

# 2007



## BILANCIO SOCIALE

Azienda Sanitaria Locale BR  
Brindisi



Regione Puglia





**2007**

**BILANCIO SOCIALE**

Azienda Sanitaria Locale BR  
Brindisi



# Indice

Presentazione	5
Introduzione	6
Metodologia	7
Mappa dei portatori di interessi	8
Struttura del documento	9

## Parte prima - Identità Aziendale 11

1.1	Contesto normativo e storia della ASL BR	12
1.2	Contesto territoriale	13
1.3	Missione e visione aziendale	21
1.4	Programmazione e strategia aziendale	22
1.5	Organi di governo	24
1.6	Modello organizzativo	28
1.6.1	Assistenza ospedaliera	28
1.6.2	Assistenza territoriale	30
1.6.3	Assistenza collettiva	33
1.7	Partecipazione e Comunicazione	36
1.7.1	Funzione di pubblica tutela	36
1.7.2	Audit civico	39
1.7.3	La comunicazione	41
1.8	Qualità e formazione	44
1.8.1	Qualità	44
1.8.2	La gestione del rischio clinico	46
1.8.3	Formazione	48

## Parte seconda – Rendiconto economico 53

2.1	Analisi delle fonti disponibili	54
2.2	Analisi degli impieghi delle fonti disponibili	56
2.3	Bilancio d'esercizio	58
2.4	Analisi dei finanziamenti ricevuti	61
2.5	Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza	62
2.6	Costo della produzione per stakeholder	63
2.7	Investimenti	64

<b>3.1 Utenti</b>	68
3.1.1 Cittadini assistibili	68
3.1.1 a Attività di prevenzione	69
3.1.1 b Attività territoriale	74
3.1.1 c Attività ospedaliera	79
3.1.1 d Attività socio-sanitaria	88
3.1.1.e Attività di donazione e trapianto	91
3.1.1 f Attività servizio 118	93
3.1.1 g Attività oncologica	95
3.1.1 h Prenotazioni	98
3.1.1 i Liste d'attesa	101
3.1.1 l Obiettivi di piano	105
3.1.2 Anziani	108
3.1.3 Popolazione in età evolutiva (anni 0-18)	111
3.1.4 Popolazione con disagio psichico	114
3.1.5 La famiglia	118
<b>3.2 Risorse umane</b>	122
3.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale	122
3.2.2 Relazioni sindacali	127
3.2.3 Sicurezza e salute sui luoghi di lavoro	127
3.2.4 Sistemi di valutazione e verifica	128
<b>3.3 Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e guardia medica</b>	129
<b>3.4 Farmacie</b>	131
<b>3.5 Fornitori</b>	133
<b>3.6 Strutture private accreditate</b>	136
<b>3.7 Pubblica Amministrazione</b>	137
3.7.1 Regione Puglia	137
3.7.2 Altri enti	138
<b>3.8 Associazioni</b>	139
<b>3.9 Sistema ambientale</b>	143
3.9.1 Programma "tetti fotovoltaici"	144
<b>3.10 Ricerca</b>	145

<b>Appendici</b>	
Glossario	154
Piano di comunicazione	156
Questionario di valutazione Bilancio Sociale 2006	156
Gruppo di lavoro	159

# Presentazione

*Al Lettore*

*Con la pubblicazione della seconda edizione del "Bilancio Sociale ASL BR", riferito all'anno 2007, il documento si inserisce di fatto nel solco di quei documenti aziendali che, o per adempimento istituzionale o per iniziativa e sensibilità dell'Amministrazione, costituiscono ormai un appuntamento atteso.*

*Condivido appieno la volontà della precedente Direzione, che per prima ha voluto adottare uno strumento di rendicontazione sociale per dare evidenza e pubblicità a riguardo di fatti, quelli economici, fino a poco tempo fa ritenuti così complessi, e prettamente specialistici, da essere riservati agli addetti ai lavori.*

*Spero che il Documento incontri, ancora una volta, l'interesse del lettore, che sia di stimolo a far meglio, e soprattutto, che gli argomenti trattati siano materia di conoscenza e riflessione per tutti noi.*

*Auspico che la lettura critica del documento possa generare dai diversi "portatori di interesse" di questa Azienda, utili suggerimenti per migliorare la nostra offerta sanitaria sul territorio e la qualità dei servizi erogati.*

5

*Ai cittadini ed ai soggetti istituzionali che quotidianamente incontriamo, chiediamo, per poter essere migliori interpreti dei loro bisogni, particolare attenzione.*

**IL DIRETTORE GENERALE A.S.L. BR**

*Dr. Rodolfo ROLLO*

# Introduzione

La prima edizione del Bilancio sociale, riferito all'anno 2006, ha determinato, in prima battuta, importanti ricadute dal punto di vista interno: per aver contribuito al recupero e valorizzazione delle informazioni disperse tra i diversi uffici, una occasione per rafforzare la missione e l'identità comune, esperienza per la maturazione di una visione condivisa.

Il processo di redazione del Bilancio sociale, anche questa volta imperniato sulla *"cabina di regia"* di un Gruppo di lavoro interno che ha coordinato l'apporto di tutti gli uffici, lungi dall'esaurire la sua valenza nella costruzione di una *"vetrina dei risultati"* per i portatori di interesse, ha contribuito ad una più efficace ed efficiente gestione delle attività, nell'ottica del continuo miglioramento.

Oltre a illustrare ai portatori di interesse ciò *che si è fatto e come è stato fatto*, consentendo loro di formulare un giudizio sull'utilità e sulle ricadute dell'attività svolta, l'Azienda sanitaria si avvicina e si rivolge soprattutto ai non addetti ai lavori, sintetizzando, con cifre e grafici di immediata interpretazione, le principali scelte operate, e l'impatto sul contesto esterno.

Inserendo alla fine del volume, e nel sito aziendale, un questionario per i lettori, l'Azienda sanitaria continua quel dialogo bidirezionale già avviato molti anni addietro.

L'auspicio è ricevere indietro, e *"farsi raccontare"* il punto di vista dei portatori d'interesse e, più semplicemente, di tutti i lettori, in modo da ottenere indicazioni utili al potenziamento, non solo delle strategie e degli obiettivi programmatici, ma anche del concreto impegno di ogni giorno.

È per questo che auguriamo una buona lettura a tutti, sperando di ricevere numerose sollecitazioni dall'esterno per poter garantire un miglioramento continuo dei servizi erogati.

Il Direttore Amministrativo  
*Dr. Alfredo RAMPINO*

Il Direttore Sanitario  
*Dr. Emanuele VINCI*



# Metodologia

Il Bilancio sociale anno 2007 è a cura del Gruppo di lavoro interaziendale<sup>1</sup> nominato dal Direttore Generale. Il documento si ispira ai principi della *trasparenza, accuratezza, attendibilità, verificabilità, comparabilità*, nonché ai criteri della *chiarezza espositiva e sinteticità*.

Il processo di rendicontazione ha tenuto conto delle indicazioni dello standard GBS *Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale e della Direttiva sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche – Linee Guida del Ministero per la Funzione Pubblica 16 marzo 2006*.

Si rende di seguito prospetto di sintesi dei metodi e strumenti utilizzati:

Fase	Azioni	Strumenti
I-Ideazione e progettazione	<ul style="list-style-type: none"><li>- analisi e studio delle fonti normative</li><li>- definizione degli obiettivi</li><li>- individuazione degli stakeholder</li><li>- definizione dei contenuti</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- focus group interni</li></ul>
II- Raccolta dati e informazioni	<ul style="list-style-type: none"><li>- individuazione delle fonti interne ed esterne</li><li>- predisposizione di schede raccolta dati</li><li>- coinvolgimento dei servizi aziendali</li><li>- raccolta e rielaborazione dati</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- provvedimenti interni, fonti ufficiali esterne</li><li>- schede di rilevazione</li></ul>
III- Comparazione dati	<ul style="list-style-type: none"><li>- comparazione dei dati raccolti con la contabilità 2006</li><li>- definizione degli indicatori</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- focus group interni</li></ul>
IV- Redazione del documento	<ul style="list-style-type: none"><li>- redazione prima bozza di lavoro</li><li>- verifica delle coerenza del documento con i principi normativi e gli obiettivi prefissati</li><li>- approvazione documento finale</li><li>- impostazione grafica e layout del documento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- momenti di studio individuali e condivisi anche con personale dipendente esterno al gruppo</li></ul>
V- Definizione del piano di comunicazione	<ul style="list-style-type: none"><li>- modalità di diffusione</li><li>- individuazione dei mezzi di comunicazione</li><li>- organizzazione dell'evento di presentazione del documento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- supporto cartaceo, informatico e telematico</li><li>- stampa, radio, tv, internet</li><li>- locandine e pieghevoli</li></ul>
VI- Feed-back	<ul style="list-style-type: none"><li>- attività di ascolto per la valutazione del gradimento e dell'efficacia del prodotto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- spazio dedicato sul sito aziendale</li><li>- questionario di valutazione</li><li>- focus group esterni</li></ul>

7

*Il Gruppo di Lavoro*  
Bilancio Sociale ASL BR anno 2007

<sup>1</sup> atto deliberativo n. 1037 del 04.04.2008 "Adozione del Bilancio Sociale 2006 dell'Azienda ASL BR e composizione del gruppo di lavoro per la redazione del Bilancio Sociale 2007".

# Mappa dei portatori di interesse (Stakeholder)

Con il termine *stakeholder* si intende il soggetto "portatore di interesse" nei confronti di una qualunque attività di un'impresa pubblica o privata.

Poiché la molteplicità delle attività aziendali rivolte al territorio genera un complesso sistema di relazioni, si è reso necessario procedere all'individuazione dei partner di interesse dell'Azienda Sanitaria, ai quali il Bilancio Sociale è indirizzato.



