	0	115	0	0	0	115
Cardiologia	2546	3374	478	508	3024	3882
Chirurgia	146	135		0	146	135
Dermatologia	1460	1495		0	1460	1495
Diabetologia	2314	1327	658	698	2972	2025
Endocrinologia	474	621	409	302	883	923
Gastroenterologia	420	520	117	119	537	639
Geriatria	604	473		0	604	473
Ginecologia	578	649	304	397	882	1046
Med.Fis.Riabilitativa	216	253		0	216	253
Medicina Sportiva	428	231		0	428	231
Nefrologia	751	834		0	751	834
Neurologia	439	364	249	264	688	628
Oculistica	4189	4115	2056	2104	6245	6219
Odontostomatologia	1266	1058		0	1266	1058
Ortopedia	930	683	297	361	1227	1044
Otorinolaringoiatria	408	535		0	408	535
Patologia Clinica	0	20750		0	19351	20750
Pneumologia	0	415		0	0	415
Reumatologia	320	273		0	320	273
Urologia	1829	2107	351	447	2180	2554
Totale					43.782	45.719

All. 3

CONSULTORIO FAMILIARE SIRACUSA

Prestazioni erogate

Visite ostetriche, ginecologiche, senologiche	5922
Certificazioni IVG	151
Gravindex	310
Consulenze contraccezione	7596
Rilevazione battito cardiaco fetale	1362
Tracciato Cardiotocografico	318
Applicazione IUD	9
rimozione IUD	13
Pap test e tampone vaginale	2927
Medicazioni	15
Ecografie ostetrico- ginecologiche	4144
Visite mediche domiciliari	60
Educazione medico sanitaria individuale	3793
Educazione medico sanitaria di gruppo	799
Psicoterapia individuale	1065
Psicoterapia di coppia e familiare	326
Psicoterapia di gruppo	197
Test psicodiagnostico	129
Consulenze psicologiche individuali	691
Colloqui psicologici	374
Interventi domiciliari per assistenza sociale	84
Consulenze tribunali minori	430
Colloqui psicologici di educazione sanitaria	3275
Psicoprofilassi ed educazione al parto	521

CONSULTORIO FAMILIARE NOTO

Prestazioni erogate

SERVIZI	ANNO 2017
<i>Visite (ginecologo)</i>	2349
<i>Counseling (ginecologico)</i>	4224
<i>Counseling preconcezionale</i>	82
<i>Certificazione I.V.G.</i>	79
<i>Ecografie</i>	2337
<i>N° Consulenze contraccezione</i>	1345
<i>N° Cotracctet. Ormonali erogati</i>	2938
<i>Prelievi Cervicovaginali</i>	2493
<i>Controllo in puerperio</i>	102
<i>Counseling Ostetrica</i>	3313
<i>Visite Ostetrica</i>	263
<i>Donne assistite in Gravidanza (Prese in carico)</i>	242
<i>Rilevazione B.C.F.</i>	812
<i>Gravide partecipanti ai C.A.N. (Prese in carico)</i>	257
<i>Colloqui di psicoterapia/sostegno</i>	1803
<i>Colloqui sociali in Consultorio</i>	1535

CONSULTORIO FAMILIARE LENTINI

Prestazioni

erogate

PRESTAZIONI	Unità di misura	LENTINI	FRANCOFONTE	TOTALE
Visite ostetriche, gin, senol.	n. visite	1391	842	2233
Certificazioni I.V.G	n. certificati	47	18	65
Consulenze contraccet. Prec. Gin	n. consulenze	1915	778	2693
Certif. Mediche e specialistiche	n. certificati	180	30	210
Precriz. Terapia somministr.cont.	n. prescrizioni	1816	682	2498
Rilevazioni BCF	n.rilevazioni	785	264	1049
Tracciato cardiocografico	n. tracciati		27	27
Pap test e tampone vaginale	n. pap test	473	478	951
Ecografia ostetrica, ginecologica	n. ecografie	539	118	657
preparazione al parto	n. utenti		49	49
Educazione medico sanitaria ind.	n. utenti		859	859
Educazione medico sanitaria grup	utenti/mesi	166	205	371
Psicoterapia individuale	n. trattamenti	36		36
Psicoterapia coppia familiare	n. trattamenti	14		14
Psicoterapia di gruppo	n. incontri	11		11
Test psicodiagnostico	n. test	66		66
Colloqui psicodiagnostici	n. colloqui	55		55
Consulenze psicologiche individuali	n. consulenze	27		27
Consulenze psicologiche di gruppo	n. cons/utenti	2		2
Stesure casi clinici	n. casi	21		21
Colloqui psicologici	n. colloqui	236		236
Interventi dom. assistenza sociale	n. interventi	6	21	27
Segretariato sociale	n. utenti		85	85
Colloqui assistente sociale	n. colloqui		448	448
Cons. Trib. Minori (affid.tut) interventi	n. consulenze	163		163
Colloqui educazione sanitaria	n. colloqui		104	104
Relazioni	n. relazioni	15	16	31
Psicoprofilassi e preparazione parto	utenti	18	70	88
Incontri di informaz.prevenz. scuole	n. incontri	8	6	14
Mediazione familiare	interventi	17		17

