



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Relazione sulla Performance
2016

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Brugaletta

Il Direttore Sanitario
Dr. Anselmo Madeddu

Il Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Di Bella

Sommario

Sommario	2
Presentazione della relazione	4
CAPITOLO 1	6
1.1 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.	6
1.2 L'organigramma Aziendale	9
1.2.1 L'amministrazione "in cifre"- Il contesto esterno di riferimento	10
1.3 Assistenza ospedaliera - dinamiche del personale e dati generali di produzione	13
1.3.1 Ricoveri ordinari	13
1.3.2 Ricoveri in Day Hospital e Day Surgery.....	14
1.3.3 Numero complessivo di parti – anno 2016.....	14
1.4 Assistenza Territoriale-Contesto di riferimento-Dati Epidemiologici.....	15
1.4.1 Assistenza domiciliare	15
1.4.2 Attività di Prevenzione - Vaccinazione	14
1.4.3 Sorveglianza malattie infettive	19
1.4.4 Sorveglianza sanitaria sui migranti	22
1.5 Programmi di screening per la prevenzione dei tumori	27
1.6 Relazione annuale aziendale per la valutazione della qualità dei servizi	25
CAPITOLO 2	34
2.1 Risorse assegnate ed utilizzate.	34
CAPITOLO 3	45
Obiettivi e Performance	45
3.1 - Obiettivi Regionali ed Aziendali.....	45
3.2. Albero della performance	45
3.3 Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi.....	47
3.4 Obiettivi contrattuali generali.....	48
3.5 Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi	40
3.6 Risultati raggiunti per gli obiettivi programmatici	41
3.6.1. Obiettivi Contrattuali Generali	50
3.7 PAA 2016	42
3.8 Esiti	43
3.9 Progetti di miglioramento del funzionamento dei servizi.....	44
3.10 Un anno di attività in sintesi.....	46
CAPITOLO 4	57
4.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi individuali.....	57
4.2 Percorso ciclo della Performance.	57

4.3 Il sistema di misurazione e valutazione della performance	58
4.4 Performance individuale.	59
Performance e Prevenzione Corruzione	59
ALL.1	61
ALL.2	62
ALL.3	63
ALL. 4.. tabella S.W.O.T.	
ALL. 5..	

Presentazione della relazione

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

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

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”, con riferimento all'anno precedente, dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

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

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

La relazione conclude l'applicazione del *ciclo della performance* relativo all'anno 2016, 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 30/05/2013.

L'ASP di Siracusa intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del Piano 2016/2018 e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite, tenendo conto dei principi espressi dalle Delibere CIVIT nn. 4,5 e 6 -anno 2012, relative agli adempimenti posti a carico degli OIV/Nuclei di Valutazione, e delle direttive assessoriali di cui alle linee guida emanate in data 26.9.2011 (nota prot. n.76572/2011).

Il modello di misurazione e valutazione delle performance preso come riferimento da questa ASP è strettamente collegato ai seguenti principi di fondo:

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

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

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

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

Garanzia di adeguata chiarezza e trasparenza delle strategie aziendali e degli obiettivi anche a soggetti e *stakeholder* non appartenenti al mondo della sanità e, di conseguenza, aventi meno familiarità con misure e terminologie “di settore”: In tal modo l'Azienda si è impegnata ad attivare adeguati modelli di comunicazione dei risultati e delle performance e di particolari attività messi in campo e riflettenti i compiti istituzionali.

Il presente documento evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti nell'anno 2016 anche rispetto ai target programmati nel Piano della Performance 2016-2018.

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”.

CAPITOLO 1

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

Chi siamo

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

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

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è www.asp.sr.it.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010, è in corso di definizione il nuovo Atto Aziendale con la definizione del nuovo organigramma strutturale.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da abitanti 406.069 abitanti (al 31.12.2015), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

I principali *stakeholder* dell'Azienda sono:

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

Cosa facciamo

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati

di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

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

Come operiamo

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

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

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

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010 (in corso di revisione ai sensi del D.A. 1380/15), ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

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

gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Organizzazione Aziendale

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione su cui operano le Aziende Sanitarie.

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

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

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

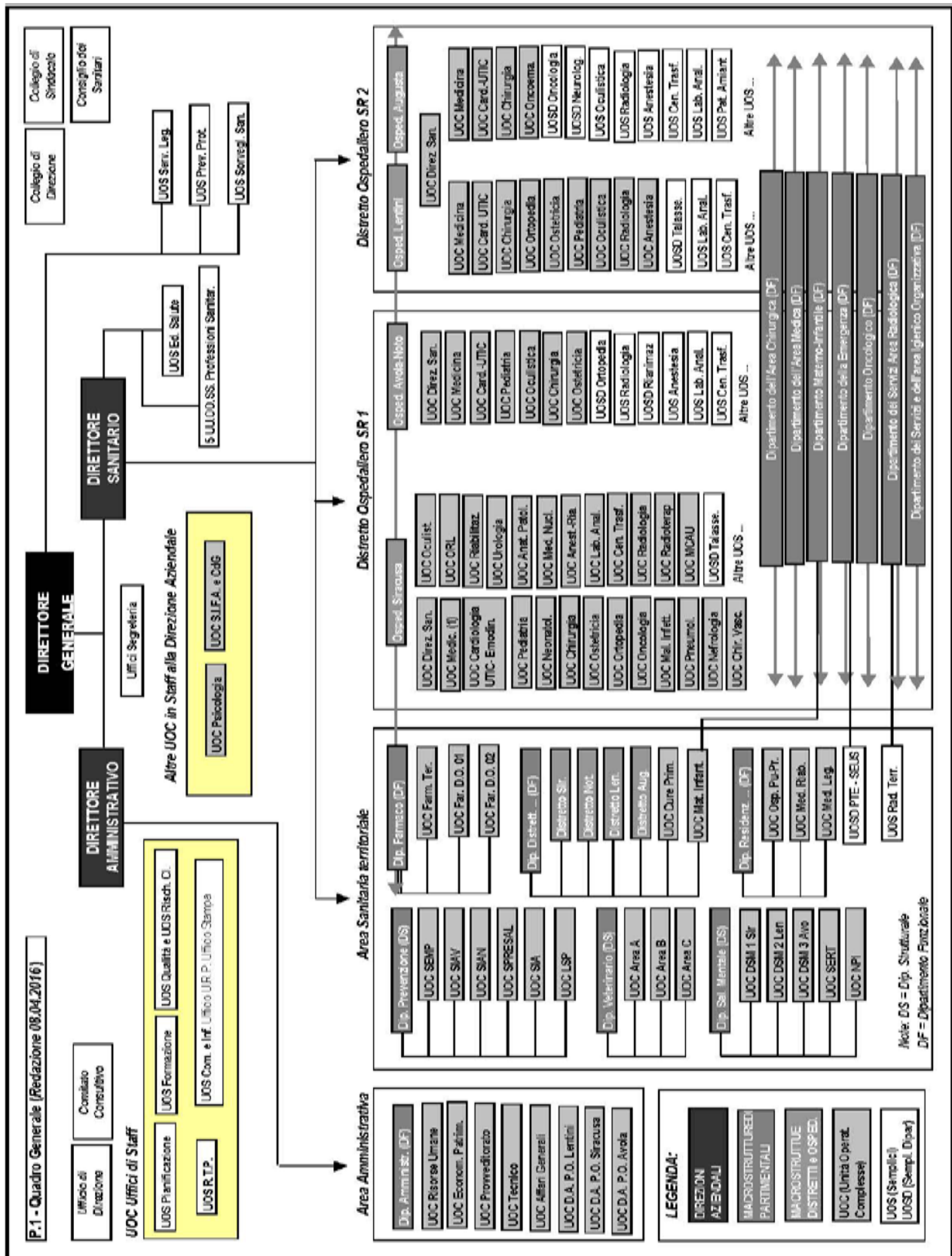
Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

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

Appartengono allo staff le seguenti Unità:

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

1.2 L'organigramma Aziendale



Il personale di ruolo al 31 dicembre 2016 è pari a 2.687 unità

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Assistenza ospedaliera	1.215	181	58	2	1.456
Assistenza territoriale	357	89	110	-	556
- Distretti sanitari	189	46	104	-	339
- Dipartimento Salute Mentale	168	43	6	-	217
Assistenza collettiva	301	41	112	1	455
Strutture centrali	54	47	118	1	220
<i>totale</i>	<i>1.927</i>	<i>358</i>	<i>398</i>	<i>4</i>	<i>2.687</i>

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa presenta una struttura organizzativa così distribuita per qualifica:

Distribuzione per ruolo

RUOLO	FASCIA	AREA	Numero
Amministrativo	Comparto		384
	Dirigenza		14
Professionale	Comparto		2
	Dirigenza		2
Sanitario	Comparto		1.251
	Dirigenza	Medica	600
		Non medica	76
Tecnico	Comparto		353
	Dirigenza		5
			2.687

1.2.1 L'amministrazione "in cifre"- Il contesto esterno di riferimento

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.

1.2.2 Analisi del contesto

L'attività dell'Azienda risulta caratterizzata dall'entrata in vigore delle disposizioni relative al riordino del SSR contenute nella legge regionale n°5/2009, da cui è derivata l'istituzione di una nuova realtà aziendale costituita dall'accorpamento di due preesistenti aziende sanitarie, con profonda ridefinizione dell'articolazione organizzativa e gestionale.

Il documento programmatico che ha riassunto gli obiettivi di crescita, la nuova articolazione aziendale, la missione e la vision, è stato l'Atto Aziendale, redatto nel corso dell'anno 2010 ed approvato con atto di Giunta Regionale di Governo, a cui è seguita la rideterminazione organica del personale secondo logiche moderne di governance delle risorse umane.

La visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in massima parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici. Analogamente occorrerà sempre di più tenere conto delle istanze di natura economica tendenti alla razionalizzazione della spesa e di cui il Piano di rientro è stato già attuato con successo ed a cui è subentrato il piano POCS.

L'ASP ha posto particolare attenzione allo sviluppo e studio del bilancio di genere al fine di integrare la prospettiva di genere a tutti i livelli della procedura di bilancio e ristrutturare le entrate e le uscite al fine di assicurare che le necessità *dell'intera collettività* siano prese in considerazione adeguatamente. Alla base del bilancio di genere, infatti, vi è la considerazione che esistono differenze tra uomini e donne per quanto riguarda le esigenze, le condizioni, i percorsi, le opportunità di vita, di lavoro e di partecipazione ai processi decisionali e che quindi, le politiche non siano neutre rispetto al genere ma al contrario determinino un impatto differenziato su uomini e donne.

Particolare attenzione sarà data al Comfort alberghiero; sarà individuato un gruppo di lavoro preposto sia allo studio e al monitoraggio di tutti gli aspetti presenti nei servizi alberghieri dei Presidi Ospedalieri Aziendali, sia alla verifica in loco degli standard.

Sarà avviato un sistema di monitoraggio periodico degli indicatori e delle modalità con cui vengono erogati i "Servizi Esternalizzati" attraverso verifiche della corretta applicazione del capitolato d'appalto.

L'attività dell'Azienda si caratterizza da fattori di contesto che vanno analizzati secondo la metodologia SWOT al fine di consentire la programmazione degli obiettivi a breve e medio termine.

Punti di debolezza:

- elevata fuga di pazienti verso strutture sanitarie extraprovinciali;
- critiche condizioni oro geografiche del territorio e presenza di diseguaglianze nella popolazione a causa di condizioni socio-economiche sfavorevoli;
- difficoltà legate all'accorpamento delle ex Aziende relativamente all'integrazione dei sistemi di gestione delle risorse umane e di supporto organizzativo - contabili;
- inquinamento ambientale in alcune zone ad elevato impatto antropico;
- carenza di offerta nei confronti di una casistica di elevata complessità;
- carenze strutturali e infrastrutturali necessitanti di incisivi interventi di manutenzione;
- elevato tasso di ospedalizzazione ed inappropriato uso dell'ospedale;
- scarsa diffusione della cultura organizzativa aziendale e carenza meccanismi di controllo interno.

Punti di forza:

- miglioramento del sistema sanitario regionale per effetto dell'entrata in vigore del processo di riordino e dell'emanazione di indirizzi di programmazione regionale;
- Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale, a seguito dell'accorpamento delle aziende preesistenti, e della soppressione di servizi duplicati e non più funzionali alle esigenze sanitarie, e di una maggiore integrazione ospedale/territorio.

Opportunità:

- Riqualificazione dei servizi a seguito dell'attivazione di nuove linee di attività;
- Miglioramento della qualità ed efficacia per effetto delle iniziative di sviluppo delle risorse umane legate all'avvio del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Possibilità di una gestione unitaria dei servizi e dei professionisti del territorio per effetto dell'accorpamento delle preesistenti aziende;
- Sviluppo dell'assistenza territoriale extraospedaliera.

Minacce:

- Mancato rispetto dei vincoli di pareggio dei bilanci per effetto degli interventi di investimento programmati;
- Esistenza di fattori di distorsione in grado di favorire l'inappropriatezza degli interventi e la fuga dei pazienti.
- elevata incidenza della spesa farmaceutica convenzionata;
- carenza di risorse umane in rapporto agli obiettivi da perseguire.