Per la ASL ciascun portatore di interesse ha caratteristiche specifiche utili a fondere sinergie indispensabili alla tutela della salute:

Utenti → *centralità del cittadino*

Risorse umane → *umanizzazione ed efficacia*

Medici di famiglia/Farmacie/Strutture private accreditate → *collaborazione e complementarietà*

Fornitori → *qualità e trasparenza*

Università e ricerca → *innovazione*

Pubblica Amministrazione/Enti ed Istituzioni → *reciprocità*

Associazioni → *partecipazione*

# Struttura del documento

Il Bilancio sociale è articolato in quattro Sezioni:

## **I SEZIONE IDENTITÀ AZIENDALE**

Nella presente edizione sono contenuti esclusivamente gli aggiornamenti necessari.

Per una più ampia trattazione si rinvia al documento anno 2006 prima edizione

## **II SEZIONE RENDICONTO ECONOMICO**

Trattasi della rendicontazione dei risultati raggiunti dall'Azienda rispetto agli obiettivi ed al proprio mandato

## **III SEZIONE RELAZIONE SOCIALE**

È qui descritto il sistema delle relazioni sociali e gli effetti dell'attività aziendale verso le diverse categorie di portatori di interesse (stakeholder). Si espongono le politiche dell'Azienda, e, attraverso fatti e dati, si illustra la coerenza con gli impegni assunti nei loro confronti

## **IV SEZIONE RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Sono descritti gli obiettivi previsti per l'anno 2007 ed il loro livello di raggiungimento, in coerenza con la programmazione aziendale e in accordo con le direttive regionali.



1

IDENTITÀ  
AZIENDALE



Il contesto normativo all'interno del quale si muovono le aziende sanitarie è caratterizzato da due grandi Riforme.

La prima, varata alla fine degli anni settanta istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

La seconda, all'esordio degli anni novanta, s'inseriva all'interno di un processo di riconfigurazione organizzativa che ha investito tutto il sistema della Pubblica Amministrazione: qualità dei servizi, *equità* nella fruizione, *managerialità nella gestione* del servizio e *regionalizzazione del sistema*.

L'Azienda sanitaria locale articolazione del Servizio Sanitario Nazionale, è un insieme ordinato di risorse (umane, finanziarie, tecnologiche), organizzata per raggiungere obiettivi di salute.

L'Azienda Sanitaria Locale BR di Brindisi nasce a seguito dell'accorpamento delle sei ex Unità Sanitarie Locali il 9 gennaio 1995, pertanto, il territorio di riferimento della nuova, ed unica azienda sanitaria, viene a coincidere con l'intera provincia di Brindisi.

Nel corso del 1996 l'Ospedale "Antonio Di Summa" di Brindisi, scorporato dall'azienda sanitaria, diviene esso stesso Azienda Ospedaliera.

Superata questa prima fase di assestamento, negli anni successivi si avvia e si consolida il nuovo modello gestionale ed organizzativo nato con la seconda Riforma.

Nel 2002 la Giunta Regionale<sup>2</sup> modifica l'assetto organizzativo della Sanità in Puglia. Il nuovo assetto ospedaliero conseguente a tale direttiva, vede, nella nostra realtà, la reintegrazione nell'Azienda Sanitaria BR/1 dell'ex Azienda Ospedaliera "A. Di Summa" comprendente anche il Centro Motulesi e Neurolesi di Ceglie Messapica, quali centri di eccellenza, e la riduzione dei presidi ospedalieri da sei a tre. Il nuovo assetto ha la finalità di superare la frammentazione dei presidi a favore dell'alta specialità.

Anche la rete distrettuale è oggetto di modifiche, con la riduzione del numero dei Distretti Socio-Sanitari da sei a quattro<sup>3</sup>.

L'Azienda sanitaria ha preso atto del nuovo quadro di riferimento istituzionale nel gennaio 2003 con l'approvazione dell'Atto Aziendale e del "Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'A.U.S.L. BR/1 di Brindisi".

Dal 2005 ad oggi nuovi provvedimenti da parte della Giunta Regionale Pugliese, tra cui, tra gli altri, la legge n. 25 del 3.08.2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale" hanno introdotto ulteriori cambiamenti, ancora in evoluzione.

<sup>2</sup> Deliberazione di G. R. n. 1087 del 2002 "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera - Adozione definitiva a seguito di integrazione al progetto di 1° rimodulazione del Piano di cui alla D.G.R. 26 luglio 2002 n. 1086".

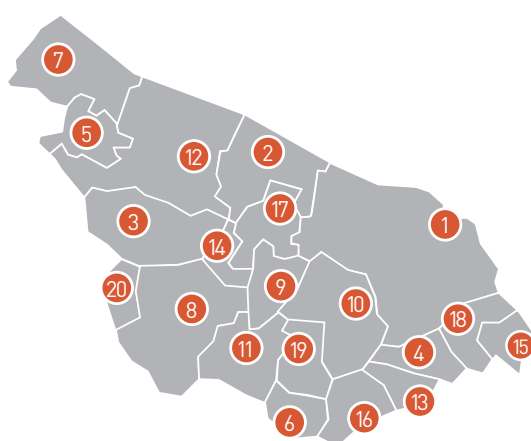
<sup>3</sup> Deliberazione di G.R. n. 1161 del 2002 "Piano sanitario regionale 2002-2004. Articolazione rete Distrettuale delle Aziende Unità Sanitarie Locali" e successive rimodulazioni.

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale BR è la provincia di Brindisi .

Il territorio provinciale confina a Nord con la provincia di Bari, a Sud con la provincia di Lecce, a Sud - Ovest con la provincia di Taranto. La provincia di Brindisi comprende venti Comuni.

Si estende su una superficie di Km<sup>q</sup> 1.839; il Comune di Brindisi ha la superficie più estesa: Km<sup>q</sup> 328,55, seguono per estensione Ostuni, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica e Fasano.

Il territorio provinciale è in buona parte pianeggiante - Km<sup>q</sup> 1.267 - ben quindici, dei venti Comuni, infatti, si trovano in pianura; solo cinque sono in zona collinare - Km<sup>q</sup> 572 - : Fasano, Cisternino, Ostuni, Ceglie Messapica e Villa Castelli superano nel punto più alto i 300 metri. L'altitudine massima della Provincia è di m. 414, sulla Selva di Fasano.



- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1 Brindisi         | 11 Oria                   |
| 2 Carovigno        | 12 Ostuni                 |
| 3 Ceglie Messapica | 13 Sandonaci              |
| 4 Cellino S. Marco | 14 S. Michele Salentino   |
| 5 Cisternino       | 15 S. Pancrazio Salentino |
| 6 Erchie           | 16 S. Pietro Vernotico    |
| 7 Fasano           | 17 S. Vito dei Normanni   |
| 8 Francavilla      | 18 Torchiarolo            |
| 9 Latiano          | 19 Torre S. Susanna       |
| 10 Mesagne         | 20 Villa Castelli         |

13

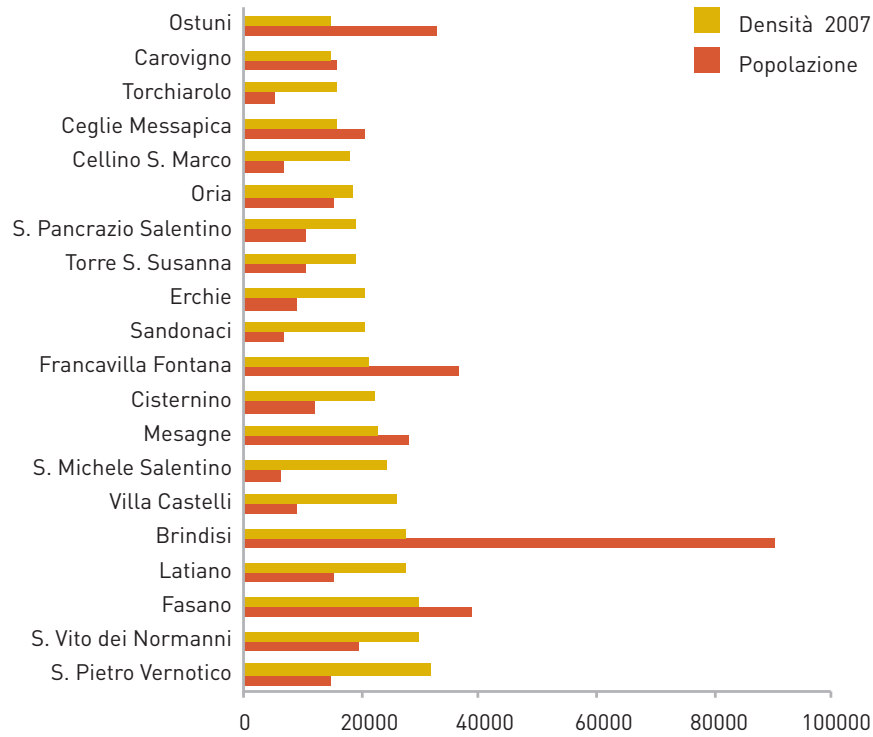
La ASL di Brindisi è suddivisa in quattro Distretti che raggruppano da un minimo di due Comuni (Distretto n. 1: Brindisi, S. Vito dei Normanni) ad un massimo di dieci (Distretto n. 4).

Distretti	Superficie (km/q)	Abitanti (n°),	Densità
<b>Distretto 1 (Brindisi)</b>	394,9	109.867	278,2
<b>Distretto 2 (Fasano)</b>	406,6	82.836	203,7
<b>Distretto 3 (Francavilla F.)</b>	555,6	103.819	186,9
<b>Distretto 4 (Mesagne)</b>	482,4	106.463	220,7
<b>Totale ASL BR</b>	1839,5	402.985	219,1

Fonte: Un.e.s

Il Distretto più popoloso è il Distretto n. 1 (Brindisi) che è anche il più densamente popolato, il Comune che vanta la maggiore densità abitativa è quello di S. Pietro Vernotico (per la composizione dei distretti vedi par. 1.6).