CONSULTORIO FAMILIARE AUGUSTA

Prestazioni erogate

ATTIVITA' CONSULTORIO FAMILIARE AUGUSTA		
Tipo di Prestazioni	Unità di Mis.	TOTALE 2017
Visite ostetriche, ginecologiche, senologic.	n.visite	1389
Certificazioni I.V.G.	n.certific.	25
Consulenze contraccett., preconcez., gin.	n.consulenz	1050
Certificaz. mediche e specialistiche	n.certificaz.	44
Prescriz. terapia, somministr. contraccett.	n.prescriz.	228
Rilevazione battito cardiaco fetale	n.rilevaz.	382
Rimozione IUD	n.rimoz.	3
Pap-test e tampone vaginale	n.pap-test	181
Ecografia ostetrica, ginecologica	n.ecografie	1345
Educazione medico sanitaria di gruppo	n.	52
Test psicodiagnostico	n.test	9
Colloqui psicodiagnostici	n.colloqui	7
Consulenze psicologiche individuali	n.consulenz	3
Colloqui psicologici	n.colloqui	133
Segretariato sociale	n.utenti	169
Consul. Sociali Tribunali (affidam., tutela)		
INTERVENTI	n.consulenz	79
Relazioni	n.relazioni	23
Psicoprofilassi o preparazione al parto	utenti	113
mediazione familiare	interventi	8
Puerperio	interventi	48
quaderni di gravidanza	n. conseg	36

ATTIVITA' CONSULTORIO FAMILIARE MELILLI		
Tipo di Prestazioni	Unità di Mis.	TOTALE 2017
Visite ostetriche, ginecologiche, senologic.	n.visite	362
Certificazioni I.V.G.	n.certific.	2
Consulenze contraccett., preconcez., gin.	n.consulenz	1181
Prescriz. terapia, somministr. contraccett.	n.prescriz.	875
Rilevazione battito cardiaco fetale	n.rilevaz.	67
Tracciato cardiocografico	n.tracciati	3
rimozione IUD	n.applicaz.	6
Pap-test e tampone vaginale	n.pap-test	308
Ecografia ostetrica, ginecologica	n.ecografie	301
Psicoprofilassi o preparazione al parto	utenti	58
Puerperio	interventi	13
quaderni di gravidanza	n. conseg	11

All. 4

Le linee di intervento individuate sono state le seguenti:

Intervento 1 SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE	<ul style="list-style-type: none">• Sanità veterinaria• Igiene degli alimenti• Vaccinazioni• Tutela ambientale• Prevenzione luoghi di lavoro
Intervento 2 QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	<ul style="list-style-type: none">• Sicurezza dei pazienti• Formazione dei professionisti• Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza• PDTA• Appropriatelyzza• Outcome
Intervento 3 RETI	<ul style="list-style-type: none">• Reti tempo-dipendenti:<ul style="list-style-type: none">• Rete IMA• Rete Stroke• Rete Politrauma• Reti cliniche integrate:<ul style="list-style-type: none">• Rete Oncologica• Percorso Nascita
Intervento 4 ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO- SANITARIA	<ul style="list-style-type: none">•Cronicità•Disabilità e non autosufficienza•Riabilitazione•Salute mentale•Violenza su donne e minori
Intervento 5 SVILUPPO ORGANIZZATIVO	<ul style="list-style-type: none">•Comunicazione•Formazione•Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria•Telemedicina