1.3 Assistenza ospedaliera - dinamiche del personale e dati generali di produzione

L'assistenza ospedaliera è prestata direttamente nei 4 Presidi Ospedalieri (Avola-Noto sono Presidio Unico):

Presidio Ospedaliero
Umberto I - Siracusa
Di Maria - Avola
Trigona - Noto
Muscatello - Augusta
Generale - Lentini

Il personale in forza presso i Presidi Ospedalieri è pari a 1.456 unità, suddiviso come segue:

Personale presso i presidi ospedalieri					
Presidio Ospedaliero	ruolo sanitario	ruolo tecnico	ruolo amministr.	ruolo profess.	totale
Umberto I - Siracusa	593	86	14	1	694
Di Maria - Avola	156	25	13		194
Trigona - Noto	114	24	8		146
Muscatello - Augusta	128	15	11	1	155
Generale - Lentini	224	31	12		267
TOTALE	1215	181	58	2	1.456

1.3.1 Ricoveri ordinari

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2016, hanno garantito 29.031 ricoveri ordinari ed hanno prodotto un fatturato di € 93.814.586 - Tale attività è riassunta nella tabella di seguito riportata:

Denominazione	PL	N° ricoveri	PMG	Tot. val. DRG (€)	PM	TO (%)	N° giornate	DM
P.O. G. Di Maria di Avola	71	2987	56,11	9.022.719	1,10	79	20.481	6,85
P.O. Trigona di Noto	54	2969	49,01	7.790.713	0,799	91	17.889	6,03
P.O. Umberto I di Siracusa	317	14.340	290,17	49.274.029	1,03	91,5	105.913	7,39
P.O. Muscatello di Augusta	70	2.902	56,3	9.755.244	1,11	80,4	20.550	7,08
P.O. Generale di Lentini	119	5.833	104,13	17.971.881	0,9639	87,39	38.011	6,52
	631	29.031	555,72	93.814.586	1	85,6	202.844	6,98

1.3.2 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 2016, hanno erogato 19.879 accessi ed hanno prodotto un fatturato di €8.957.991 - Tale attività di ricovero in day hospital e day surgery, è riassunta nella seguente tabella:

Denominazione	PL	N° ricoveri	PMG	Tot. val. DRG (€)	PM	IRPL	N° accessi	AM
P.O. G. Di Maria di Avola	14	1.290	11,5	1.379.352	0,71	92,14	3.358	2,5
P.O. Trigona di Noto	6	550	2	725.352	0,71	91,67	573	1,04
P.O. Umberto I di Siracusa	44	3.977	46,65	5.149.061	0,77	90,39	12.592	3,17
P.O. Muscatello di Augusta	19	535	3,88	564.262	0,88	28,16	1.010	1,89
P.O. Generale di Lentini	17	1.070	9,02	1.139.964	0,69	62,94	2.346	2,19
	100	7.422	73	8.957.991			19.879	

1.3.3 Numero complessivo di parti – anno 2016

Denominazione	Parti cesarei	Parti vaginali	Totale parti	% Cesarei	Precesarizzate	%PCP
P.O. Trigona di Noto	226	356	582	38	123	28,93
P.O. Umberto I di Siracusa	718	1.168	1.886	38	350	31,51
P.O. Generale di Lentini	260	491	751	34	137	25,05
	1.204	2.015	3.219		610	

1.4 Assistenza Territoriale - Contesto di riferimento - Dati Epidemiologici

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

Distretti	Poliambulatori	Consultori	Medici CCA	PTE	PTA
Siracusa	7	7	70	1	2
Augusta	2	2	15	0	1
Avola/Noto	5	4	30	2	2
Lentini	2	2	20	0	1

Nei paragrafi che seguono sono riportate le tabelle che riguardano i dati delle attività prestate nel territorio.

1.4.1 Assistenza domiciliare

1-Volumi di attività:

Valutazioni multidimensionali (PRIME VALUAZIONI per ADI e/o RSA)	2.172
Valutazioni multidimensionali (VALUAZIONI SUCCESSIVE ALLA PRIMA)	1.843
Pazienti inseriti in ADI Pazienti > 65Anni	2.020 1.798
Numero di dimissioni protette	579
Pazienti ammessi in RSA pubbliche e private	380
Consulenze specialistiche: Visite domiciliari per valutazione disabili gravissimi in collaborazione con Assistenti Sociali Comune di SR	493
Attivazione ADI Palliativa n. pazienti inseriti	140
Esecuzione a domicilio emogasanalisi arteriosa	25

1.4.2 Attività di prevenzione:

U.O.C. SEMP (Servizio Epidemiologia e Medicina Preventiva)

Il Servizio di Epidemiologia e Medicina Preventiva (S.E.M.P.) è una struttura 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. Le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
2. La sorveglianza delle Malattie Infettive
3. Sorveglianza sanitaria sui migranti
4. Attività di formazione

ATTIVITÀ:

1. Le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

L'attività vaccinale del SEMP del 2016 è stata rappresentata da interventi vaccinali previsti dalla regione nel "Calendario vaccinale per la vita" come normato dal D.A. n° 38 del 15.01.2015.

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", che ha trovato la completa applicazione nel corso del 2016.

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

- l'introduzione del vaccino antimeningococco B a partire dal 4° mese di vita
- l'estensione a più coorti del vaccino antimeningococcico tetravalente,
- l'estensione del vaccino antiHPV ai maschi,
- il richiamo del vaccino antipolio
- l'introduzione del vaccino antizoster

Con il *piano di attuazione*, pertanto, sono stati definiti, in ordine di priorità, gli interventi necessari per ottemperare a quanto previsto dal calendario e per garantire il progressivo adeguamento dell'offerta vaccinale alle coorti di popolazione aventi diritto.

INTERVENTO 1: Offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il Meningococco B a tutti i nuovi nati nel corso del 4° mese di vita

INTERVENTO 2: Offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il Meningococco con vaccino tetravalente A-C-W135-Y agli adolescenti dal 12° al 18° anno di vita.

INTERVENTO 3: Offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il Papilloma ai maschi appartenenti alle coorti 2003 e 2004. Gratuito, ma senza offerta attiva per la coorte 2002.

INTERVENTO 4: Offerta attiva e gratuita di un richiamo della vaccinazione contro la Polio, con l'utilizzo del vaccino combinato dTpa/IPV, agli adolescenti dal 14° al 18° anno di vita.

INTERVENTO 5: Incontri formativi/informativi con i MMG e PLS al fine di promuovere il loro ruolo di "counseling" per la raccomandazione della vaccinazione.

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
- il mantenimento di una offerta attiva del vaccino contro il papilloma virus (HPV) per le coorti interessate
- il recupero, in qualsiasi occasione utile, della vaccinazione contro il meningococco.

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.

Agli stessi è stata ribadita inoltre l'importanza di adottare tutte quelle misure possibili e necessarie per assicurare il pieno rispetto del calendario e il raggiungimento di quelle percentuali di coperture vaccinali richieste dal PNPV, necessari per prevenire la diffusione delle malattie infettive prevenibili con vaccino: chiamate attive tramite lettera (previa richiesta al Comune degli indirizzi aggiornati delle varie coorti interessate) o telefono, sensibilizzazione dei pediatri di base e ospedalieri e dei MMG, coinvolgimento diretto degli adolescenti attraverso interventi mirati in ambito scolastico o tramite materiale divulgativo.

La tabella sottostante riporta i dati di copertura vaccinale (CV) raggiunti mediamente in Provincia di Siracusa nell'arco temporale 2010-2016 che, per quanto riguarda il ciclo primario di esavalente fino al 2014, conferma l'ottima copertura vaccinale dei nuovi nati: in pratica, a nove mesi di vita, più del 95% della popolazione infantile è stata vaccinata, stabilendo così il raggiungimento di quell'obiettivo previsto dalle normative regionali e nazionali. Negli anni 2015-2016, invece si registra un preoccupante decremento di circa 5 punti percentuali, attestando il dato di copertura a 90,8% nel 2015, che scende a 90,3 nel 2016 per l'esavalente ed a 90,2% e, al 89,5 per la vaccinazione antipneumococcica.

Per la vaccinazione anti morbillo-rosolia-parotite (1^a dose a 24 mesi di vita) si registra un decremento delle coperture negli ultimi anni, mantenendo una certa distanza dall'obiettivo atteso del 95%; il decremento è ancora più marcato nell'anno 2016 registrando il minimo storico di copertura del 78,8%. A tal riguardo, si sottolinea che, soprattutto negli ultimi 3 anni, tutte le azioni per la promozione delle vaccinazioni, si sono scontrate con campagne denigratorie portate avanti da

movimenti che dichiarano il loro dissenso alle vaccinazioni adducendo fantasiose e pseudo-scientifiche motivazioni.

Nel caso specifico della vaccinazione contro il morbillo, parotite e rosolia, viene enfatizzata la correlazione tra vaccinazione e autismo. Tale problematica, già scientificamente esclusa da numerosi studi, crea falsi allarmi e dubbi che trovano riscontro in quella piccola percentuale di popolazione che non ritrova fiducia neanche dopo interventi mirati di counseling ed educazione sanitaria.

Vaccino	Copertura vaccinale a 24 mesi per coorte di nascita						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anno di rilevazione	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Coorte di nascita	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antipolio (Esa)	97,8%	98,4%	97,1%	98,2%	95,2%	90,8%	90,3%
Antipneumo	96,8%	98,1%	96,7%	98,0%	93,4%	90,2%	89,5%
MPR I° dose	90,6%	92,7%	86,8%	88,3%	85,1%	80,0%	78,8%
Varicella	96,8%	91,7%	85,7%	85,7%	83,4%	79,0%	77,7%

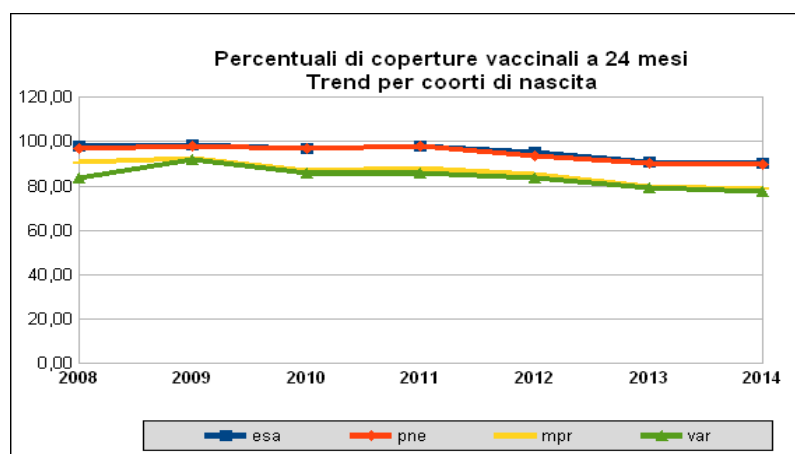


Tabella riepilogativa attività vaccinale anno 2016 in provincia di Siracusa	
	2016
Colera	4
Dt oTd	867
DTP	9
Tdpa	1.261
DTP-HIB-EPB-IPV	9.369
DTP-HIB-IPV	15
DTP-IPV	2.298
dTpa-IPV	3.069
Epatite A	131
Epatite A e B	17
Epatite B	598
HIB	22
Herpes Zoster	59
Influenza stagionale Totale	
IPV	93
Meningococco B	4.276
Meningococco ACWY	5.475
Meningococco C	3.386
MPR	3.220
MPRV	3.283
Pneumococco 23	938
Pneumococco 13valente	12.787
Rabbia	1
Tetano	496
Tifo orale	26
Tifo parenterale	61
Varicella	3.806
HPV	4.718
Rotavirus	2.319
TOTALI esclusa la vaccinazione antinfluenzale effettuata dai MMG	Totale 62.604

Vaccinazione anti-Papilloma virus

La vaccinazione anti-HPV è offerta attivamente e gratuitamente alle bambine nel corso del dodicesimo anno di vita. La vaccinazione è stata introdotta nel 2008 con la chiamata attiva delle bambine appartenenti alle coorti di nascita 1996-1997 ed è proseguita nel corso del 2009 e successivi con più chiamate attive delle bambine rispettivamente della coorte di nascita 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004. Recentemente è stata approvata la schedula a due dosi (0-6 mesi) per entrambi i vaccini contro l'HPV fino ai 14 anni inclusi, ed è stata estesa per alcune regioni la vaccinazione HPV ai maschi nel dodicesimo anno di vita (Sicilia, Puglia; altre, come Liguria, Friuli Venezia Giulia e Veneto offrono il vaccino a partire dalla corte 2004).

L'obiettivo previsto è stato il raggiungimento superiore al 70%, con tre dosi di vaccino, entro i tre anni dalla pubblicazione del calendario di vaccinazione (Decreto 13 luglio 2010) per le coorti 1996-2001, del 80% per la coorte 2002 e del 95% per la coorte 2003 e 2004.

A Siracusa le percentuali di copertura con 3 dosi per le coorti 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 sono rispettivamente del 64,8%, del 65,6%, del 62,5%, del 66,8%, del 63,2%, del 55,4,2%, del 53,0%, del 48,6% e del 32,3%.

A seguire si riportano, in grafico, i dati di copertura con 1 e 3 dosi, suddivisi per coorte di nascita, rilevati in provincia di Siracusa.

Dal rapporto semestrale del CNESPS ISS al 30.12.2015 “Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV” risulta per la regione Sicilia la seguente copertura: anno 1997 il 59,51%; anno 1998 il 58,66%; anno 1999 il 69,05%; anno 2000 il 57,78%; anno 2001 il 50,81,1%; anno 2002 il 43,10%, anno 2003 il 30,44%.

La lettura di questi dati evidenzia una notevole sovrapposizione con i dati di copertura di Siracusa. L'adesione complessiva alla vaccinazione contro il papillomavirus varia dal 64% al 32% a seconda delle coorti prese in esame, quindi inferiore al livello indicato dal Calendario regionale; permane una percentuale significativa, intorno al 8%, di ragazze che per motivi imprecisati non completano la vaccinazione.

Per contrastare tali risultati è sempre attiva la collaborazione con la medicina scolastica che opera una costante campagna informativa direttamente ai soggetti aventi diritto ed alle famiglie.

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.