### Anno 2007 Popolazione e densità ASL BR

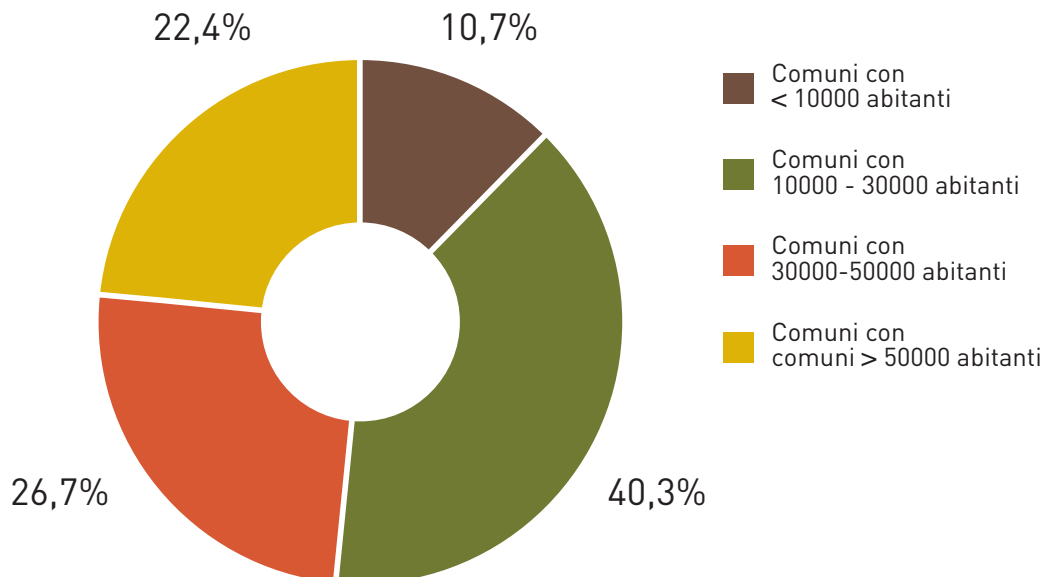


Fonte: Un.e.s

14

Il 22,40% della popolazione vive nel Capoluogo, unico Comune a superare i 50.000 abitanti, il 10,67 vive in Comuni con meno di 10.000 abitanti, la restante parte si suddivide tra comuni che contano tra i 20.000 ed i 30.000 abitanti.

### Dispersione % abitanti 2007



Fonte: Un.e.s



## La popolazione della provincia di Brindisi

Al 31.12.2007 la popolazione della provincia di Brindisi è di **402.985** abitanti composta da **193.419 uomini** e da **209.566 donne**.

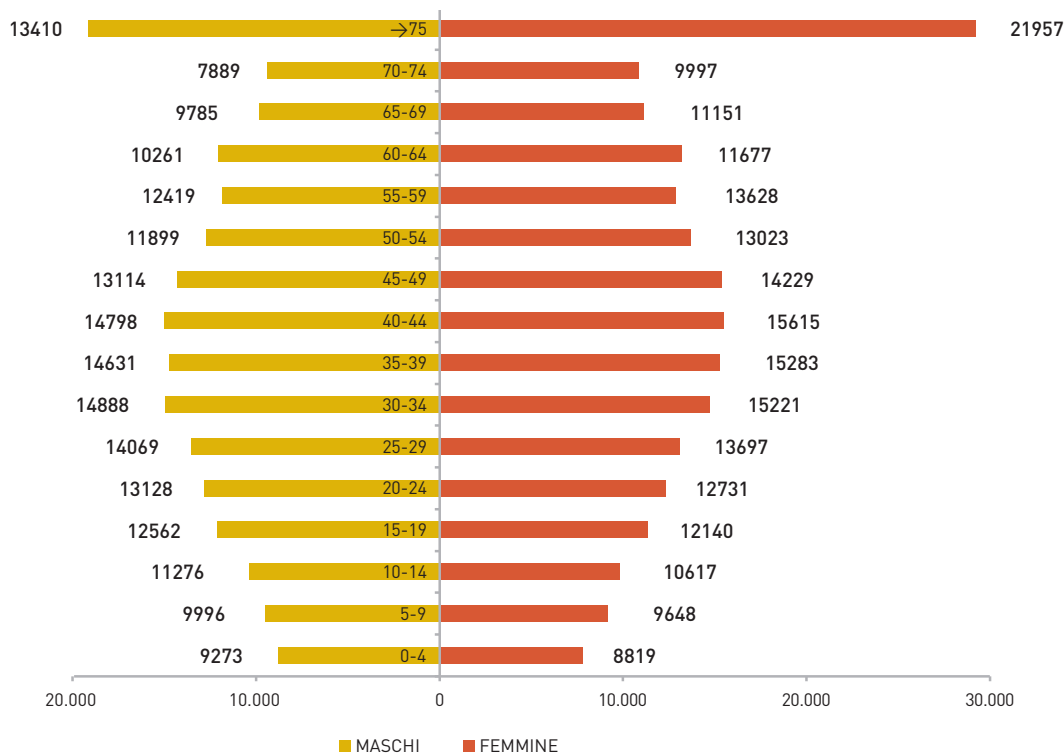
COMUNE	Maschi	Femmine	Totale	%
BRINDISI	43.154	46.825	89.979	22,33
CAROVIGNO	7.791	8.080	15.871	3,94
CEGLIE M.CA	9.800	10.861	20.661	5,13
CELLINO S.MARCO	3.216	3.556	6.772	1,68
CISTERNINO	5.762	6.189	11.951	2,97
ERCHIE	4.360	4.636	8.996	2,23
FASANO	18.568	19.803	38.371	9,52
FRANCAVILLA F.	17.561	19.019	36.580	9,08
LATIANO	7.340	7.766	15.106	3,75
MESAGNE	13.181	14.716	27.897	6,92
ORIA	7.410	7.955	15.365	3,81
OSTUNI	15.329	17.185	32.514	8,07
SANDONACI	3.342	3.623	6.965	1,73
S.MICHELE SAL.	3.120	3.229	6.349	1,58
S.PANCRAZIO SAL.	5.090	5.373	10.463	2,60
S.PIETRO V.CO	6.838	7.734	14.572	3,62
S.VITO DEI NORMANNI	9.486	10.402	19.888	4,94
TORCHIAROLO	2.496	2.608	5.104	1,27
TORRE S.SUSANNA	5.105	5.483	10.588	2,63
VILLA CASTELLI	4.470	4.523	8.993	2,23
<b>TOTALE</b>	<b>193.419</b>	<b>209.566</b>	<b>402.985</b>	<b>100,00</b>

Dati: fonte ISTAT

15

La piramide dell'età anche per quest'anno conferma la nascita di un maggior numero di uomini, ed il progressivo invecchiamento della nostra popolazione; inoltre evidenzia il grosso divario esistente tra le fasce d'età giovanili e la fascia di popolazione maggiore di 75 anni.

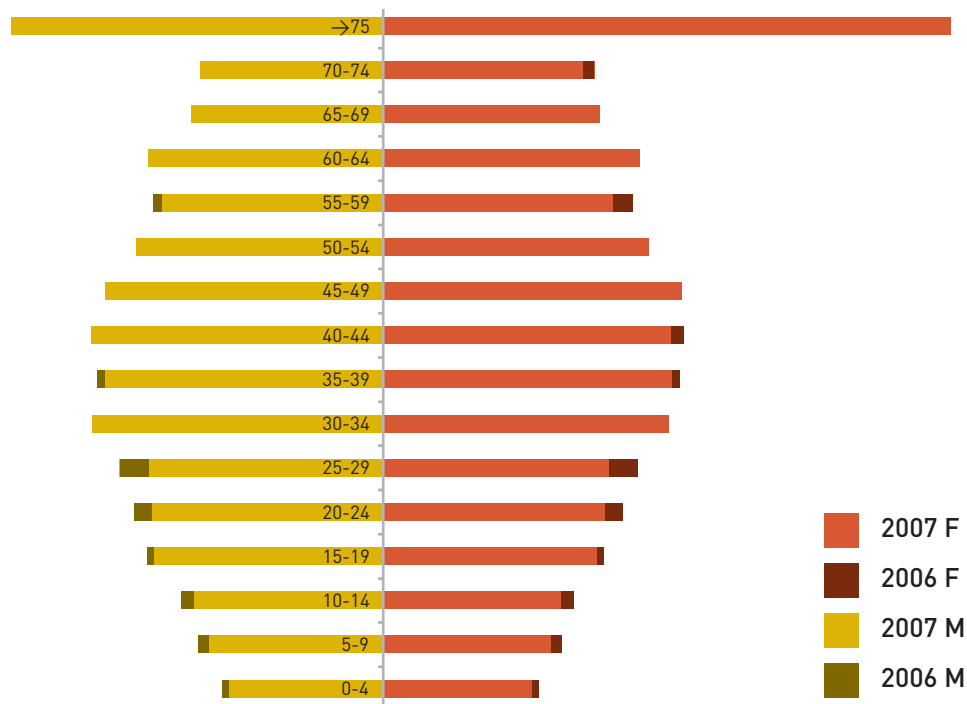
### Piramide delle età di popolazione della provincia al 1 gennaio 2007



Fonte: Un.e.s

Come si può notare nel grafico successivo, tra il 2006 ed il 2007 vi è stata una consistente perdita di popolazione, specie nelle fasce d'età giovanili, vuoi per emigrazione che per contrazione delle nascite senza trascurare l'aumento della mortalità in generale.

#### Differenza Popolazione 2006/2007



Fonte: Un.e.s

16

La tabella 1 mostra chiaramente il trend negativo dell'andamento della popolazione che è arrivata a segnare, secondo le stime effettuate dall'ISTAT, una crescita naturale dello 0,0 per mille e complessivamente una crescita totale di segno negativo, in controtendenza allo stesso dato nazionale in lieve crescita ma in linea con quelli stimati per il Sud e la Puglia che nonostante tutto mostrano una performance migliore di quella segnalata per Brindisi.

**Tabella 1 - Bilancio demografico 2004-2007 (per 1.000 abitanti)**

	Crescita Naturale				Crescita Totale			
	2004	2005	2006	2007*	2004	2005	2006	2007*
Brindisi	1,3	0,3	0,3	0,0	1,4	6,5	-2,3	-0,7
<b>Puglia</b>	<b>2,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>6,7</b>	<b>0,8</b>	<b>-0,4</b>	<b>1,3</b>
<b>Sud</b>	<b>1,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>4,7</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>3,5</b>
<b>ITALIA</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>9,9</b>	<b>5,0</b>	<b>6,2</b>	<b>6,7</b>

\*Stima

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Il tasso generico di natalità (vedi tabella successiva), mostra un decremento rispetto a quanto segnalato nel 2004 passando dal 9,2 al 8,9; il tasso generico di mortalità passa dal 7,9 per mille abitanti del 2004, all'8,9 stimato per il 2007. Per quanto riguarda la nuzialità si nota come il tasso di nuzialità sia stabile rispetto al 2006.

**Tabella 2 - Tassi generici di natalità, mortalità e nuzialità 2004-2007 (per 1.000 abitanti)**

	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2004	2005	2006	2007*	2004	2005	2006	2007*	2004	2005	2006*	2007*
Brindisi	9,2	8,8	9,0	8,9	7,9	8,5	8,7	8,9	4,6	4,6	4,3	4,3
<b>Puglia</b>	<b>10,0</b>	<b>9,5</b>	<b>9,3</b>	<b>9,1</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>4,5</b>
<b>Sud</b>	<b>10,2</b>	<b>9,8</b>	<b>9,7</b>	<b>9,6</b>	<b>8,3</b>	<b>8,7</b>	<b>8,5</b>	<b>8,5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>
<b>ITALIA</b>	<b>9,7</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>9,4</b>	<b>9,7</b>	<b>9,5</b>	<b>9,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>

\*Stima

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Anche i tassi di natalità e mortalità contribuiscono, seppur stimati, a delineare una situazione negativa.

Questa situazione è poi peggiorata da un saldo migratorio totale di segno negativo.

**Tabella 3 - Tassi generici di migratorietà 2004-2007 (per 1.000 abitanti)**

	Saldo migratorio interno				Saldo migratorio con l'estero				Saldo migratorio per altro motivo				Saldo migratorio totale			
	2004	2005	2006	2007**	2004	2005	2006	2007**	2004	2005	2006	2007**	2004	2005	2006	2007**
Brindisi	-3,1	-2,0	-2,3	-2,5	-0,2	0,9	-0,1	1,9	3,4	7,3	-0,2	-0,1	0,1	6,2	-2,6	-0,7
<b>Puglia</b>	<b>-2,1</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,4</b>	<b>-2,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>0,9</b>	<b>2,8</b>	<b>5,3</b>	<b>1,0</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>4,4</b>	<b>-0,5</b>	<b>-1,7</b>	<b>0,2</b>
<b>Sud</b>	<b>-2,9</b>	<b>-3,1</b>	<b>-3,1</b>	<b>-3,0</b>	<b>2,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>	<b>4,0</b>	<b>2,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,1</b>	<b>1,4</b>	<b>2,8</b>	<b>-0,9</b>	<b>-1,8</b>	<b>2,4</b>
<b>ITALIA</b>	<b>0,4*</b>	<b>0,1*</b>	<b>0,3*</b>	<b>-0,1*</b>	<b>6,5</b>	<b>4,4</b>	<b>3,7</b>	<b>6,6</b>	<b>2,6</b>	<b>0,6</b>	<b>2,2</b>	<b>0,1</b>	<b>9,6</b>	<b>5,2</b>	<b>6,2</b>	<b>6,6</b>

\*Il fatto che per l'Italia il saldo migratorio interno non risulti nullo è dovuto allo sfasamento temporale di uno stesso evento che viene contabilizzato da comuni diversi in momenti diversi.

\*\*Stima

Quanto sopra viene comprovato anche dagli indicatori strutturali della popolazione che confrontati con quelli rilevati nello scorso anno confermano come la nostra provincia stia avviandosi verso un futuro senza ricambio generazionale.

17

**Tabella 4 - Indicatori strutturali della popolazione al 1 gennaio 2007**

	Italia 2006				
	Italia	Meridionale	Puglia	Brindisi '06	Brindisi '07
% pop. 0-14 anni	14,1	15,7	15,5	15,1	14,8
% pop. 0-17 anni	17	19,3	19,1	18,8	18,4
% pop. 15-64 anni	66,1	66,8	67	66,8	66,8
% pop. 65 anni o più	19,9	17,5	17,4	18,1	18,4
Indice di dipendenza strutturale	51,2	49,8	49,2	49,7	49,7
Indice di dipendenza anziani	29,9	25,8	25,8	27,1	27,6
Indice di vecchiaia	140,4	107,4	107,4	120,1	124,4
Età media	42,5	40,2	40,2	40,6	41,0

Dati fonte ISTAT - elaborazione Un.E.S.

Come si può agevolmente notare essi descrivono una provincia che "invecchia" sempre più; nel contempo si allunga, però, la speranza di vita alla nascita che per gli uomini è stimata in circa 78.7 anni e per le donne è in circa 84.4 anni.

## Gli stranieri

La popolazione straniera residente ammonta a 4.180 persone, mentre i permessi di soggiorno concessi sono n. 3.278 (dato 01/01/2007). I permessi di soggiorno vengono concessi per il 42%, per motivi di lavoro, il 39% per motivi familiari, solo il 2% per asilo politico ed altrettanto per motivi religiosi, il 3% per motivi umanitari e politici ed il 7% come residenza elettiva.

## Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2007 per sesso

	Provincia di Brindisi 2007	Provincia di Brindisi 2006	Puglia2007	Italia Meridionale 2007	Italia 2007
Maschi	2048	2.007	26151	111076	1473073
Femmine	2132	2.034	25091	133012	1465849
Totale	4180	4.041	51242	244088	2938922

\*Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S

## Tavola 4- Permessi di soggiorno per motivo della presenza al 1° gennaio 2007. Maschi e femmine

	Lavoro	Famiglia	Religione	Residenza elettiva	Studio	Asilo	Richiesta asilo	Umanitari	Altro	Totale
Brindisi	1.382	1.269	7	224	93	79	5	97	58	3.278
Puglia	21.749	14.738	50	750	1.328	345	197	2.071	751	42.429
Sud	124.23	65.495	2.751	2.793	4.045	1.030	837	4.155	3.235	208.578
ITALIA	1.463.058	763.744	32.081	44.847	51.625	8.613	7.466	13.447	30.091	2.414.972

\*Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S

## Economia e qualità della vita

L'economia della provincia è basata principalmente sulle imprese agricole e sulle attività commerciali, seguite da attività legate alle imprese edilizie e manifatturiere.

Per il Sole 24 Ore, che ogni anno dedica un inserto alla qualità della vita in 103 province italiane, Brindisi si colloca al 99° posto per n° di imprese registrate per 100 abitanti (2,60), mentre al 7° posto per il numero di iscrizioni/cancellazioni di imprese; al 91° posto per persone nella fascia d'età 25-34 anni occupate (solo il 50,6%); al 65° posto per i protesti pro capite (euro 54,68), al 97° posto per i tassi d'interesse su prestiti a breve (8,36%), la ricchezza prodotta ci vede al 91° posto con 14.160 euro. Il 19° posto ci viene assegnato dall'indice Tagliacarne sulla dotazione infrastrutturale.

La nostra provincia è all'83° posto per i consumi delle famiglie (solo 369,9 euro per spese abitazione, mobili, elettrodomestici, ed altro); al 91° posto per risparmi allo sportello (5.714 euro), mentre l'importo medio delle pensioni è di 622,40 euro al mese (59° posto). Sulle poche risorse disponibili pesa poi il costo dell'abitazione che vede l'indice ponderato dell'aliquota ICI al 24° posto, mentre il costo al mq di una abitazione in semicentro ammonta a 1.400 euro.

L'occupazione, poi, presenta indicatori tra i più bassi d'Italia.

	Tasso di occupazione (15-64 anni)			Tasso di disoccupazione			Tasso di inattività (15-64 anni)		
	M	F	M+F	M	F	M + F	M	F	M+F
Brindisi	61,4	28,6	44,7	10,8	19,1	13,7	31,1	64,6	48,2
Puglia	63,7	30,0	46,7	9,0	15,5	11,2	29,9	64,5	47,4
Italia	70,7	46,6	58,7	4,9	7,9	6,1	25,6	49,3	37,5

Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S.

Come si può agevolmente notare, il tasso di occupazione è più basso che nel resto della regione sia nella componente maschile che in quella femminile. Altrettanto dicasi per il tasso di disoccupazione, mentre quello di inattività, a conferma dei precedenti indicatori, è più alto dei dati regionali e nazionali.

Legambiente ci attribuisce un indice di appena 48,4 (69° posto nella graduatoria del Sole 24 Ore) ed a ragione considerato che nella provincia di Brindisi vi è un'area definita ad alto rischio ambientale che comprende i comuni di Brindisi, Torchiarolo, S. Pietro Vernotico e Carovigno, area che conta 125.657 abitanti che rappresentano il 31,19% dell'intera popolazione provinciale. In questa area annoveriamo circa 70 industrie insalubri di prima classe, 7 ad alto rischio di incidente rilevante. A ciò si aggiunga il rischio ambientale costituito dalla presenza di un polo petrolchimico e da tre centrali termoelettriche il cui funzionamento comporta il transito per il porto di grandi quantità di carbone.

## Mortalità

### Decessi annuali nella provincia di Brindisi ogni 100.000 abitanti (tasso grezzo)

	Maschi			Femmine		
	1998 2000	2001 2003	2004 2006	1998 2000	2001 2003	2004 2006
Malattie infettive e parassitarie	7,6	3,3	5,4	9,9	5,6	3,5
Tumori	270,9	280,9	277,9	164,6	187,5	172,9
Malattie ghiandole endocrine, nutrizione e metabolismo e disturbi immunitari	6,1	10,9	21,3	11,5	19,0	32,9
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	3,7	3,1	2,1	3,5	3,5	5,4
Disturbi psichici	5,3	12,9	13,8	7,3	14,5	14,2
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	11,5	14,7	27,5	9,6	16,3	23,9
Malattie del sistema circolatorio	388,5	356,5	308,7	423,2	402,3	364,5
Malattie dell'apparato respiratorio	34,5	71,4	78,6	31,4	46,4	41,6
Malattie dell'apparato digerente	49,6	57,5	51,2	38,0	39,9	38,0
Malattie dell'apparato genitourinario	23,3	16,9	18,0	24,8	15,8	15,6
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,3	0,2	0,5	0,0	1,3	0,8
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,5	0,3	1,7	0,9	2,1	4,1
Malformazioni congenite	1,9	3,5	3,6	2,5	3,3	2,1
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	4,9	2,2	2,9	3,0	1,3	1,9
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	32,1	20,0	32,3	34,3	36,7	36,8
Traumatismi ed avvelenamenti	48,4	41,2	43,9	11,7	11,8	16,1
<b>Totale deceduti</b>	<b>889,1</b>	<b>895,5</b>	<b>889,3</b>	<b>776,5</b>	<b>807,1</b>	<b>774,4</b>

Fonte: Un.E.S.