A Siracusa sono state acquistate 68.500 dosi di vaccino antinfluenzale.

Da una rilevazione provvisoria (effettuata al momento della stesura della presente relazione) al 31.12.2016 le dosi di vaccini somministrate sono state 32.385.

Nella campagna 2015-2016 le dosi somministrate a soggetti appartenenti a “categorie a rischio non specificate”, risultano pari a circa il 26% del totale (13.980 dosi).

Le dosi somministrate dai medici di medicina generale (MMG) agli ultrasessantacinquenni risultano circa il 74% (39.570 dosi) per una copertura di circa il 48,7% che seppure superiore a quella della stagione precedente (41,3%) è ancora molto lontana dall'obiettivo del 75%. La curva di decremento

iniziata già a partire dal 2012 rispecchia lo stesso trend in discesa delle vaccinazioni dell'infanzia a rappresentare la sfiducia verso i vaccini che si sta registrando in tutta la collettività.

1.4.3 SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE ANNO 2016

Le notifiche di malattie infettive pervenute dai medici e dalle strutture sanitarie del territorio vengono inserite in un sistema informativo dedicato e successivamente inviate all'Istituto Superiore di Sanità', al DASOE Regione Sicilia ed al Ministero della Salute.

Le malattie infettive notificate al SEMP nel 2016 sono state 291 con 168 notifiche di malattie rientranti in classe 2°, 43 in classe 3° e 79 in classe 4°. I focolai registrati ammontano a 43.

E' importante la riduzione dei casi registrati nel 2016 dopo il notevole incremento evidente negli anni precedenti (2013 – 2015).

RIEPILOGO NOTIFICHE MALATTIE INFETTIVE ANNO 2016

Riepilogo focolai - Anno 2016

	Altro	Carcere	Comunità Alloggio	Comunità aperta	Famiglia	Ospizio	Scuola	Totale casi
Pediculosi	2			5		1	1	9
Scabbia	3	1	6	17	1			28
Varicella	1			2	2		1	6
Totale	6	1	6	24	3	1	2	43

Morbillo e varicella

A Siracusa sono stati segnalati nel 2014 un solo caso di morbillo e nessun caso nel 2015 e nel 2016, a dimostrazione dei buoni risultati ottenuti con l'intensificazione della sorveglianza sanitaria esercitata per questa malattia ancora altamente letale e del recupero dei soggetti non vaccinati.

Di contro tuttavia si osserva un decremento costante della vaccinazione che nel 2016 raggiunge per la prima dose il minimo storico del 78,8%.

A Siracusa il trend temporale delle notifiche di malattia mantenutosi costante negli anni 2013-2015, nel 2016 ha subito un'impennata, molto probabilmente imputabile al calo delle coperture vaccinali.

Tubercolosi

Come si evidenzia nel sottostante grafico, in provincia di Siracusa si è osservato un incremento crescente dei casi di tbc notificati, di cui il 70% circa dei casi indici sono a carico di soggetti di nazionalità non italiana.

1.4.4 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 di Emergency.

Nel corso del 2016 sono stati testati con Mantoux 324 soggetti con il riscontro di una positività di circa il 35%.

Data notifica	Nazionalità caso indice	n. contatti testati	N. positivi alla Mantoux
Febbraio 2016	Gambia	11	2
Febbraio 2016	Somalia	61	26
Aprile 2016	Somalia	1	1
Aprile 2016	Mali	82	40
Luglio 2016	Nigeria	4	1
Luglio 2016	Gambia	28	15
Luglio 2016	Costa D'Avorio		Caso secondario al precedente
Agosto 2016	Sierra Leone	19	Lettura non effettuata per trasferimento
Agosto 2016	Gambia	70	22
Ottobre 2016	Eritrea	48	9

4. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

- a) Giornata formativa c/o l'Ufficio di Formazione il 14.06.2016 per tutto il personale di ruolo sanitario "I vaccini in età pediatrica".
- b) Incontri formativi c/o i locali del SEMP per tutto il personale di ruolo sanitario su:
- applicazione della procedura di acquisizione del "Dissenso informato"
 - aggiornamento modulistica di invito alla vaccinazione con particolare riferimento alla vaccinazione HPV nei maschi
 - pianificazione della campagna antinfluenzale con particolare attenzione alla sensibilizzazione ed all'adesione dei MMG
 - implementazione del "Diario Vaccinale" per la sorveglianza delle reazioni da vaccino
 - Stesura del "Piano Aziendale di Prevenzione" in relazione al "Piano Regionale di Prevenzione"

1.5 Programmi di screening per la prevenzione dei tumori

U.O.S. Centro Gestionale Screening

Screening Mammografico	
Popolazione target da invitare nell'anno 2016	26.888
Esclusi prima dell'invito per decesso o tumore documentato	599
Inviti effettuati	26.293
N. inviti inesitati	750
Mammografie effettuate	5.631
Copertura: n° soggetti invitati/popolazione target - esclusi prima dell'invito	100%
Adesione: n° soggetti testati/popolazione target esclusi	21,46%
Inesitati	2,85 %

Screening Ginecologico	
Popolazione target da invitare nell'anno 2016	37.145
Esclusi prime dell'invito	303
Inviti effettuati	36.671
N. inviti inesitati	1.060
Pap test effettuati	10.244
Copertura: n° soggetti invitati/popolazione target - esclusi prima dell'invito	100%
Adesione: n° soggetti testati/popolazione target - esclusi	27,81 %
Inesitati	2,89 %

Screening Colon retto	
Popolazione target da invitare nell'anno 2016	52.306
Esclusi prime dell'invito	305
Inviti effettuati	52.092
N. inviti inesitati	1.552
Esami effettuati	8.715
Copertura: n° soggetti invitati/popolazione target - esclusi prima dell'invito	100%
Adesione: n° soggetti testati/popolazione target - esclusi	16,76 %
Inesitati	2,98 %

Principali Obiettivi Raggiunti:

- *Coinvolgimento e collaborazione MMG (obiettivo previsto entro il 2016: 30%)- sono stati effettuati incontri informativi con i MMG è stato raggiunto l'obiettivo.*
- *Riduzione degli inesitati (obiettivo previsto entro il 2016 <=3%): si è proceduto all'aggiornamento delle liste anagrafiche in possesso, con conseguente cospicua diminuzione degli inesitati rispetto agli anni precedenti. Degli inesitati nel primo quadrimestre sono stati aggiornati gli indirizzi e inviati i solleciti.*
- *Integrazione CUP-Screening: obiettivo raggiunto.*
- *Copertura 100% per i tre screening: obiettivo raggiunto.*

Per quanto riguarda gli obiettivi da raggiungere "...entro il 31.12.2016" per ciascuno screening si è fatto riferimento alla Circolare dell'Assessoriale, che in particolare specifica:

- *aumento dell'estensione dei programmi di screening del cervicocarcinoma fino al 100% della popolazione target ed aumento dell'adesione fino al 40%;*
- *aumento dell'estensione dei programmi di screening mammario fino al 100% della popolazione target ed aumento dell'adesione fino al 45%;*
- *aumento dell'estensione dei programmi di screening del colon-retto fino al 100% della popolazione target ed aumento dell'adesione fino al 30%;".*

Da quanto sopra si evince che è stato raggiunto l'obiettivo copertura del 100% per i tre screening. Per quanto riguarda invece l'adesione, gli obiettivi fissati dalla Regione non sono stati raggiunti perché decisamente troppo alti, anche se, per l'anno 2016 i risultati sono superiori alla media regionale.

1.6 Relazione annuale aziendale per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi - Anno 2016

L'Azienda è stata impegnata in una serie di azioni intese a migliorare la qualità dei servizi resi al cittadino con particolare riguardo al miglioramento del confort alberghiero, interventi mirati all'accoglienza, alla appropriatezza e qualità dei servizi resi.

Azioni a supporto:

1. Con delibera n. 727 del 10.08.2016 è stato adottato il regolamento che disciplina l'attività di volontariato presso le strutture dell'ASP di Siracusa. Sono stati rinnovati, secondo il nuovo regolamento, alcune convenzioni/protocolli d'intesa mentre sono in corso di formalizzazione altre convenzioni con Associazioni di volontariato presenti nel territorio provinciale e nazionale;
2. Con delibera n. 704 del 04.08.2016 è stato adottato il regolamento disciplinante le procedure di donazione attiva nei confronti dell'ASP;
3. Con delibera n. 144 del 01.03.2016 è stato adottato il regolamento del servizio di onoranze funebri nei Presidi Ospedalieri dell'ASP;
4. Con delibera n. 941 del 02.11.2016 è stato adottato il regolamento sul divieto di fumo nei locali dell'ASP di Siracusa

Attività contrattuale:

1. Con delibera n. 670 del 29.07.2016 è stato approvato il regolamento delle funzioni dell'Ufficiale Rogante e della tenuta del Repertorio dei contratti" e del Registro generale contratti, convenzioni, accordi e protocolli d'intesa";
2. Già dall'anno 2015 tutti i contratti, sia in forma pubblica amministrativa che nella forma della scrittura privata, vengono formulati in modalità elettronica con firma digitale.

Trasporto infermi con ambulanze private

1. Con delibera n. 1095 del 21.12.2016 è stato revisionato il regolamento per la stipula di convenzioni con associazioni di volontariato/cooperative sociali per attività di trasporto infermi mediante ambulanza tra i PP.OO. aziendali;
2. Con la stessa delibera è stato approvato l'avviso pubblico per la stipula delle convenzioni;
3. La procedura per l'individuazione delle associazioni/cooperative è in corso di definizione.

U.O. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE/ URP UFFICIO TERRITORIALE STRANIERI

Alla UO Informazione e Comunicazione afferiscono:

1. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
2. L'Ufficio Stampa alle dipendenze del Direttore Generale;
3. L'Ufficio Territoriale Stranieri.

La UO Informazione e Comunicazione/ URP si articola su più aree:

- a) Area comunicazione e Reclami;
- b) Area "analisi e ricerche sull'utenza".

- c) Organizzare e gestire un sistema permanente di analisi della qualità globale e di relazioni pubbliche, concorrendo a definire i processi di riadeguamento dei servizi e delle prestazioni, individuando da un lato i bisogni e la domanda sanitaria, dall'altro la soddisfazione del cittadino utente.

L'URP è articolato in 7 Punti informativi Urp distribuiti sul territorio aziendale, preposti al contatto diretto con il Pubblico e coordinati a livello funzionale dalla U.O. Comunicazione ed Informazione (Sede funzionale ed Organizzativa di Siracusa) che gestisce e rielabora i dati delle attività e procede all'istruttoria come da Procedura *Gestione Reclami* e Regolamento di Pubblica Tutela.

PUNTI INFORMATIVI URP

Siracusa – via Brenta 1

Siracusa – PO Umberto I

Siracusa – PO Rizza

Augusta – Ospedale Muscatello

Lentini- Presidio Ospedaliero/Distretto

Noto – Ospedale Trigona

Avola – Ospedale G. Di Maria.

Nei Punti Informativi Urp gli Operatori addetti al front-office accolgono, informano, orientano l'Utenza effettuando attività di indirizzamento in occasione di richieste semplici e ponendosi quale snodo per la decodifica del bisogno in caso di domande complesse attraverso una presa in carico che, nel rispetto della privacy, consente l'approfondimento di dettagli relativi alla fruizione dei servizi e l'acquisizione di reclami e segnalazioni, con la risoluzione estemporanea degli stessi o la trasmissione all'U.O. Comunicazione/Informazione per il proseguo dell'istruttoria amministrativa.

COMUNICAZIONE E RECLAMI

Le Informazioni

Sono state fornite dai Punti di Informazione URP. Nel corso del 2016 l'Ufficio URP ha espletato le seguenti attività:

- ha accolto, per accesso diretto o rispondendo al Numero Verde e ai numeri interni, circa 24.000 utenti, con una media giornaliera di 92 utenti divisi tra l'URP aziendale e restanti sei URP distrettuali/ospedalieri per orientamento sulle attività e le prestazioni dell'Azienda. Le informazioni erogate all'Utenza hanno riguardato soprattutto le modalità di accesso alle prestazioni, le procedure per l'attivazione di servizi specifici, le prestazioni erogate anche in modalità convenzionate, i tempi di attesa, ecc.
- ha acquisito, e avviato la relativa istruttoria, direttamente, per posta e/o e-mail per: circa 424 reclami scritti e 1681 reclami verbali. Le segnalazioni sono state esaminate come da regolamento.

Le segnalazioni/reclami

Le segnalazioni di disservizio che vengono acquisite dagli Uffici URP dislocati sul territorio; possono essere verbali o scritte. I reclami verbali sono stati esitati nell'immediatezza individuando una risoluzione opportuna per il problema esposto mentre i reclami scritti sono stati esitati nella procedura "*Gestione Reclami*".

“Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti”

Interventi:

1. 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. Obiettivo Raggiunto
In ottemperanza al progetto l'ASP:
 - Ha elaborato il Piano di Miglioramento aziendale adottato con delibera 742 del 12 agosto 2015 “Approvazione Piano di Miglioramento Aziendale 2015” in cui sono state prese in considerazione le criticità emerse dalla compilazione di apposite check list.
 - Ha condiviso, prima della stesura definitiva il Piano di miglioramento con i Direttori dei PP.OO. Aziendali e il Comitato Consultivo Aziendale.
 - Ha caricato il Piano di miglioramento aziendale nelle sue varie parti sulla piattaforma DASOE www.qualitasiciliassr.it;
 - Con nota prot. n. 1905 ha inviato il documento ai Direttori dei PP.OO. e delle UU.OO. coinvolte per l'avvio dei singoli piani di miglioramento.
 - Ha monitorato la realizzazione dei singoli piani di miglioramento.
 - Come da progetto AGENAS, in data 12.12.16 la U.O. sono state concordate le scadenze in cui convocare l'equipe mista per attivare gli audit di verifica.
2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti. Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale: OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

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

1° Indicatore: numero interviste effettuate/ numero interviste programmate

N. interviste effettuate nell'anno 2016: 2902 su 2756 previste. OBIETTIVO RAGGIUNTO.

2° Indicatore: n. di aggregazioni valutate A in I1/ numero di aggregazioni in totale

N. aggregazioni valutate A: 113/140 OBIETTIVO RAGGIUNTO

Come da direttive regionali la valutazione annuale è stata calcolata dalla media dei punteggi ottenuti nel 2° e 3° quadrimestre anno 2016

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

Sono state effettuate le azioni di seguito elencate:

- è stato realizzato, in linea con le direttive assessoriali, il questionario da somministrare alle persone anziane con fratture di femore ricoverate presso le strutture ospedaliere o accreditate
- il questionario di cui sopra è stato trasmesso con nota prot.503/URP del 11.07.2016 a tutti i Direttori Medici dei PP.OO., al Direttore di UOC di Traumatologia dei PP.OO. Aziendali, ai Direttori Sanitari delle seguenti case di cura accreditate: “Villa Salus”-“ Santa Lucia” – “Villa Rizzo”
- previa acquisizione di relativi consensi informati, sono state effettuate
 - N. 186 interviste come di seguito suddivise
 - 25 Villa Salus
 - 3 Santa Lucia
 - 20 PO Umberto I
 - 138 PO Lentini

SOS- Progetto Sportello Orientamento Servizi

L'ASP 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.

UFFICIO TERRITORIALE STRANIERI

- L'elenco Aziendale dei Mediatori culturali, adottato con atto deliberativo n. 1033 del 10 dicembre 2013, come da regolamento aziendale, è stato regolarmente aggiornato;
- L'attività di mediazione culturale è stata pienamente implementata: i mediatori culturali intervengono, come da regolamento aziendale, su chiamata sia nelle strutture aziendali, sia nei Centri di Accoglienza Straordinaria (C.A.S.) dove operano i medici dell'Ufficio Territoriale Stranieri.

Monitoraggio attività dei mediatori culturali presso i Centri di accoglienza straordinari

- Attività dei mediatori culturali realizzata come di seguito specificato

n.interventi	n.interventi	n.interventi	n.interventi	n.interventi	n.interventi
gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
430	395	275	385	325	345
luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
395	325	325	505	370	305

Gestione del "Servizio di mediazione interculturale" attraverso

- l'acquisizione ed elaborazione delle richieste di prestazione di mediazione culturale avanzate dai Direttori/Responsabili delle UU.OO. Aziendali,
- individuazione del mediatore a seconda delle esigenze linguistico-culturali
- Predisposizione delle determinazioni di pagamento "prestazioni di mediazione"

Assistenza sanitaria e farmaceutica post sbarco ai migranti ospiti nei CAS provinciali

- E' stata garantita l'assistenza sanitaria e farmaceutica attraverso il coordinamento dell'attività di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale:
 - ✓ Medici dell'Ufficio Territoriale Stranieri
 - ✓ Medici di Continuità Assistenziale
 - ✓ Mediatori interculturali

- Ha gestito l'attività di:
 - ✓ N. 10 Ambulatori per immigrati di cui 9 attivati presso i C.A.S.
 - ✓ N. 36 Mediatori culturali
- Sono state effettuate N. 10.502 visite mediche presso i CAS dai Medici dell'Ufficio Territoriale Stranieri e Medici di Continuità Assistenziale,
- Sono stati rilasciati:
 - ✓ N. 2196 STP
 - ✓ N. 95 ENI

Progetto OIM

L'ASP ha partecipato al processo di implementazione del Personal Health Record PHR (Fascicolo Sanitario) nei centri di accoglienza e presso il P.O. Umberto I secondo il protocollo stipulato tra l'OIM Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, con sede legale in Roma, e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa. Il progetto Re-Health, finanziato dalla Commissione Europea – Direzione Generale per la Salute e i Consumatori, si pone l'obiettivo di supportare gli Stati Membri Europei nell'identificazione e gestione degli aspetti legati alla salute dei migranti. In particolare, il progetto promuove la diffusione del fascicolo sanitario elettronico (Personal Health Record - PHR), sviluppato dall'OIM in collaborazione con ECRC, in Italia e in Europa. Il progetto è in fase di sperimentazione in Sicilia, Liguria e in Trentino. L'obiettivo è quello di sviluppare uno strumento per tracciare il dato sanitario del migrante durante il percorso migratorio.

Progetto ANOLF

Attraverso un protocollo d'intesa sono stati regolati i rapporti tra l'ASP e l'Associazione ANOLF, esclusivamente in relazione al progetto della suddetta Associazione di intervento di mediazione culturale presso il Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Siracusa

Obiettivi di tale collaborazione sono:

- a. Rafforzare la presenza dei mediatori culturali in collaborazione con il personale dell'ufficio territoriale stranieri e con i mediatori culturali dell'ASP, al fine di fornire risposte concrete e tempestive alle molteplici e complesse richieste di intervento nelle strutture ospedaliere;
- b. Incrementare un servizio di orientamento ed assistenza socio-sanitaria di base alla popolazione straniera e in stato di bisogno;
- c. Facilitare ed ottimizzare l'accesso degli aventi diritto alle risorse esistenti nella Provincia di Siracusa nell'area di competenza della ASP di Siracusa;
- d. Migliorare l'efficacia delle prestazioni sanitarie erogate dal personale del Presidio Ospedaliero.

Corsi di Formazione

L'ufficio immigrati ha organizzato n. 3 incontri formativi in collaborazione con l'OIM per i mediatori

Attività di informazione/formazione dei dipendenti assegnati alla UOS Informazione e Comunicazione/Ufficio Relazioni con il Pubblico coinvolti a vario titolo nelle attività di informazione e sensibilizzazione dell'utenza interessata

- Sono stati realizzati N.4 incontri informativi- formativi (uno per ogni trimestre) presso la sede dell'URP di Siracusa con i dipendenti assegnati alla scrivente con momenti di confronto e verifica delle azioni svolte.

Aggiornamento del sito internet aziendale sulle attività svolte dall'ASP nell'ambito della VIS, curato dal responsabile dell'ufficio stampa.

Attività di informazione e sensibilizzazione dei cittadini residenti nei comuni dell'area ad alto rischio.

E' stata avviata un'indagine a campione effettuata attraverso colloqui diretti con i cittadini residenti nei comuni dell'area ad alto rischio che a vario titolo sono transitati presso l'ufficio URP di Siracusa.

- Colloqui già effettuati N. 100 su n. 100 previsti

ATTIVITA' DI SUPPORTO AL COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE

Nell'anno 2016 con propri operatori l'ASP (URP) ha collaborato con il Comitato Consultivo Aziendale per la condivisione dei PAA e progetti di umanizzazione.

PROGETTI

Referente progettuale del progetto Silver, al quale l'Asp di Siracusa ha aderito, insieme ad altre ASP siciliane e ad altri partners del privato sociale. La delibera di adesione al progetto è la numero 190 del 7 marzo 2016 - delibera di adesione al progetto di cui all'avviso del Ministero dell'Interno a valere sul fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo specifico 1 Obiettivo nazionale 1 "Potenziamento del sistema di prima e seconda accoglienza" - tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in situazione di vulnerabilità psico-sanitaria anche attraverso il rafforzamento delle competenze".

ATTIVITA' UFFICIO STAMPA

Ha svolto la seguente attività:

- Collaborato al potenziamento dei processi informativi interni attraverso la creazione di un portale di scambio di contenuti con privilegi di accesso predefinito e la diffusione house organ Aziendale in formato digitale ed inserimento del sito web;
- Rivista trimestrale "ASP Siracusa in forma" per la divulgazione dell'attività amministrativa e sanitaria dell'Azienda;
- Pubblicato sul sito internet aziendale la Carta dei servizi aziendale realizzata dall'URP in lingua italiana, inglese, francese, arabo;
- Pubblicato sul sito internet aziendale i consensi informati multilingua realizzate dall'URP;
- Aggiornamento continuo del sito internet aziendale e della sezione Amministrazione trasparente;
- Realizzato tramite appositi spot "Campagne di prevenzione e Campagne sull'uso appropriato dei servizi";

CAPITOLO 2

2.1 Risorse assegnate ed utilizzate.

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

MODELLO DI RILEVAZIONE DEL CONTO ECONOMICO AZIENDE SANITARIE LOCALI - ASP SR

CONTO ECONOMICO			<i>Importi: Euro</i>	
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale del 20/03/2013</i>	Anno 2016	Anno 2015	VARIAZIONE 2016/2015	
			<i>Importo</i>	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	652.850.517	637.700.957	15.149.560	2,4%
Contributi in c/esercizio - da Regione a) o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	651.603.477	635.194.214	16.409.263	2,6%
Contributi in c/esercizio - extra b) fondo	1.234.370	2.485.743	-	-50,3%
1) <i>Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati</i>	1.234.370	1.708.749	-	-27,8%
2) <i>Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA</i>	-	-	-	-
3) <i>Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA</i>	-	-	-	-
4) <i>Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro</i>	-	-	-	-
5) <i>Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)</i>	-	-	-	-
6) <i>Contributi da altri soggetti pubblici</i>	-	776.994	776.994	-100,0%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	21.000	21.000	-100,0%
1) <i>da Ministero della Salute per ricerca corrente</i>	-	-	-	-

2) <i>da Ministero della Salute per ricerca finalizzata</i>			-	-
3) <i>da Regione e altri soggetti pubblici</i>	-	21.000	21.000	-100,0%
4) <i>da privati</i>			-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	12.670		12.670	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	6.710.998	9.001.160	2.290.162	-25,4%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	5.195.483	5.754.318	558.835	-9,7%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	32.180.488	31.708.072	472.416	1,5%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	24.460.908	22.415.522	2.045.386	9,1%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	2.588.745	2.608.443	19.698	-0,8%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	5.130.835	6.684.108	1.553.272	-23,2%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	9.321.747	8.592.924	728.822	8,5%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.536.297	2.741.967	205.670	-7,5%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	9.237.236	10.580.492	1.343.256	-12,7%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	391.894	426.965	35.072	-8,2%
Totale A)	705.002.663	688.504.536	16.498.127	2,4%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	92.173.267	95.009.374	2.836.107	-3,0%
a) Acquisti di beni sanitari	90.655.485	93.155.770	2.500.285	-2,7%
b) Acquisti di beni non sanitari	1.517.782	1.853.603	335.821	-18,1%
2) Acquisti di servizi sanitari	349.904.385	336.230.705	13.673.680	4,1%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	46.535.894	45.412.086	1.123.808	2,5%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	59.102.663	60.577.434	1.474.771	-2,4%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	51.458.364	49.749.697	1.708.667	3,4%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	16.236.046	16.036.292	199.754	1,2%

e)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	7.331.582	6.536.882	794.700	12,2%
f)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	6.332.451	6.130.486	201.966	3,3%
g)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	105.096.904	105.655.064	558.159	-0,5%
h)	Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	7.083.065	7.614.484	531.419	-7,0%
i)	Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	25.937.824	17.882.684	8.055.140	45,0%
j)	Acquisti prestazioni termali in convenzione	113.000	132.000	19.000	-14,4%
k)	Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	2.335.607	2.102.372	233.236	11,1%
l)	Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	12.837.132	10.594.441	2.242.691	21,2%
m)	Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.985.797	1.939.198	46.600	2,4%
n)	Rimborsi Assegni e contributi sanitari	2.066.235	1.625.373	440.862	27,1%
o)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.292.074	1.250.262	41.811	3,3%
p)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.159.747	2.991.950	1.167.797	39,0%
q)	Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3)	Acquisti di servizi non sanitari	28.855.286	26.754.004	2.101.282	7,9%
a)	Servizi non sanitari	28.285.365	26.384.556	1.900.809	7,2%
-	b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	303.210	250.940	52.270	20,8%
-	c) Formazione	266.711	118.508	148.203	125,1%
4)	Manutenzione e riparazione	8.985.880	7.505.349	1.480.530	19,7%
5)	Godimento di beni di terzi	3.057.577	2.209.698	847.879	38,4%
6)	Costi del personale	186.037.708	186.271.045	233.337	-0,1%
a)	Personale dirigente medico	76.970.979	77.832.922	861.943	-1,1%
b)	Personale dirigente ruolo sanitario non medico	9.142.252	9.274.580	132.328	-1,4%
c)	Personale comparto ruolo sanitario	70.463.223	69.563.541	899.682	1,3%
d)	Personale dirigente altri ruoli	2.482.096	2.408.152	73.944	3,1%
e)	Personale comparto altri ruoli	26.979.158	27.191.851	212.692	-0,8%

7) Oneri diversi di gestione	4.332.808	2.771.116	1.561.691	56,4%
8) Ammortamenti	11.309.020	11.600.216	291.196	-2,5%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	381.216	281.407	99.809	35,5%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	6.209.632	6.145.002	64.630	1,1%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.718.173	5.173.807	455.634	-8,8%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	429.807	250.000	179.807	71,9%
10) Variazione delle rimanenze	509.468	992.126	482.657	-48,6%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	487.186	1.093.829	606.643	-55,5%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	22.282	101.703	123.985	-121,9%
11) Accantonamenti	6.979.061	6.404.102	574.959	9,0%
a) Accantonamenti per rischi	3.625.640	3.387.714	237.926	7,0%
b) Accantonamenti per premio operosità	330.632	330.368	263	0,1%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	625.690	1.874.420	1.248.730	-66,6%
d) Altri accantonamenti	2.397.100	811.600	1.585.500	195,4%
Totale B)	691.555.331	674.013.484	17.541.847	2,6%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	13.447.332	14.491.052	1.043.720	-7,2%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	0	13	13	-99,9%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.242.252	2.726.298	1.484.045	-54,4%
Totale C)	1.242.252	2.726.284	1.484.032	-54,4%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni			-	-
2) Svalutazioni			-	-
Totale D)	-	-	-	-

E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	3.749.278	4.213.976	464.698	-11,0%
a) Plusvalenze	13.300		13.300	-
b) Altri proventi straordinari	3.735.978	4.213.976	477.998	-11,3%
2) Oneri straordinari	1.842.003	1.829.332	12.671	0,7%
a) Minusvalenze	70	334	-264	-79,1%
b) Altri oneri straordinari	1.841.934	1.828.998	12.935	0,7%
Totale E)	1.907.275	2.384.644	477.369	-20,0%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	14.112.354	14.149.412	37.057	-0,3%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	13.439.272	13.377.790	61.482	0,5%
a) IRAP relativa a personale dipendente	12.168.243	12.141.373	26.871	0,2%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	1.102.236	1.071.586	30.650	2,9%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	168.793	164.832	3.961	2,4%
d) IRAP relativa ad attività commerciali			-	-
2) IRES	423.843	530.000	106.157	-20,0%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)			-	-
Totale Y)	13.863.115	13.907.790	44.675	-0,3%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	249.240	241.622	7.618	3,2%

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 4.040 derivante principalmente: in quanto per la stima del bilancio di previsione è stato considerato l'assegnazione dell'anno 2016 .