Le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte della provincia, ma sono in costante riduzione nei tre trienni presi in esame.

La mortalità per tumore mostra un aumento tra il primo e l'ultimo triennio, pur presentando una riduzione relativa nel triennio 2004-2006 rispetto al triennio precedente.

La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ha sopravanzato quella per malattie dell'apparato digerente.

**Decessi annuali nella provincia di Brindisi per tumore ogni 100.000 abitanti  
(tasso grezzo)**

	Maschi			Femmine		
	1998 2000	2001 2003	2004 2006	1998 2000	2001 2003	2004 2006
Tumori maligni labbro, cavità orale e faringe	6,3	4,5	5,7	1,4	1,1	1,1
Tumori maligni esofago	4,1	3,3	3,3	0,5	0,2	0,3
Tumori maligni stomaco	12,7	10,5	14,2	6,6	9,7	6,2
Tumori maligni colon	14,6	16,2	13,7	12,9	18,2	15,6
Tumori maligni retto, giunzione rettosigmoidea e ano	6,5	6,4	4,5	6,0	3,0	4,0
Tumori maligni fegato e dotti biliari intraepatici	23,9	20,2	15,6	10,9	12,0	9,3
Tumori maligni laringe	6,5	5,2	5,5	0,0	0,5	0,2
Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni	80,6	83,9	80,5	10,4	12,8	14,8
Tumori maligni mammella della donna	0,0	0,0	0,0	30,5	33,2	28,2
Tumori maligni collo utero	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	1,4
Tumori maligni altre e non specificate parti dell'utero	0,0	0,0	0,0	8,2	10,2	7,5
Tumori maligni prostata	26,5	30,9	25,7	0,0	0,0	0,0
Tumori di hodgkin ed altri tumori dei tessuti linfatico ed ematopoietico	10,7	12,3	12,6	9,3	10,4	8,8
Leucemie	8,1	11,6	8,8	7,3	7,8	5,7
Altri tumori maligni	68,2	73,8	82,3	58,2	65,5	64,8
Carcinomi in situ, tumori benigni, di comportamento incerto e di natura non specificata	2,2	2,2	5,5	1,9	2,2	4,9
<b>Totale</b>	<b>270,9</b>	<b>280,9</b>	<b>277,9</b>	<b>164,6</b>	<b>187,5</b>	<b>172,9</b>

Fonte Un.E.S.

20

La mortalità per tumori ha una maggiore incidenza nel sesso maschile, rispetto al sesso femminile.

La più importante causa di morte, per patologie neoplastiche, nei maschi, sono i tumori dell'apparato respiratorio. Da evidenziare come questa causa, nel sesso femminile, pur essendo molto meno frequente, è in costante aumento.

Nelle donne è il tumore della mammella la maggiore causa di morte da neoplasia, pur presentando una riduzione dell'incidenza nell'ultimo triennio.

La mortalità per tumori del fegato e dei dotti biliari è in riduzione.

## Principi di riferimento

La ASL BR riconosce i principi generali dell'ordinamento sanitario nazionale e pugliese che garantiscono il concreto esercizio del diritto alla salute degli individui e della comunità. La realizzazione del diritto alla salute tiene conto di:

- *promozione della salute*
- *diritto alla libera scelta informata e consapevole*
- *diritto all'equità di accesso all'assistenza primaria, specialistica ed ospedaliera*
- *sviluppo della funzione di tutela.*

## Missione aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale BR è un ente strumentale della Regione Puglia con personalità giuridica pubblica ed autonomia gestionale. Ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale, impiegando nel processo di assistenza le risorse ad essa assegnate in modo efficiente.

La complessità e la gestione attiva di un'azienda sanitaria richiedono chiarezza rispetto alle mete ultime da raggiungere - *Visione aziendale*, ed una bussola, *Missione* e valori ispiratori - dell'azione utili a guidare il cammino.

La missione aziendale<sup>4</sup>, ovvero, la ragione fondante e legittimante l'esistenza di un'azienda sanitaria ha alla sua base la centralità del cittadino e la risposta ai suoi bisogni di salute.

Nell'Atto aziendale<sup>5</sup>, documento chiave per ogni azienda sanitaria, sono enunciate la missione e visione aziendale, essenziali per costruire una base comune di condivisione e di supporto all'attività quotidiana.

Dalla missione aziendale scaturiscono gli obiettivi strategici, la visione e le mete verso cui proiettare l'Azienda.

***La missione dell'ASL BR è il mantenimento, la promozione e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione, attraverso interventi globali di prevenzione, cura e riabilitazione. Si fonda su alcuni valori ritenuti essenziali:***

- *orientamento all'assistito*
- *centralità dell'assistito e conseguente valorizzazione delle risorse umane presenti nell'organizzazione*
- *visione unitaria dell'organizzazione che va valutata e misurata sui risultati*
- *piena integrazione dell'organizzazione nel più ampio sistema sociale e dei servizi del territorio provinciale.*

<sup>4</sup> La definizione della *missione* aiuta l'istituzione a chiarire la propria particolarità rispetto all'universo delle altre istituzioni, perché sintetizza il nucleo degli elementi costitutivi il capitale valoriale ed ideale, e quindi esprime il suo modo d'essere e la sua filosofia. La messa a fuoco della missione ha un valore sia che esterno all'organizzazione. L. 412/91; L.421/92; D.lgs 502/92; D.lgs 517/93; D. lgs 229/99 .

<sup>5</sup> Principali passaggi normativi dell'aziendalizzazione: L. 412/91; L.421/92; D.lgs 502/92; D.lgs 517/93; D. lgs 229/99.

**Obiettivi**

L'Azienda adotta il metodo della pianificazione strategica delle proprie attività, intesa come correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le attività da compiere per il loro raggiungimento. Nel corso dell'anno 2007, l'azione dell'Azienda è stata orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati con la deliberazione di Giunta Regionale<sup>6</sup> di nomina del Direttore Generale, nonché di quelli individuati con il Documento di indirizzo economico-funzionale relativo allo stesso anno<sup>7</sup>.

Di rilevante importanza per il pieno raggiungimento degli obiettivi, è la stesura del Piano Strategico Aziendale, che viene sottoposto all'approvazione regionale e scaturisce dall'analisi del contesto sociale e dei bisogni del cittadino, come punto di partenza in cui è fondamentale il confronto con i diversi attori presenti sul territorio. In questa fase, necessaria per attuare scelte mirate e garantire un'adeguata azione dell'Azienda, vengono promossi incontri con i Sindaci della provincia, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni e Organismi di Tutela come rappresentanti dei cittadini, per valutare attentamente suggerimenti e proposte. In tale ottica diviene rilevante, altresì, procedere ad un'analisi dell'organizzazione aziendale per individuare anche dall'interno gli elementi di forza e quelli di debolezza che richiedono opportuni interventi correttivi. Decisivo, in tale fase, è il contributo dei principali operatori sanitari quali Medici di famiglia, Pediatri e Specialisti ambulatoriali, al fine di raccogliere elementi per definire un percorso di ristrutturazione della rete dei servizi sanitari derivante innanzitutto dall'analisi delle criticità assistenziali riscontrate.

La programmazione, pertanto, è mirata alla predisposizione di una rete efficiente di servizi in grado di erogare prestazioni che, in relazione al bisogno di salute, risultano clinicamente appropriate ed effettuate nelle sedi di competenza. In particolare si è cercato di predisporre interventi di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale, concepita in maniera integrata e complementare rispetto all'offerta dei servizi territoriali.

Gli obiettivi della programmazione per l'anno 2007 hanno riguardato:

**1. area assistenza ospedaliera**

- riduzione del tasso di ospedalizzazione e promozione del day hospital e del day surgery;
- adeguamento delle prestazioni ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- attuazione del piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale;
- realizzazione delle strutture di Emergenza-Urgenza;
- contenimento delle liste di attesa;
- attuazione del progetto regionale trapianti;

**2. area assistenza territoriale**

- realizzazione dei programmi di assistenza domiciliare integrata;
- potenziamento dell'assistenza residenziale e semi-residenziale extra-ospedaliera;
- miglioramento dell'assistenza in favore dei soggetti affetti da malattia mentale;
- potenziamento dei servizi territoriali;
- valorizzazione dei piccoli ospedali riconvertiti;

<sup>6</sup> deliberazione di Giunta Regionale n.1250 del 2005

<sup>7</sup> deliberazione di Giunta Regionale n. 1400 del 3 agosto 2007



### **3. prevenzione**

- realizzazione di programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori;
- attuazione del Piano Regionale per la Prevenzione;

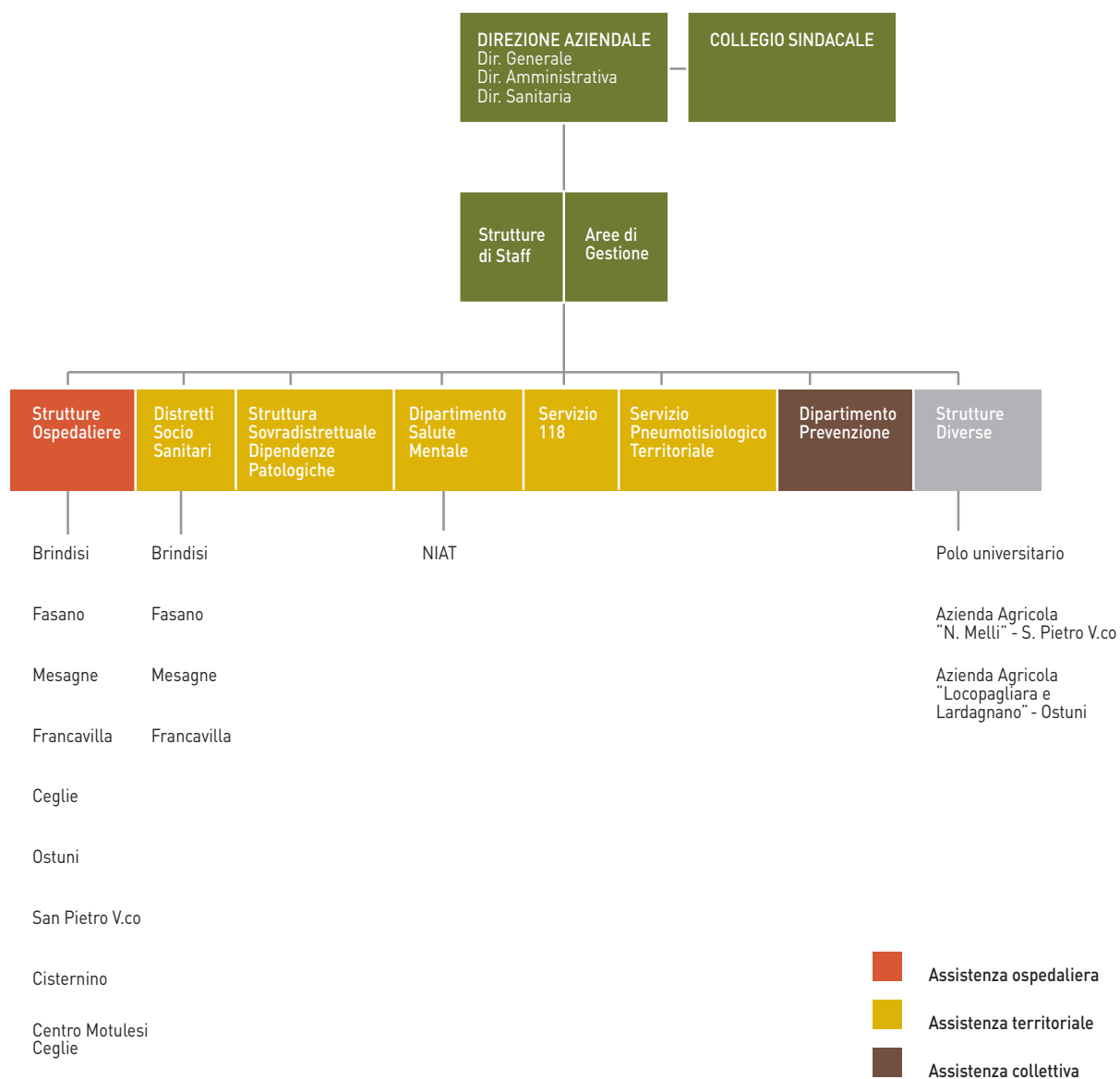
### **4. obiettivi generali**

- miglioramento dei rapporti con l'utenza;
- valorizzazione della comunicazione istituzionale;
- semplificazione dell'accesso alle strutture;
- incentivazione della partecipazione del cittadino;
- garanzia dell'equilibrio economico;
- contenimento della spesa farmaceutica;
- tenuta della contabilità analitica;
- trasmissione dei flussi informativi.

# 1.5

## Organi di governo

L'attuale assetto aziendale discende dalle vigenti normative nazionali e regionali<sup>8</sup>.



<sup>8</sup> nota D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, Legge Regionale n. 36 e n.38 del 1994, deliberazione G.R. n. 1087/2002, Legge Regionale n.11/2005, Legge Regionale n.25/2006.

## **Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale è l'organo cui competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda; è responsabile delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico dell'Azienda che si esercitano attraverso:

- definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare;
- verifica della rispondenza dei risultati dell'attività impartiti;
- valorizzazione dell'autonomia dirigenziale anche attraverso la delega di atti con diritto di revoca.

Nell'esercizio delle sue funzioni si avvale della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Aziendale.

## **Il Direttore Amministrativo**

Il Direttore Amministrativo è responsabile dei servizi amministrativi di gestione. Esercita funzioni di indirizzo e verifica dell'attività svolta al fine di garantire il rispetto delle regole di legalità, imparzialità, buon comportamento, efficace utilizzazione delle risorse, razionalità delle procedure.

Sono riservati alla competenza del Direttore Amministrativo e di quello Sanitario gli atti che possono essere emanati su delega del Direttore Generale, nei casi di assenza o impedimento di quest'ultimo ovvero di vacanza d'ufficio. In mancanza di delega, al verificarsi delle predette eventualità, essi possono essere adottati da quello dei due citati Direttori più anziano d'età.

## **Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario è responsabile della definizione delle linee strategiche e della direzione del governo clinico avvalendosi della collaborazione dei dirigenti delle strutture sanitarie. In particolare:

- formula, per quanto di competenza, proposte al Direttore Generale anche ai fini della elaborazione di programmi e atti di indirizzo;
- concorre alla definizione delle politiche aziendali finalizzate alla garanzia di equità nella opportunità di accesso ai servizi sanitari;
- presiede il Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Sanitario, nell'esercizio delle funzioni proprie o delegate, e segnatamente nell'ipotesi di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale, agisce in stretta collaborazione con il Direttore Amministrativo per assicurare la massima integrazione operativa fra area sanitaria e area amministrativa dell'Azienda.

## **Unità a supporto della Direzione**

La Direzione Generale, a supporto delle attività tipiche di governo strategico, si avvale di strutture organizzative che sono parte integrante del sistema delle funzioni di gestione, supporto, valutazione, ricerca e sviluppo riferite ai processi di tutta l'organizzazione aziendale.

## **Strutture di staff**

- Segreteria Direzionale/Affari Generali
- Struttura Burocratica Legale
- Unità di Programmazione e Controllo di Gestione
- Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) & Marketing

- Ufficio per lo Sviluppo Organizzativo
- Unità di Statistica ed Epidemiologia
- Servizi Socio-Sanitari
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
- Nucleo di Valutazione e Controllo Strategico
- Ufficio Stampa.

La strutturazione organizzativa delle funzioni di staff è necessariamente flessibile ed elastica per permettere, ove necessario, una rapida ed efficace integrazione delle diverse attività svolte.

### **Aree di Gestione**

- Gestione del Patrimonio;
- Gestione del Personale;
- Gestione Risorse Economico-finanziarie;
- Gestione Tecnica;
- Gestione Servizio Farmaceutico.

### **Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente<sup>9</sup>. Dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Conferenza dei Sindaci.

In particolare svolge la seguenti funzioni:

- verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- effettua periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi nazionali e regionali;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

26

### **Conferenza dei Sindaci**

La Conferenza dei Sindaci, istituita con la principale funzione di rappresentare le esigenze della popolazione, è composta da cinque membri in rappresentanza dei venti comuni della provincia.

Svolge le seguenti funzioni:

- esprime parere sulla nomina del Direttore Generale e, sussistendone le condizioni, può avanzare proposte per la sua revoca;
- fornisce linee di indirizzo sulla definizione dei piani programmatici;
- verifica l'andamento generale delle attività aziendali;
- esamina il bilancio pluriennale di previsione e di esercizio e trasmette le proprie valutazioni e proposte alla Regione Puglia e al Direttore Generale della ASL<sup>10</sup>.

### **Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione ha funzioni consultive, propositive e di controllo.

È nominato e presieduto dal Direttore Generale, che si avvale del Collegio per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda.

<sup>9</sup> ex art. 3, comma 13 del D. Lgs. N. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

<sup>10</sup> Leggi regionali n. 25 e n. 26 del 2006

Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione e delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria nonché alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

E' composto dal Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori di Distretto Socio-Sanitario, Direttori di Dipartimento, Direttori di Presidio Ospedaliero.

Sono altresì componenti del Collegio i responsabili di ogni altra macro-articolazione ed i Responsabili dei Servizi delle professioni sanitarie-tecniche e sociali.

### Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal Direttore Sanitario ed è regolamentato secondo la normativa vigente. Il Consiglio fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti.

### Il Comitato Etico

#### HELP

"Ai sensi del DM 12/05/06 il Comitato Etico deve garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

A tal fine, il Comitato, deve comprendere: 2 clinici, 1 medico di medicina generale/ territoriale e/o 1 pediatra di libera scelta, 1 biostatistico, 1 farmacologo, 1 farmacista, il direttore sanitario, 1 esperto in materia giuridica e assicurativa o 1 medico legale, 1 esperto di bioetica, 1 rappresentante del settore infermieristico ed 1 rappresentante del volontariato per l'assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti".

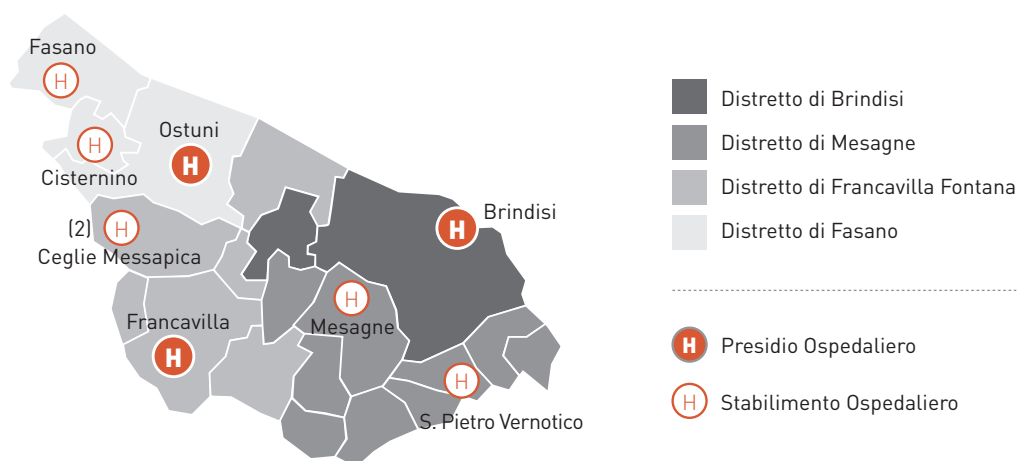
Il **Comitato Etico** è costituito con disposizione del Direttore Generale, che ne definisce la composizione. È l'organismo deputato alla riflessione e al confronto sulle tematiche bioetiche e allo svolgimento di compiti di sensibilizzazione, formazione e consulenza interna sulle tematiche stesse.