Per quanto riguarda i “costi della produzione”, i principali scostamenti si riferiscono alle seguenti voci:

- a) la voce B.2 “Acquisti di servizi” presenta un incremento di €/mgl 816 dovuto principalmente all'aumento dei costi per ADI, RSA private, assistenza domiciliare pazienti oncologici e servizi di ausiliario;
- b) l'incremento della voce “Accantonamenti tipici dell'esercizio” è pari a €/mgl 3.058 e derivante prevalentemente da: adeguamento del fondo rischi per cause civili e processuali, accantonamenti per il rinnovo contrattuali personale dipendente, rinnovi personale convenzionato (MMG-PLS e SUMAI), accantonamento per adeguamento prezzi e oneri fondo personale in quiescenza.

Il risultato di esercizio 2016 risulta pari ad €/mgl 249 e verrà destinato prevalentemente a copertura delle perdite degli esercizi precedenti.

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

Si evidenzia il prospetto riepilogativo dell'attività libero professionale intramoenia:

CODICE MOD. CE	PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN REGIME DI INTRAMOENIA	Valore CE al 31/12/2016	Valore CE al 31/12/2015	Variazioni importo	Variazioni %
AA0680	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	0	0	0	0,00%
AA0690	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	1.722.774	1.585.071	137.703	8,69%
AA0700	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	23.212	6.857	16.355	238,51%
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	842.759	625.400	217.359	34,76%
AA0740	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0	391.114	-391.114	-100,00%
	TOTALE RICAVI INTRAMOENIA	2.588.745	2.608.443	-19.698	-0,76%
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	1.065.387	980.934	84.453	8,61%
BA1230	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	16.538	4.886	11.653	238,51%
BA1240	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	397.063	410.996	-13.933	-3,39%
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	506.809	542.382	-35.573	-6,56%
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)	1.985.797	1.939.198	46.600	2,40%
	Indennità di esclusività medica per attività di libera professione	2.420.795	2.585.011	-164.216	-6,35%
	IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	168.793	164.832	3.961	2,40%
	Costi diretti aziendali			0	0,00%
	Costi generali aziendali			0	0,00%
	Fondo di perequazione	103.658	110.335	-6.677	-6,05%
	TOTALE ALTRI COSTI INTRAMOENIA	2.693.246	2.860.178	-166.931	-5,84%

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

Leggere il bilancio in chiave di genere significa integrare la prospettiva di genere a tutti i livelli della procedura di bilancio e ristrutturare le entrate e le uscite al fine di assicurare che le necessità *dell'intera collettività* siano prese in considerazione adeguatamente. Alla base del bilancio di genere, infatti, vi è la considerazione che esistono differenze tra uomini e donne per quanto riguarda le esigenze, le condizioni, i percorsi, le opportunità di vita, di lavoro e di partecipazione ai processi decisionali e che quindi, le politiche non siano neutre rispetto al genere ma al contrario determinino un impatto differenziato su uomini e donne.

La motivazione per la realizzazione di un bilancio di genere, si colloca anche il raggiungimento di alcuni obiettivi della governance locale oggi fondamentali: **efficienza, efficacia, trasparenza ed equità**.

L'analisi di genere del bilancio permette di:

- sensibilizzare gli amministratori e la cittadinanza sulla questione di genere e sull'impatto diversificato delle politiche
- ridurre le disuguaglianze di genere attraverso una distribuzione più equa delle risorse
- migliorare efficacia, efficienza e trasparenza dell'azione amministrativa
- promuovere una lettura ed un'analisi della popolazione e delle diverse esigenze presenti nella comunità e di rispondere coerentemente ad esse
- sviluppare dati e statistiche gender sensitive
- rafforzare il principio di trasparenza e di partecipazione per quanto riguarda la gestione delle risorse collettive e le politiche pubbliche.

In sintesi l'analisi di genere, riguarda la valutazione preventiva delle decisioni (*gender budgeting*), da effettuare sui bilanci di previsione e sui documenti programmatici, inoltre può riferirsi alle decisioni e alle politiche di gestione delle risorse realizzate da un ente (*gender auditing*). Le due pratiche sono strettamente collegate e rappresentano le due fasi fondamentali per la costruzione di un bilancio di genere: partendo dalla valutazione delle politiche effettuate si dovrebbe fornire un'analisi utile per ridefinire quelle future.

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

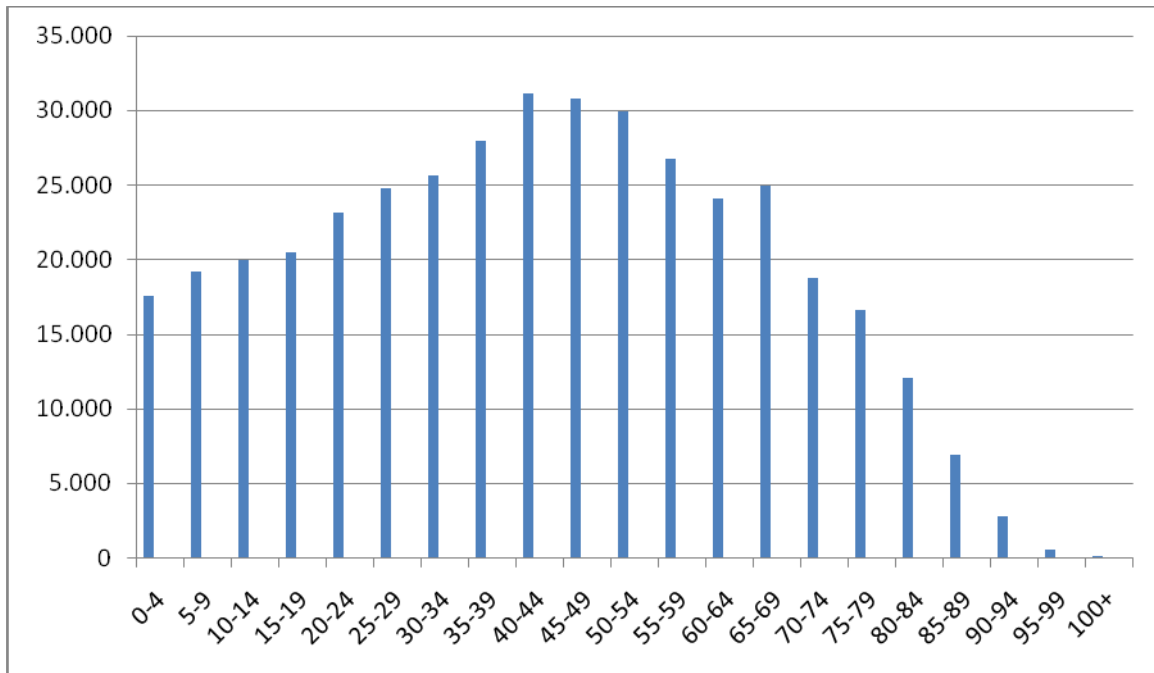
1^ fase

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 - 2016

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale	%Maschi
0-4	9.123	8.425	17.548	4,3%	52,0%
5-9	9.990	9.195	19.185	4,7%	52,1%
10-14	10.338	9.624	19.962	4,9%	51,8%
15-19	10.467	9.981	20.448	5,1%	51,2%
20-24	11.895	11.247	23.142	5,7%	51,4%
25-29	12.770	12.016	24.786	6,1%	51,5%
30-34	13.112	12.544	25.656	6,4%	51,1%
35-39	14.158	13.825	27.983	6,9%	50,6%
40-44	15.523	15.635	31.158	7,7%	49,8%
45-49	15.269	15.547	30.816	7,6%	49,5%
50-54	14.794	15.151	29.945	7,4%	49,4%
55-59	13.042	13.678	26.720	6,6%	48,8%
60-64	11.574	12.485	24.059	6,0%	48,1%
65-69	11.989	12.991	24.980	6,2%	48,0%
70-74	8.797	9.919	18.716	4,6%	47,0%
75-79	7.477	9.162	16.639	4,1%	44,9%
80-84	5.069	6.937	12.006	3,0%	42,2%
85-89	2.588	4.266	6.854	1,7%	37,8%
90-94	873	1.886	2.759	0,7%	31,6%
95-99	149	390	539	0,1%	27,6%
100+	18	66	84	0,0%	21,4%
Totale	199.015	204.970	403.985		

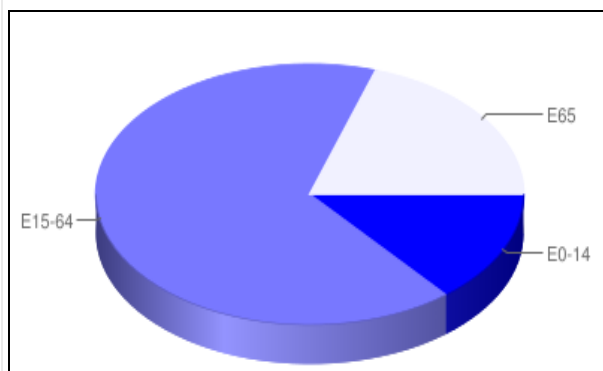
Grafico Età



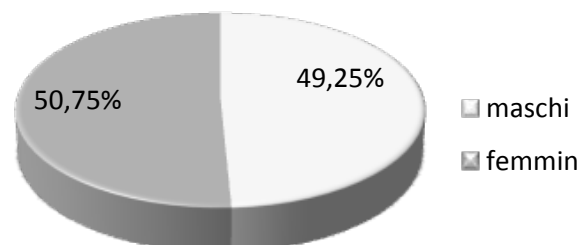
Per Fasce di Età

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale	%Maschi
0-14	29.451	27.244	56.695	14,0%	51,9%
15-64	132.604	132.109	264.713	65,5%	50,1%
65+	36.960	45.617	82.577	20,4%	44,8%
Totale	199.015	204.970	403.985		

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

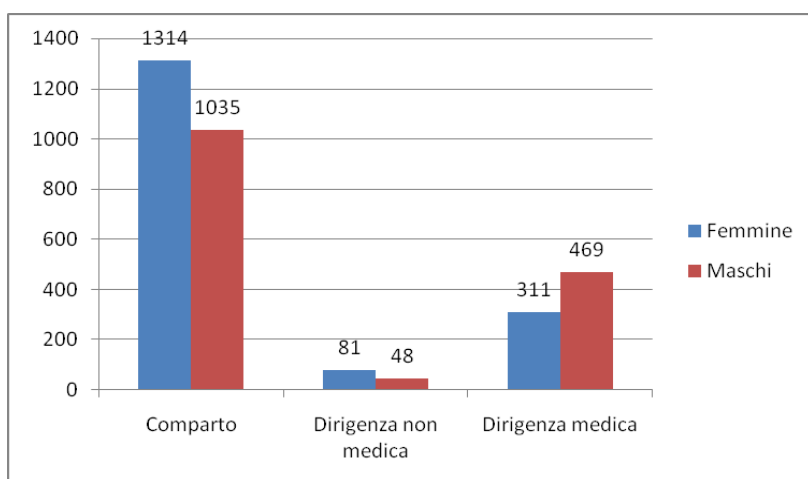
Mancanza di indicatori:

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 3

Obiettivi e Performance

3.1 - Obiettivi Regionali ed Aziendali

Gli obiettivi dell'Azienda per l'anno 2016, come per tutte le Aziende Sanitarie, sono stati definiti a livello generale dal Piano Sanitario Regionale (PSR) che a sua volta trae spunto dalle linee di indirizzo contenute nel Piano Sanitario Nazionale (PSN).

Il P.S.N. ha indicato le azioni che devono guidare il Servizio Sanitario Nazionale:

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

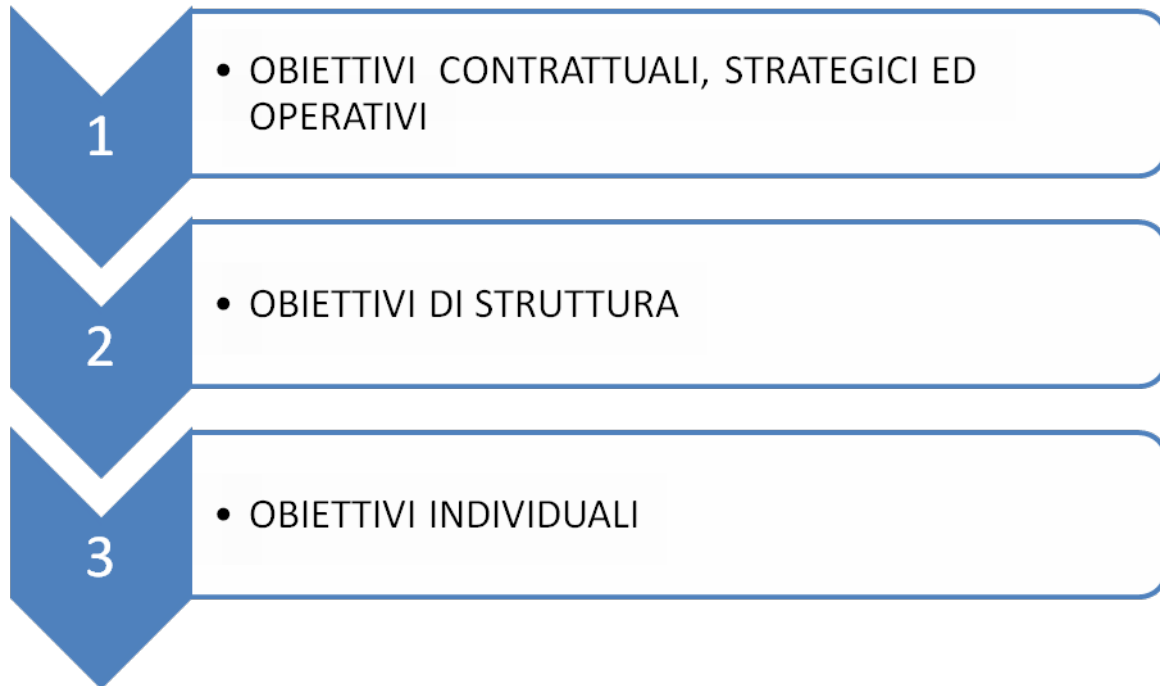
L'Azienda ha, quindi, orientato le strategie gestionali e organizzative sul principio della centralità del cittadino-utente, quale destinatario delle prestazioni e interlocutore privilegiato.

3.2. 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 strategici, a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti (obiettivi di struttura).

In ultima analisi i Dirigenti preposti alle varie UU.OO., nel loro ruolo di valutatori di prima istanza, sono stati chiamati ad inizio anno ad assegnare obiettivi individuali al personale assegnato alla propria U.O.

SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:



3.3 Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi

L'Assessorato della Salute Siciliano, pur avendo raggiunto l'equilibrio economico finanziario e quindi, in concreto, non essere più sottoposto a "Piano di Rientro", ha comunque fatto la scelta di continuare a gestire la propria attività di contenimento e riqualificazione del proprio sistema coerentemente a un "Piano operativo di consolidamento e sviluppo" concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per il triennio 2013/2015.

Con tali premesse il sistema obiettivi, oltre che rafforzare e dare continuità alle linee intraprese negli anni precedenti, si dimensiona coerentemente con quanto presente nel Programma Operativo.

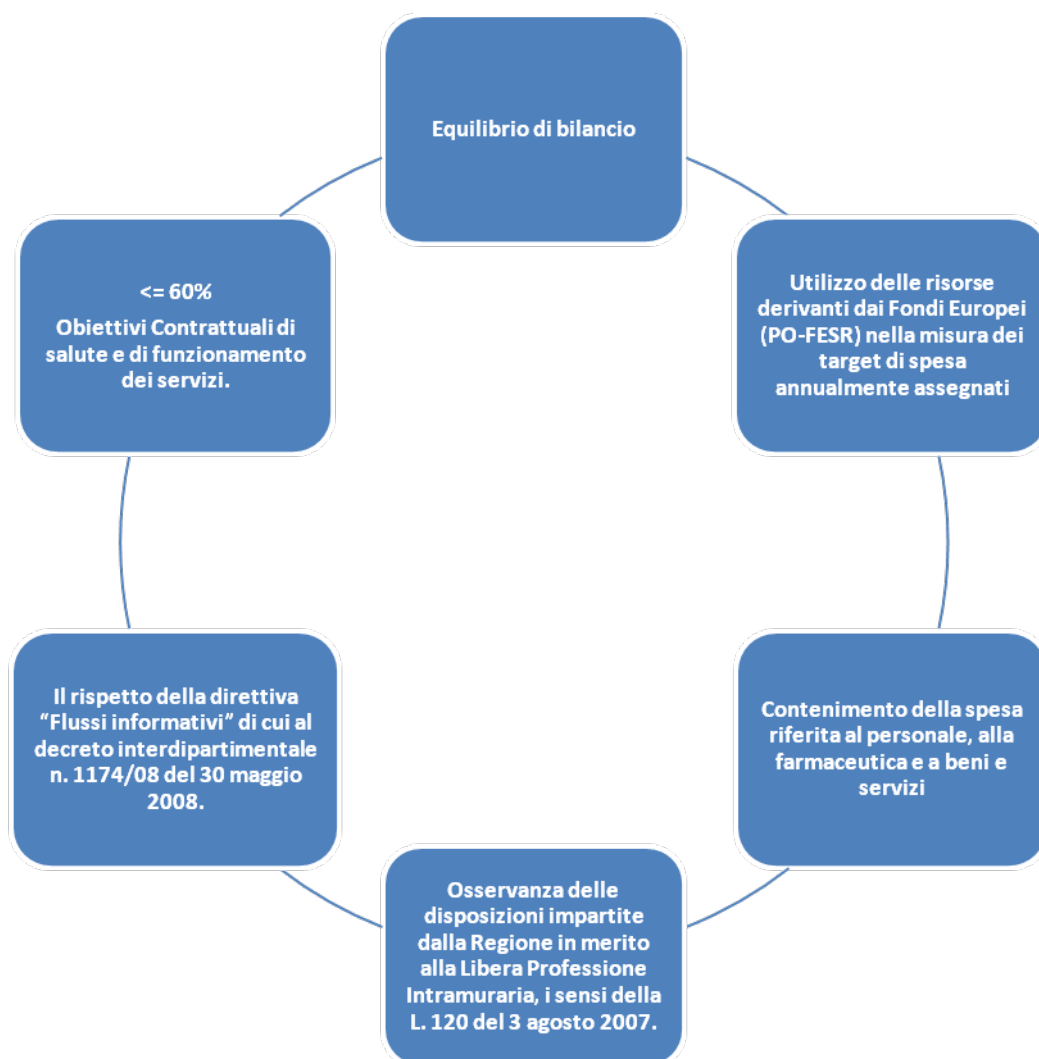
In concreto l'obiettivo è stato di continuare il processo avviato con i Piani Attuativi Aziendali (P.A.A.) riallineandoli da una parte con gli impegni che saranno assunti con il nuovo Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) e dall'altra con le implementazioni al Piano Sanitario Regionale e sue possibili revisioni, in logica "rolling" 2015-2017.

L'Assessorato Regionale della Salute, ha assegnato gli obiettivi, contrattuali e di salute e funzionamento dei servizi con validità fino al 30/06/2017.

Oltre agli obiettivi strategici correlati al sistema di incentivazione, nel contratto dei Direttori Generali sono stati rivisti obiettivi generali a valenza triennale. Con riferimento a quest'ultimi, il cui eventuale non raggiungimento comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.r. n. 5/09, oltre all'equilibrio di bilancio, sono oggetto di valutazione i seguenti aspetti:

- contenimento della spesa riferita al personale, alla farmaceutica e a beni e servizi;
- il rispetto della direttiva "Flussi informativi" di cui al decreto interdipartimentale n°1174/08 del 30 maggio 2008 ;
- l'utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR) nella misura dei target di spesa annualmente assegnati;
- l'osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla Libera Professione Intramuraria, ai sensi della L. 120 del 3 agosto 2007.

3.4 OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI



L'Assessorato alla salute ha individuato, inoltre, per tutte le Aziende, un obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP Unici Provinciali, avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di Presidio Ospedaliero.

3.5 - 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 2016 i seguenti tre macro-obiettivi:

5.1a

- P.A.A.
- POCS
- OBIETTIVI ASSEGNATI DAL PSR

5.1b

- ESITI

5.1c

- LISTE DI ATTESA - MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA
- RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA
- DONAZIONE ORGANI
- PRESCRIZIONE IN MODALITA' DEMATERIALIZZATA
- UTILIZZO DEI FONDI P.S.N.
- SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICAZIONE (P.A.C.)

5.1d

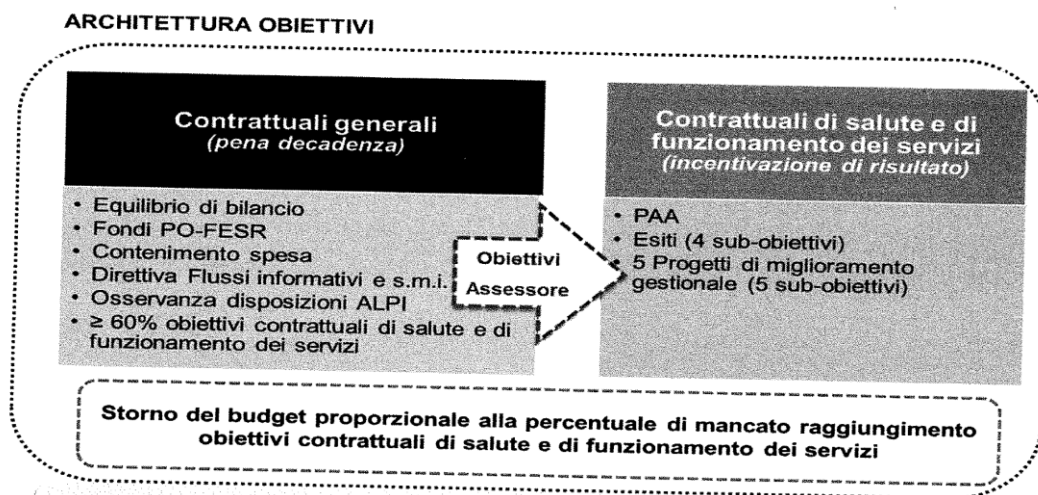
- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

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 definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dal POCS 2013 della Regione Siciliana.

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.

3.6 Risultati raggiunti per gli obiettivi programmatici - anno 2016.



3.6.1. Obiettivi Contrattuali Generali

1. Equilibrio di bilancio

L'obiettivo di equilibrio di bilancio per l'esercizio 2016, oggetto di definizione in sede di sottoscrizione del verbale di negoziazione del budget 2016, sulla base del preconsuntivo 2016 pari a €/mgl 249 risulta raggiunto.

2. PO-FESR

Il target complessivo assegnato è stato completamente raggiunto e superato nel mese di dicembre 2016.

3.7 - P.A.A. 2016/2017

Per l'anno 2016 e 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.

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

Tali obiettivi non esauriscono l'ambito operativo dell'attività dell'Azienda la quale, costituendo una struttura di notevole complessità organizzativa, è vincolata nel raggiungimento di una serie ulteriore di obiettivi.

3.8 - ESITI

La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per gli anni: 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015 di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE).

Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità è stato proposto anche per il 2016 di continuare ad impiegare i tre indicatori utilizzati in precedenza aggiungendo un nuovo indicatore di attenzione:

2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore *over* 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;

2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;

2.3.1 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;

2.3.2 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro 90 minuti (differenza tra il tempo in cui è stato effettuando l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti);

2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.

3.9 - PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Per gli anni 2016/2017 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 sono:

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)

3.9.1 - AZIONI SPECIFICHE AZIENDALI

Oltre agli obiettivi strategici organizzativi Assessoriale/Ministeriali l'Azienda intende per il 2016 ha perseguito degli obiettivi propri con azioni rivolte al miglioramento della qualità delle prestazioni rese al cittadino utente e soprattutto alla salvaguardia e garanzia di una amministrazione trasparente e quanto più tesa alla legalità.

Maggiori interventi programmati:

- **ESAURIRE IL BACINO DEI CONTRATTISTI EX LSU ALL'ASP DI SIRACUSA CON L'IMMISSIONE IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO DEGLI ULTIMI 96, ;**
in altrettanti posti di coadiutore amministrativo su un bacino complessivo storico di 175.
- **ANTICORRUZIONE, ASP SIRACUSA PARTECIPA ALLA GIORNATA NAZIONALE**
Anche l'Asp di Siracusa ha intenzione di partecipare attivamente, quale soggetto pilota del progetto "Curiamo la corruzione" promosso da Transparency International Italia, Ispes-Sanità, CENSIS e **Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità**, alla prima Giornata nazionale contro la corruzione in Sanità
- **ANTICORRUZIONE, WISTLEBLOWING PER LE SEGNALAZIONI PROTETTE UN SITO ONLINE NEL PROGETTO NAZIONALE "CURIAMO LA CORRUZIONE**

Nell'ambito del progetto nazionale "Curiamo la corruzione" promosso da Transparency International Italia in collaborazione con CENSIS, ISPE Sanità e Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità (RiSSC), l'Asp di Siracusa, Azienda sanitaria pilota nel progetto assieme a quelle di Bari, di Melegnano e della Martesana e di Trento, ha intenzione di attivare un portale online per la segnalazione da parte dei dipendenti, anche in forma anonima, di presunti illeciti e irregolarità di cui sono a conoscenza. Il sistema sarà implementato nel sito internet dell'Asp di Siracusa all'indirizzo www.asp.sr.it, e si accede cliccando sull'icona posta nella colonna di destra dell'home page.