Il Comitato, in particolare, esamina, per i medesimi aspetti, casi specifici sottoposti da parte di singoli operatori, di articolazioni organizzative, di cittadini, di associazioni, di istituzioni, esprimendosi in merito; valuta protocolli terapeutici e diagnostici, pratiche assistenziali ed eventuali atti aziendali a carattere generale. Svolge anche funzioni in materia di sperimentazione clinica del farmaco.

Il modello organizzativo di un'Azienda sanitaria, in quanto realtà estremamente complessa, è caratterizzato da un'elevata presenza di strutture con diversità di missione e di servizi erogati. Obiettivo della governance è quello di attuare una gestione basata sull'integrazione dei servizi per garantire il soddisfacimento dei bisogni.

Tale modello organizzativo discende dalla legislazione regionale in materia, più specificatamente, dalle leggi regionali n.36 del 1994 e n.25 del 2006.

Di seguito viene rappresentata l'articolazione delle macrostrutture socio-sanitarie attraverso cui si realizza l'attività dell'Azienda sul territorio.



## 1.6.1 Assistenza Ospedaliera

### Presidi Ospedalieri

I Presidi Ospedalieri, quali articolazioni del sistema ospedaliero, garantiscono la continuità assistenziale e sono costituiti da uno Stabilimento singolo o da più Stabilimenti funzionalmente accorpati ed organizzati in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.

Sono finalità dei Presidi e delle loro articolazioni:

- la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;
- la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
- il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di studio e sulla qualità delle prestazioni;
- il miglioramento delle condizioni di umanizzazione delle strutture interne con particolare riferimento alla diffusione ed al rispetto dello Statuto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso e al comfort degli utenti.

Si elencano di seguito i reparti suddivisi per stabilimento, con i relativi posti letto medi dell'anno 2007.

**ANNO 2007 - posti letto medi HSP22/bis modello ministeriale (elaborati da modelli inviati dall'UNES dati arrotondati all'unità)**

Reparti	St. Brindisi	St. Mesagne	St. San Pietro Vernotico	Centro Neuromotulesi	Totale Presidio Brindisi	St. Francavilla Fontana	St. Ceglie Messapica	Totale Presidio Francavilla	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	Totale Presidio Ostuni	Totale
CARDIOLOGIA	27				27	14		14	4			4	45
CHIRURGIA GENERALE	29	20	4		53	22	12	34	25	10		35	122
CHIRURGIA PLASTICA	20				20			0				0	20
CHIRURGIA VASCOLARE	20				20			0				0	20
DERMATOLOGIA	20				20			0				0	20
EMATOLOGIA	20				20			0				0	20
GERIATRIA	33		20		53			0				0	53
GRANDI USTIONATI	11				11			0				0	11
LUNGODEGENZA	0	24	32		56	10	30	40	0	12	26	38	134
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E D	20				20			0				0	20
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	20				20			0				0	20
MEDICINA GENERALE	32	24	22		78	30	10	40	24	20		44	162
NEFROLOGIA	20				20	16		16				0	36
NEONATOLOGIA	12				12			0				0	12
NEUROCHIRURGIA	20				20			0				0	20
NEUROLOGIA	32				32			0				0	32
NEURORIABILITAZIONE				60	60			0				0	60
OCULISTICA	20				20			0				0	20
ONCOLOGIA	10				10			0				0	10
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 1	28	5	4		37	24	18	42	25	5		30	109
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2	27				27			0				0	27
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	53				53	31		31	22	18		40	124
OTORINOLARINGOIATRIA	20				20			0				0	20
PEDIATRIA	22	4			26	20		20	20	20		40	86
PNEUMOLOGIA			22		22			0		25		25	47
PSICHIATRIA			15		15		15	15				0	30
RECUPERO E RIABILITAZIONE				45	45			0				0	45
TERAPIA INTENSIVA	16				16	0		0				0	16
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8				8			0				0	8
UNITÀ CORONARICA	8				8	8		8	0			0	16
UROLOGIA	27				27			0				0	27
<b>Totale</b>	<b>575</b>	<b>77</b>	<b>119</b>	<b>105</b>	<b>875</b>	<b>175</b>	<b>85</b>	<b>260</b>	<b>120</b>	<b>110</b>	<b>26</b>	<b>256</b>	<b>1.392</b>

Fonte: elaborazione U.C.G.

**SEDI DEI PRESIDI OSPEDALIERI**

**Presidio Ospedaliero di Brindisi-Mesagne-S.Pietro V.co-Ceglie M.ca (riabilitazione)**

- Stabilimento Ospedaliero "Di Summa-Perrino" Brindisi
- Stabilimento Ospedaliero di Mesagne
- Stabilimento Ospedaliero di S. Pietro Vernotico
- Centro Riabilitativo "Centro neorulesi e motulesi" Ceglie Messapica

**Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana Ceglie Messapica**

- Stabilimento Ospedaliero di Francavilla Fontana
- Stabilimento Ospedaliero di Ceglie Messapica

**Presidio Ospedaliero di Ostuni-Fasano-Cisternino**

- Stabilimento Ospedaliero di Ostuni
- Stabilimento Ospedaliero di Fasano-Cisternino

**Privato accreditato**

- Casa di Cura Salus di Brindisi
- I.R.C.C.S. Medea di Ostuni
- La Nostra Famiglia di Ostuni

## 1.6.2 Assistenza Territoriale

### I Distretti socio-sanitari

Il Distretto rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale si concentra tutta l'operatività socio-sanitaria, ad esclusione di quella connessa con le tipiche attività di ricovero – proprie delle strutture ospedaliere - e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Struttura Sovradistrettuale per Dipendenze Patologiche, Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Servizio Pneumotisiologico).

Il Distretto garantisce l'erogazione delle prestazioni relative alle seguenti attività:

- Assistenza sanitaria di base: medicina generale e pediatria di libera scelta, servizio di continuità assistenziale (guardia medica) e medicina dei servizi;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Assistenza domiciliare;
- Assistenza farmaceutica territoriale;
- Assistenza di emergenza territoriale;
- Assistenza termale;
- Assistenza Integrativa e Protesica;
- Attività finalizzate a garantire il diritto del cittadino all'accesso ai servizi sanitari (iscrizione al SSN, scelta e revoca del medico, prenotazioni, ecc.);
- Assistenza sanitaria all'estero e assistenza ai cittadini non residenti, con domicilio sanitario nell'ambito territoriale del distretto;
- Attività di tutela della salute collettiva, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione;
- Attività consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, integrate con quelle ospedaliere e con la medicina generale e la pediatria di base;
- Attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte agli anziani, ai disabili, al disagio psichico e alle dipendenze patologiche, compresa l'assistenza residenziale e semiresidenziale, coordinate con quelle dipartimentali;
- Attività o servizi per le patologie in fase terminale;
- Integrazione operativa tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali degli enti locali rivolta alle fasce deboli della popolazione (anziani, disabili, ecc.).

30

L'attività territoriale descritta viene erogata da 4 Distretti Socio-Sanitari:

#### SEDI DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

##### **Distretto n.1 – Brindisi - sede distrettuale**

*Comuni afferenti: Brindisi, S. Vito dei Normanni*

##### **Distretto n. 2 – Fasano - sede distrettuale**

*Comuni afferenti: Fasano, Cisternino, Ostuni*

##### **Distretto n. 3 – Francavilla Fontana - sede distrettuale**

*Comuni afferenti: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli*

##### **Distretto n. 4 – Mesagne - sede distrettuale**

*Comuni afferenti: Mesagne, Erchie, Latiano, Cellino S. Marco, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino, S. Pietro Vernotico, Torchiarolo, Torre S. Susanna*



## Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa di organizzazione e gestione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale in ogni fascia di età, nonché alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico.

Il DSM colloca il trattamento del disagio, della malattia, della disabilità, all'interno di una visione che coglie la persona nella sua interezza, con le sue capacità e potenzialità, nonché il suo ambiente familiare, sociale e lavorativo.

Riconosce come fine ultimo della propria attività lo sviluppo più elevato possibile delle abilità e delle autonomie dei propri utenti, sviluppando specifici programmi ed opera per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio, disturbo mentale e disabilità, per partecipare e promuovere attivamente i diritti di cittadinanza.

L'organizzazione Dipartimentale consente la funzione fondamentale di integrazione delle differenti modalità di intervento, mantenendo coordinati e coerenti i processi assistenziali di diagnosi e di cure, con quelli più specificatamente preventivi e riabilitativi. L'assetto organizzativo del dipartimento include:

- **n. 2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli Stabilimenti Ospedalieri di Ceglie Messapica e S. Pietro V.co**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica nell'ambito ospedaliero, nonché le attività di consulenza presso altri reparti. I Servizi si sono dotati, con l'adozione di protocolli e linee guida, di un sistema di miglioramento e valutazione della qualità assistenziale come da Progetto Regionale BURP N. 120 DEL 13/12/1999 per il miglioramento dell'assistenza dei SPDC.

- **n. 4 Centri di Salute Mentale (CSM)**

I CSM, coincidenti con i territori dei Distretti di Brindisi, Fasano, Mesagne e Francavilla F.na, esercitano le attività preventive, terapeutiche e riabilitative raccordandosi con gli altri Servizi Sanitari presenti nel territorio e con i servizi Sociali Territoriali. Essi sono dotati di servizi aperti nelle 12 ore e di una rete di strutture riabilitative a diversa intensità assistenziale.