- **AVVIO DEL SERVIZIO DI RADIOTERAPIA (PET TC – MEDICINA NUCLEARE)**
La provincia aretusea intende superare un gap storico con l'attivazione del Servizio di Radioterapia nell'area dell'ospedale Rizza realizzato con i Fondi europei Po FESR 2007-2013 e con il contributo del Fondo Sociale Ex Eternit per le attrezzature complementari. La PET/TC installata all'ospedale Umberto I (realizzata con fondi europei PO FESR 2007/2013) insieme con l'avvio della radioterapia vuole chiudere il ciclo della presa in carico del paziente oncologico dalla prevenzione alla cura con una sanità di eccellenza in un territorio come quello siracusano classificato ad alto rischio ambientale.
- **L'AMBULATORIO DI CONSULENZA GENETICA DI AUGUSTA NELLA RETE REGIONALE**
L'Ambulatorio di Consulenza Genetica dell'Ospedale Muscatello di Augusta sarà inserito nella Rete regionale della Genetica medica, istituita dall'Assessorato regionale della Salute secondo il modello Hub e Spoke con decreto del 21 aprile scorso pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 6 maggio, per garantire su tutto il territorio siciliano equità di condizioni di accesso e di fruizione dei servizi
- **NASCITA ALL'OSPEDALE RIZZA "LA CITTADELLA DELLA SALUTE" DI SIRACUSA**
Trasferire i servizi specialistici ambulatoriali dal Poliambulatorio di via Brenta al presidio ospedaliero A. Rizza di Siracusa
- **REALIZZARE A LENTINI LA "CITTADELLA DELLA SALUTE" SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI TUTTI NEL NUOVO OSPEDALE**
Previsto dal mese di aprile 2016 che gli ambulatori del Distretto sanitario di Lentini saranno trasferiti dai locali di piazza Aldo Moro all'ospedale. Anche a Lentini si concretizzerà la reale integrazione ospedale/territorio, in coerenza con la mission aziendale, con la realizzazione della "Cittadella della Salute" che concentra in un'unica struttura, l'ospedale di Lentini, con locali a norma ed adeguati alle esigenze sia degli utenti che del personale sanitario che vi opera, tutta l'offerta sanitaria.

3.10 - UN ANNO DI ATTIVITA' IN SINTESI

L'anno 2016 è stato caratterizzato da numerose importanti novità per l'Asp di Siracusa che hanno consentito al territorio di vedere attivati nuovi e fondamentali servizi sanitari, nell'ambito oncologico, mai esistiti in passato, come ad esempio **la Radioterapia e la Pet/Tc**, con la **ristrutturazione della Medicina nucleare**, per citarne alcuni tra i più importanti, che hanno consentito di recuperare una importante mobilità passiva e soprattutto di mettere la parola fine ai viaggi della speranza che i pazienti siracusani hanno dovuto subire nel passato con evidenti ed indicibili disagi sia per loro che per i propri familiari.

Il 2016 è stato anche l'anno del cambiamento in termini di nuova organizzazione sanitaria con l'approvazione del **nuovo Atto Aziendale e della nuova Pianta Organica** che hanno finito col ridisegnare tutto il nuovo assetto dell'offerta sanitaria provinciale fondandolo sui dati epidemiologici del Registro delle Patologie.

Il primo atto conseguente all'approvazione della nuova dotazione è stato il **completamento del processo di Stabilizzazione dei 175 ex lavoratori socialmente utili** che, dopo anni ed anni di attesa, sono stati finalmente inseriti nell'organico a tempo indeterminato.

Il nuovo disegno di sviluppo strategico dell'Azienda derivante dal nuovo Atto Aziendale ha previsto il potenziamento del ruolo di Ospedali di frontiera nei riguardi dei Presidi di Lentini a nord e di Avola-Noto a Sud, rafforzandoli anche nella gestione dell'emergenza con la previsione delle Rianimazioni e con la mission infine di arginare la "fuga", utilizzando nella zona sud anche una forte integrazione con il Privato accreditato (specializzando Noto anche nel post-acuzie). La specializzazione del Presidio di Augusta come Polo di riferimento Oncologico Provinciale con l'attivazione di Ematologia ad indirizzo oncologico ed Oncologia Medica, integrando meglio il presidio ospedaliero megarese con l'attuale rete oncologica aziendale (per la quale sarebbe possibile utilizzare i fondi aggiuntivi previsti per le cosiddette aree a forte rischio ambientale di cui alla L.R. 5/2009 art. 6). Il nuovo disegno ha previsto inoltre il potenziamento del presidio ospedaliero di Siracusa come presidio di riferimento provinciale per tutte le branche di più alta specialità, con un progetto di sviluppo a breve medio termine per dare risposte più immediate e rafforzare i servizi già esistenti con il potenziamento della Stroke Unit e dei Percorsi Nascita in rete con gli altri presidi e il potenziamento della rete Cardiologica-Emodinamica sempre in rete con gli altri presidi, nelle more che prenda corpo il progetto a più lungo termine incentrato invece nella realizzazione del nuovo ospedale. Con il nuovo disegno l'Asp di Siracusa ha inteso, dunque, rispondere alle maggiori criticità dal punto di vista epidemiologico, oltre che gestionale, nella provincia di Siracusa.

In tema di sicurezza delle strutture aziendali, inoltre, aderendo alle previsioni normative per la prevenzione incendi, l'ASP ha presentato il 24 aprile le segnalazioni certificate di inizio attività (Scia) al Comando provinciale dei vigili del fuoco per le strutture aziendali ospedaliere e territoriali.

In applicazione della nuova programmazione aziendale e nel rispetto degli impegni assunti, quindi, è stato attivato nell'ospedale megarese **il nuovo reparto di Neurologia**.

Sempre ad Augusta è stato portato a termine l'iter di ristrutturazione già avviato nel 2014, con la creazione della "**Cittadella della salute**", e con i trasferimenti nei nuovi locali del nuovo padiglione del Pronto soccorso, del Laboratorio analisi e della Radiologia.

Nel processo di integrazione ospedale/territorio, anche **a Siracusa è nata, all'ospedale Rizza, la "Cittadella della Salute"** con il trasferimento dei servizi specialistici ambulatoriali dal Poliambulatorio di via Brenta al presidio di viale Epipoli, **così come a Lentini** dove gli ambulatori del Distretto sanitario sono stati trasferiti dai locali di piazza Aldo Moro all'Ospedale, concentrando

in un'unica struttura tutti i servizi territoriali con locali a norma ed adeguati alle esigenze sia degli utenti che del personale sanitario che vi opera.

Tante anche le iniziative realizzate nel campo della prevenzione, dalle campagne di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, del colon retto e della mammella, agli interventi per i disturbi alimentari, le ludopatie, l'abuso di alcol e di stupefacenti causa di incidenti stradali tra i giovani, all'autismo, all'anticorruzione.

E sempre in tema di prevenzione e promozione della salute non può tacersi quella che è stata forse l'iniziativa più prestigiosa condotta a termine da questa Azienda, in collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Salute e con il Cefpas, vale a dire l'organizzazione del **Salus Festival di Ortigia**, che ha riscosso davvero un notevole successo i pubblico e con cui l'Azienda ha degnamente concluso l'anno 2016.

CAPITOLO 4

4.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi individuali

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 31/12/2016.

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).

4.2 Percorso ciclo della Performance.

Individuazione e assegnazione obiettivi.

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

- 1) Definizione degli obiettivi strategici dell'Azienda
- 2) Definizione degli obiettivi annuali dell'Azienda
- 3) Assegnazione degli obiettivi
- 4) Predisposizione piani di azione

La Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione ha predisposto le schede di budget ed avviato la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;

I responsabili di Unità Operativa Complessa hanno avuto cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali (piani d'azione – ALL 2) 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 intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda;

i piani di lavoro sono stati elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);

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;

la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, ha proceduto, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;

l'Organismo Indipendente di Valutazione valuterà a fine anno il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

4.3 Il sistema di misurazione e valutazione della performance

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting" nell'ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

L'anno 2016 ha previsto due fasi per il monitoraggio per il raggiungimento degli obiettivi

1^ fase intermedia: sono state prodotte sintetiche relazioni sull'andamento al 30/6/2016;

2^ fase finale: i Responsabili delle strutture di staff hanno predisposto una relazione sintetica finale in cui si evince, per ogni obiettivo, il grado di raggiungimento o meno dello stesso. La relazione è stata inviata alla Direzione Generale. E' in corso di valutazione l'esito dei risultati raggiunti.

Verifica finale dei risultati raggiunti:

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) è stata documentata attraverso la compilazione di apposite schede per la valutazione.

La valutazione della performance organizzativa annuale è in fase di verifica, da parte dell'O.I.V., ed è riferita ai risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

Il punteggio percentuale attribuito indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

4.4 Performance individuale.

Durante il 2016 l'Azienda ha proceduto alla verifica della percentuale di raggiungimento degli obiettivi collegati alla performance individuale.

Le azioni intraprese hanno interessato una prima verifica al 31/6/2016 e una seconda al 31 Dicembre 2016. I Responsabili delle UU.OO. sono stati chiamati alla valutazione dei singoli dipendenti con la compilazione delle schede obiettivo individuali di valutazione. I risultati contrattati sono stati controfirmati dal dirigente e dal dipendente interessato alla valutazione.

Performance e Prevenzione Corruzione

Ad inizio anno si è proceduto con la redazione dell'aggiornamento al piano aziendale per la prevenzione della corruzione triennio 2016-2017-2018, regolarmente approvato con deliberazione entro il termine del 31 gennaio 2016.

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 inconfiribilità 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.

Nel corso dell'anno è stata autorizzata l'adesione al progetto "Curiamo la corruzione" finanziato da Siemens Integrity e promosso da Transparency International Italia in partnership con CENSIS, ISPE Sanità e RiSSC che vede questa azienda quale soggetto pilota con una serie di incontri sui temi, attività formative, sperimentazioni di modelli anticorruzione in sanità.

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.

ALL.1

ASP Siracusa Direttore Generale: Dr. Salvatore Brugaletta			Scheda Obiettivi: anno 2014-2015 UOC Responsabile:						
Livello di assistenza:									
cod. ob.	OBIETTIVI	INDICATORI	Consuntivo 2013	Valore atteso 31-12-2014	Valore raggiunto 2014	PESO 2014	Valore atteso 31-12-2015	Valore raggiunto 2015	PESO 2015
note									
a) L'assegnatario degli obiettivi, con il piano di lavoro, individuerà le attività da svolgere, le strutture responsabili coinvolte e i tempi di realizzazione									
b) Gli obiettivi indicati nella presente scheda sono assegnate ai fini della valutazione dei dirigenti ai sensi del CCNL e della normativa vigente									
c) Gli obiettivi potranno essere rimodulati nel corso del periodo di riferimento in quanto soggetti alla definizione della nuova rete ospedaliera									

ALL.2

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)		
			Previst a	Aggiornat a	Effettiv a
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.3

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

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

All. 4

Analisi S.W.O.T.

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;

Razionalizzazione della spesa relativa alla gestione del Parco Macchine aziendale:

- *accentramento dell'intero autoparco aziendale*
- *Attivazione di nuove disposizioni di distribuzione dei buoni carburante*

In considerazione di quanto sopra descritto, si riporta la tabella SWOT costruita mediante una matrice che riporta i punti di forza (Strengths), i punti di debolezza (Weaknesses), le possibilità offerte dal contesto (Opportunities) e le minacce (Threats).

SCHEDA ANALISI SWOT

Punti di forza <ul style="list-style-type: none">• Miglioramento capacità di risposta per effetto del processo di riordino del S.S.R.;• Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio	Punti di debolezza <ul style="list-style-type: none">• Elevata mobilità passiva;• Problematiche connesse all'accorpamento delle ex aziende sanitarie;• Condizioni oro geografiche critiche;• Inquinamento ambientale elevato in alcune zone;• Carenze di offerta per talune specialità;• Carenze strutturali ed infrastrutturali;• Elevato tasso di ospedalizzazione;• Scarsa diffusione cultura organizzativa
Possibilità <ul style="list-style-type: none">• Potenziamento emodinamica;• Avvio servizio di radioterapia;• Acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche e ammodernamento strutturale;• 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	Minacce <ul style="list-style-type: none">• Vincoli economico- finanziari;• Resistenza al cambiamento;• Contenimento spesa per personale entro valori predefiniti;• Elevata incidenza spesa farmaceutica convenzionata

All. 5

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		2016
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
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 805/823=97,8% BRC 806/823=97,9% LEB 805/822=97,9% BROC 272/383=48,95%
		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%	28 giorni
		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%	59.8 gioni
		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	38/45 5/16
		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%	
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	SI – 100%

		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	SI = delibera 894 del 13-10- 2016
1.3 Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive 20%		1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 38/2015)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A Morbillo Parotite Rosolia 1 ^a dose – 95% Coorte 2014 2 ^a dose- 95% Coorti 2000 e 1998 Varicella 1 ^a dose-95% Coorte 2014 2 ^a dose – 95% Coorti 2000 e 1998	Morbillo Parotite Rosolia 1° dose – 77,3 % Coorte 2014 2° dose – 66,1 % Coorte 2000 – 50,9% Coorte1998 Varicella 1° dose – 76% Coorte 2014 2° dose – 30,75% Coorte 2000 – 12,7% Coorte1998
		1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (D.A. N. 38/2015)	1.3.B - Relazione sulle attività svolte	1.3.B - SI/NO	SI
		1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell'Anagrafe vaccinale negli anni 2012 – 2015 (PRP 2014/2018)	1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012- 2016	1.3.C – SI/NO	Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate negli anni 2012 – 2016 100%
		1.3.D - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.D – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale	1.3.D - > dell'80 %	Nessun caso incidente

		1.3.E - Genotipizzazione virale	1.3.E - Individuazione dei focolai di morbillo, rosolia e rosolia congenita mediante l'identificazione del genotipo virale isolato	1.3.E -100%	Nessun caso
		1.3.F - Notifica delle malattie infettive	1.3.F - notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	1.3.F – 70%	100%
1.4 Tutela ambientale 20%		1.4.A - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	1.4.A - Report: invio entro il 31/10/2016	1.4.A – SI/NO	La linea regionale prevede: entro il 31 Dic 2016, unitamente ad ASP Ragusa, predisposizione di linea regionale – Obiettivo già raggiunto Entro il 31 Dic 2016 Gruppo di coordinamento intraziendale – Gruppo costituito, sia aspetta nomina membro U.S.T. Entro il 31 Dic 2016, unitamente ad ASP Ragusa, predisposizione di linea regionale – Obiettivo già raggiunto Entro il 31 Dic 2016 Gruppo di coordinamento intraziendale Obiettivo raggiunto –
		1.4.B – Delibera costituzione “focalpoint” ((Direttiva 32187 dell'8.4.2016 – L'intervento non riguarda le ASP di Messina, Siracusa, Caltanissetta e Catania)	1.4.B – Invio delibera entro il 31 ottobre 2016	1.4.B – SI/NO	
		1.4.C - Formazione MMG/PLS aree a rischio (l'intervento riguarda solo le ASP di Caltanissetta, Siracusa e Messina)	1.4.C – Invio piani formativi aziendali entro il 31.10.2016	1.4.C – SI/NO	Si – vedi relazione Formazione

		1.4.D – Piano straordinario di interventi nelle aree a rischio ambientale (DA 356 del 11.3.2013 – l'intervento riguarda solo le ASP di Messina, Siracusa e Caltanissetta)	1.4.D – Invio programma pluriennale di attività di cui alla nota 27078 del 22.3.2016, entro la scadenza prevista e 80% delle linee di intervento posit	1.4.D – > 80 % delle linee di intervento positivamente valutate dal tavolo tecnico regionale al 31.12.2016	Relazione inviata al DASOE il 13-06-2016
		1.4.E – Avanzamento Piano di interventi comune di Biancavilla	1.4.E – Documento conclusivo tavolo tecnico percorsi assistenziali mesotelioma, attivazione focalpoint, avvio campagna informativa	1.4.E – SI/NO	
		1.4.F Acque di balneazione	1.4.F Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione. Consolidamento delle linee di costa, rideterminazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della stagione balneare 2017	1.4.F – SI/NO	
1.5 Prevenzione nei luoghi di lavoro 20%		1.5.A Attuazione direttive del Gruppo di Lavoro “Edilizia” nazionale e regionale e Gruppo di Lavoro “Agricoltura” nazionale e regionale	1.5.A - Attività di controllo nei cantieri edili e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori previsti dal PRP	1.5.A – SI/NO	- Sopralluoghi nei cantieri edili: n.149/150 previsti - Sopralluoghi nelle aziende agricole: n. 56/58 previsti - Attività di informazione /formazione edilizia/ agricoltura: n. 15 corsi /5 previsti

		1.5.B Attuazione direttive del GdL “Agenti cancerogeni” nazionale e regionale	1.5.B - Sorveglianza Sanitaria degli esposti secondo il protocollo del Coordinamento interregionale e di cui alla L.R. 10/2014, attività di controllo di aziende per rischio agenti cancerogeni, con modalità e sec.do indicatori previsti dal PRP.	1.5.B – SI/NO	N. ispezioni aziende rischio cancerogeno/ tot. Aziende: 32/32 previste Previsto il 20% di 160
		1.5.C Attuazione delle procedure previste dal D.M. 11.04.11, di cui all'art. 71 del D.lgs. 81/08 e al D.A. n. 773/12. Verifiche periodiche di sicurezza su attrezzature di lavoro e impianti	1.5.C.1 Numero apparecchi verificati/Numero di richieste di verifica pervenute 1.5.C.2 Numero di iniziative di informazione/formazione /assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine , impianti	1.5.C.1 Valore atteso: 70%; 1.5.C.2 Valore atteso: 1	1.5.C.1 795/858=88,46% 1.5.C.2 =14

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		Avanzamento a dicembre
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
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	Alla data del 31/12/2016 sono stati inseriti 5 eventi sentinella segnalati dalle UU.OO. complete di schede A e B. Tutte le azioni previste sono state realizzate
		2.1B Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	2.1B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	La compilazione del report previsto sulla piattaforma è stato regolarmente compilato a

				giugno 2016	
		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	Il programma Trigger Tool è in linea con quanto previsto dal valore obiettivo. Il gruppo di lavoro è stato ampliato per altri reparti individuati dal gruppo di coordinamento
		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	100% delle azioni programmate
		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%	1) Eseguito 2) Sono stati costituiti i gruppi di lavoro che hanno effettuato 23 osservazioni dirette.
		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	Autovalutazione regolarmente effettuata entro il 31/10/2016
		2.1.G Aderenza al Programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	2.1.G Aderenza alle indicazioni regionali	SI	Completato lo studio di prevalenza Targeting Zero. In itinere il monitoraggio CVC. Avviato lo studio SPIN-UTI
		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) Antimicrobial Stewardship d) Realizzazione di una campagna di comunicazione basata	2.1.H a) Aderenza alle indicazioni regionali b) Report relativo al consumo di antibiotici c) Aderenza al Protocollo regionale d1) Report sulla	SI	In attesa delle indicazioni regionali si è iniziato a monitorare il consumo di antibiotici (report per DOSR2)

		sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	realizzazione delle campagne di comunicazione d2) Report di monitoraggio sulla valutazione di impatto (pre e post intervento) delle campagne di comunicazione.		
		2.1.I Programma di riduzione delle batteriemie /sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - targeting zero: a) Adesione studi periodici di prevalenza ICA - ECDC b) Diffusione e formazione sull'utilizzo dei Bundle c) Individuazione team dedicato d) Procedura di conferimento dei privileges e valutazione dell'effettiva applicazione e) Scheda di gestione CVC f) Conduzione di audit periodici su almeno 100 procedure eseguite	2.1.I Aderenza alle indicazioni regionali: a) Adesione studi e relativo Report b) Brochure ed eventi formativi c) Delibera aziendale d) Schede dei privileges e Report della relativa valutazione e) Compilazione della scheda di gestione sulla piattaforma informatica sulla totalità dei pazienti trattati f) Report aziendale su audit svolti	SI	a) Ok b) Formazione programmata per il 2017 c) Ok d) In attesa di indicazioni regionali e) Caricate tutte schede pervenute f) Ok
2.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa 10%		2.2.A Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art 2 del D.A. 439 – 2015: 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; b) Analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli le criticità locali; c) Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali; 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;	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.	SI	a) Il monitoraggio viene regolarmente effettuato b) Ultima riunione 11-10-2016 c) La prenotazione avviene con modalità condivise d) Realizzati 4 incontri formativi sui RAO di gastroenterologia per MMG- PLS e Spec. Amb. e Osp.

		<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%	100%
		<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	Piena aderenza alle indicazioni Agenas
		<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/ da parte delle ASP</p>	<p>2.2.D Realizzazione di una modalità di prenotazione condivisa</p>	SI	SI
		<p>2.2.E Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni: 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). b) Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi. c) Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi su web <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 a) report semestrale b) Report con interventi correttivi c) Pubblicazione su sito web aziendale</p>	SI	A) OK B) OK C) OK
<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 attesa/tempi attesa".</p>	<p>2.3 Evidenza di Pubblicazione e aggiornamento sul Web</p>	SI	I dati richiesti sono regolarmente pubblicati sul sito web

<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>2.4.A.1 Assegnato e svolto programma formativo dei Privileges in ambito cardiologico. Si attende assegnazione di quello in ambito materno-infantile 2.4.A.2 in attesa dello schema 2.4.B. la scadenza è stata fissata dall'Assessorato per il 2017. Come previsto la pianificazione dei tre percorsi formativi previsti è stata effettuata entro il 31-12-2016 come previsto dalla direttiva DASOE 89435 del 15-11-2016</p>
<p>2.5 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti 10%</p>		<p>2.5 A Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale</p> <p>2.5 B 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</p>	<p>2.5 A Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita</p> <p>2.5 B Attuazione delle direttive regionali</p>	<p>SI</p> <p>SI</p>	<p>1° Indicatore: numero interviste effettuate/ numero interviste programmate N. interviste effettuate nell'anno 2016: 2902 su 2756 previste. Obiettivo raggiunto.</p> <p>2° Indicatore: n. di aggregazioni valutate A in /1/ numero di aggregazioni in totale N. aggregazioni valutate A: 227/280. Obiettivo</p>

					raggiunto
		2.5 C Valutazione e gestione del dolore cronico: realizzazione di tre cicli di Audit sul tema della gestione del dolore cronico in coerenza al cronoprogramma previsto dal DG 2488 del 27/12/2013	2.5 C Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore	SI	I tre cicli di audit sono stati svolti 20 settembre (CdC S.Lucia), 16 novembre (Osp. Augusta), 6 dicembre (CdC S.Lucia)
2.6 PDTA 10%		2.6 Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali: <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> 	2.6 Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA	SI	Il PDTA del femore è in piena fase di svolgimento
2.7 Appropriatezza 10%		2.7 Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.7 Rispetto degli adempimenti previsti	SI	In linea col programmato
2.8 Outcome 10%		2.8 Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	2.8 Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	Effettuato a luglio audit sulla casistica inviata dall'Assessorato. Effettuato audit sui dati relativi al trattamento dell'IMA. I 2 audit sono stati svolti secondo le modalità regionali
2.9 10%		2.9. A Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture trasfusionali, 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.	2.9.A Decreto di autorizzazione e accreditamento 2.9.B Esito favorevole della visita di verifica condotta dall'azienda farmaceutica.		2.9.A Le strutture trasfusionali risultano regolarmente accreditate fino al 30 giugno 2017 (DDG 1069 del 15-7-2015) 2.9.B La struttura è stata

					sottoposta ad audit dalla ditta Kedrion, da parte della quale si resta in attesa del rapporto finale.
--	--	--	--	--	---

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		Avanzamento a dicembre
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
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	9- Timing da trombolisi inefficace a PCI rescue: nessun caso; - Timing da trombolisi efficace a coronarografia: 1 caso entro le 24 ore (come da linea guida).
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%	9 casi trattati su 18 eleggibili
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	In data 26/9 si è svolto un incontro al Cannizzaro per l'implementazione del sistema "Teleneures"
3.4 Rete oncologica 20%		Assistenza domiciliare per malati oncologici in fase terminale.	nn. di malati assistiti a domicilio da parte delle ONLUS	50% degli assistibili da parte delle ONLUS	Obiettivo raggiunto 474/600

3.5 Percorso nascita 20%	Incentivare il trattamento della gravidanza fisiologica presso i consultori	Gravide assistite presso i consultori / totale parti	Incremento del 5% rispetto al 2015	Intero 2015 474/2699=17,56% 2016 al 30/11 805/2371=33,95%
--	---	--	------------------------------------	--

Area intervento 4		Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria			
		Punteggio del Capitolo: 6 per ASP			
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Avanzamento al
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
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%	Scompenso 2015 = 285 Diabete 2015 = 295 Scompenso 2016 = 403 Incremento = 14,1 % Diabete 2016 = 331 Incremento = 11,2 %
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%	Obiettivo raggiunto 2016= 360 2015= 314
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	OK. Al 31 dicembre nn. 30 pazienti (30 come nel 2015) hanno completato il ciclo
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 del 2015 (2231) Mantenimento del numero	Obiettivo raggiunto SMA 1= 1370 SMA 2= 591 SMA 3= 1635 Totale = 3596 2759 188

				del 2015 (160 casi)	
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	169 casi trattati su 169 incidenti 95,86%

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		Avanzamento al
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2016	
5.1 Comunicazione 25%		5.1 – Campagna di comunicazione in materia screening e donazione organi	5.1 Relazione sull'attività svolta	SI/NO	Obiettivo raggiunto. Relazione di dettaglio già presentata a novembre
5.2 Formazione 25%		5.2 Assegnazione risorse alla struttura formazione aziendale (art. 6,7 D.A. 1771/2012)	5.2 a) risorse umane attribuite/risorse umane previste 5.2 b) budget assegnato/budget previsto	a) >80% b) >50%	5.2 a) 4 unità compreso il Dirigente Responsabile/ Risorse umane minime previste dal D.A. numero sette compreso il Dirigente responsabile. 5.2 b) Budget assegnato provvisorio per l'esercizio corrente euro 55.348,86/budget previsto dal D.A. deve essere pari ad almeno l'1% del monte salari delle

					aree contrattuali.
5.3 Internazionali zzazione 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
		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/NO	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo raggiunto - La giornata formativa/informativa programmata in collaborazione con il SIRS, si è svolta in data 14/12/2016
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	Relazione presente: coinvolte n. 6 UU.OO.

Documento di validazione

Al Direttore dell'ASP di Siracusa

Dr. Salvatore Brugaletta

Documento di validazione della Relazione sulla performance 2016

1. L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP di Siracusa, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. n. 150/2009 e successive delibere n. 4/2012, n. 5/2012, ha preso in esame la Relazione sulla *performance* approvata dall'Amministrazione in data 28/06/2017, ed inviata all'Organismo Indipendente di Valutazione nella medesima data via e-mail;
2. L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno nella fattispecie, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi da:
 - il monitoraggio della CiVIT sul Piano della *performance* e sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
 - la Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.
3. La documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute in apposite sezioni delle carte di lavoro conservate presso l'OIV (riguardano più propriamente la prima versione della relazione e gli obiettivi individuali e organizzativi).
4. Tutto ciò premesso l'OIV valida la Relazione sulla *performance*.

Data 12-07-2017

Il Presidente dell'OIV
Prof. Salvatore Russo