- **n. 1 Servizio Sovradistrettuale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale (NIAT)<sup>13</sup>**

Il NIAT articolato in 6 Centri, con sede in Brindisi, Fasano, Carovigno, Francavilla F.na, Latiano, Cellino S. Marco, garantisce l'assistenza ai soggetti compresi tra 0-18 anni affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, nonché da disturbi della sfera neurologica e psichica; eroga quindi, prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, finalizzate al recupero funzionale, scolastico, sociale e lavorativo qualunque sia la causa invalidante o eziologica.

Il NIAT ha adottato dal 21/12/2001 il Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001:2000, N.CERT-09804-2001 AQ-BRI-SINCERT.

- **n. 1 Unità Operativa di Psicologia Clinica**

L'Unità Operativa di Psicologia Clinica, prevista dal Regolamento del DSM e non ancora attivata, ha la funzione di assicurare, in modo omogeneo e trasversale: Psicodiagnosi, Psicologia Clinica (prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione), Psicoterapia, ricerca in campo psicologico e psicoterapeutico, formazione, in relazione agli specifici bisogni dell'utenza e delle varie articolazioni funzionali del DSM.

<sup>13</sup> Con delibera n. 3461 del 11/12/2006 si è rideterminato l'assetto organizzativo del D.S.M. attivando le UU.OO.CC. di Psicologia Clinica e del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in ottemperanza alle disposizioni regionali (Art. 2 della L.R. 30 del 16/12/1998). Il servizio di Neuropsichiatria dell'adolescenza e dell'infanzia è stato configurato come struttura complessa afferente al DSM, le cui funzioni ed attività nella ASL BR erano espletate come servizio Sovradistrettuale di Riabilitazione, già Dipartimento Handicap.

## **Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche**

La Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche, istituita dal DPR 309/90, D.M. 444/90, svolge le attività riconducibili all'area di intervento della dipendenza da sostanze di abuso legali (alcool, tabacco, e taluni psicofarmaci) ed illegali (eroina, cocaina, cannabis, exstasy ed altre droghe).

Alla Struttura fanno capo i SERT i quali costituiscono le strutture di riferimento nel territorio provinciale dell'Azienda per i tossicodipendenti e per le loro famiglie e garantiscono interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento.

I SERT devono assicurare, in ogni caso, la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico ed in particolare:

- operano interventi di primo sostegno ed orientamento per gli utenti;
- attuano programmi alternativi al carcere in collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia e la Prefettura;
- accertano lo stato di salute fisica e psichica, nonché le condizioni sociali degli utenti;
- certificano lo stato di dipendenza ove richiesto dagli utenti o per altre finalità previste dalla legge;
- attuano interventi di prevenzione della diffusione dell'HIV, dei virus-B-C dell'epatite e delle patologie correlate all'uso di sostanze tossiche;
- monitorizzano, in collaborazione con le Unità Operative di Malattie Infettive, i soggetti sieropositivi;
- trattano, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, i soggetti con doppia diagnosi;
- effettuano diagnosi precoci ed attuano interventi di prevenzione secondaria e terziaria (riduzione del danno) contro le droghe e l'alcool;
- attuano particolari forme di sostegno per le utenti in stato di gravidanza;
- attuano programmi di reinserimento lavorativo;
- supportano con programmi specifici i familiari degli utenti, ove necessario.

32

## **Struttura sovradistrettuale Servizio Pneumotisiologico territoriale**

Nel rispetto delle linee programmatiche definite a livello nazionale e regionale e delle evidenze scientifiche, nonché nella convinzione che i processi diagnostici e terapeutici integrati rappresentino lo strumento per assicurare ai cittadini il soddisfacimento dei loro bisogni di salute, l'ASL ha istituito un' Unità Operativa Complessa " Servizio Pneumotisiologico". Attraverso un percorso assistenziale che mette in rete tutte le risorse presenti nel territorio vengono assicurati interventi di prevenzione delle malattie respiratorie secondo linee guida e protocolli clinici concordati tra tutti gli operatori<sup>14</sup>.

All'Unità Operativa del Servizio Pneumotisiologico fanno capo gli Ambulatori Pneumologici Territoriali presenti e che risultano essere così distribuiti su tutto il territorio della ASL:

- Brindisi (sede principale)
- Mesagne
- Francavilla Fontana
- Ceglie Messapica
- Ostuni

In questo modo si è inteso creare una rete uniforme, organizzata e coordinata delle prestazioni pneumologiche sul territorio di riferimento.

In particolare, gli ambulatori pneumologici offrono:

- attività ambulatoriale di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie;
- prevenzione, diagnosi e cura della TB, nonché sorveglianza delle categorie a rischio;
- educazione sanitaria rivolta ai pazienti per il training all'autogestione della patologia respiratoria (scuola asma, BPCO, allergia);
- attività di informazione rivolta alla popolazione, con interventi nelle scuole e realizzazione di specifici corsi di formazione per MMG;

<sup>14</sup> Piano Strategico dei Servizi Sanitari AUSL BR/1. Maggio 2006.

- centro per la prevenzione e la cura del tabagismo (Centro antifumo);
- prescrizione e monitoraggio della ossigenoterapia a lungo termine;
- Assistenza Respiratoria Domiciliare per i pazienti in OLT e in ventilazione meccanica domiciliare;
- Pneumologia Riabilitativa ambulatoriale;
- Polisonnografia domiciliare
- Ambulatorio di Fisiopatologia Respiratoria.

### Ambulatori di pneumologia riabilitativa

Sono stati attivati, altresì, degli ambulatori di Pneumologia Riabilitativa, operativi presso le sedi di Mesagne, Brindisi, Francavilla Fontana, dove si effettuano i seguenti trattamenti di pneumologia riabilitativa (individuali e di gruppo), utili e molto richiesti, anche dagli stessi pazienti:

- *Riallenamento allo sforzo*
- *Disostruzione bronchiale*
- *Esercizi respiratori*
- *Programmi educazionali*
- *Riabilitazione in pazienti con cannula tracheostomica*
- *Ventilazione meccanica*

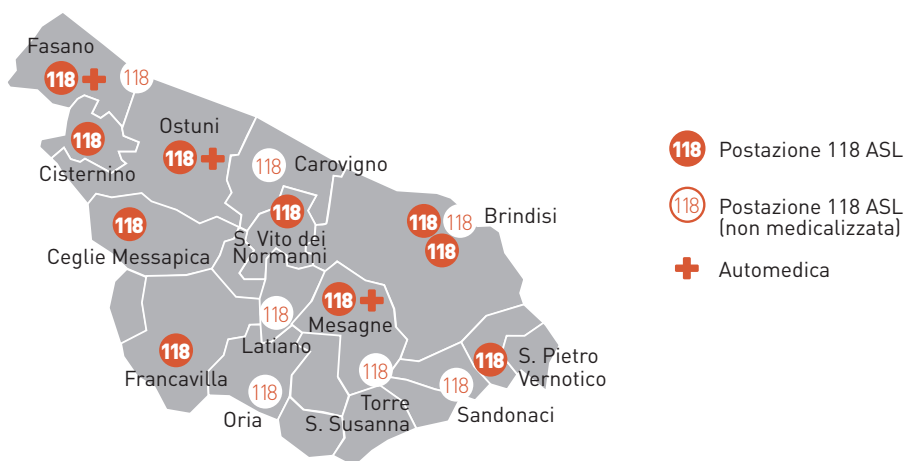
### Servizio 118

#### 17 postazioni mezzi attive nella provincia di Brindisi<sup>15</sup>

di cui 10 "Mike" – medicalizzate (ALS):

- Brindisi-Perrino, Brindisi-Centro
  - S. Pietro V.co, Mesagne, S. Vito dei N.
  - Francavilla, Ceglie M., Ostuni, Fasano e Cisternino
- e 7 "Victor" - non medicalizzate (BLSD):
- Brindisi-Porto, Sandonaci, Latiano, Torre S.S.
  - Oria, Carovigno e Speziale (Fasano)

33



## 1.6.3 Assistenza Collettiva

### Dipartimento di Prevenzione

La struttura della ASL preposta alle attività di prevenzione collettiva, promozione e tutela della salute pubblica dai rischi eziologici ed epidemiologici di natura igienico-ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa è il Dipartimento di Prevenzione.

<sup>15</sup> Database centrale operativa 118

Principale compito del Dipartimento di Prevenzione è individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute della popolazione con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più esposti.

Per assolvere a questo compito, il Dipartimento si avvale di strumenti epidemiologici, di vaccini ed altri farmaci per la profilassi di malattie infettive, di iniziative di informazione ed educazione sanitaria e di interventi di vigilanza volti a verificare il rispetto della normativa sanitaria.

Promuove direttamente interventi di prevenzione e coordina o collabora ad interventi promossi da altre strutture sanitarie e non sanitarie.

Contribuisce inoltre alle attività di educazione alla salute, di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico degenerative in collaborazione con gli altri servizi e Dipartimenti Aziendali.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola in Strutture Complesse ognuna delle quali ha competenze specifiche:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)
- Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL)
- Servizio di Igiene ed Assistenza Veterinaria (S.I.A.V.), che è suddiviso in tre Aree autonome (Area A, Area B, Area C) che si occupano rispettivamente di Sanità animale, di Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati, di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

#### **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)**

Garantisce le seguenti funzioni:

- prevenzione e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, inchieste epidemiologiche, vaccinazioni;
- prevenzione negli ambienti di vita;
- consulenza in medicina dei viaggi;
- prevenzione primaria e secondaria delle malattie cronico degenerative;
- medicina legale, igiene e polizia mortuaria, accertamento delle condizioni invalidanti;
- vigilanza in materia di radiazioni ionizzanti e sull'uso di gas tossici;
- rilascio di pareri su pratiche edilizie, strumenti urbanistici, regolamenti comunali ed in generale di gestione del territorio;
- rilascio di pareri finalizzati alla realizzazione, all'autorizzazione al funzionamento e/o accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali intra ed extra aziendali e vigilanza e controllo sulle attività sanitarie e strutture turistico ricettive e termali.

#### **Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)**

Garantisce le seguenti funzioni:

- vigilanza, sorveglianza e tutela igienico sanitaria di alimenti di origine vegetale, bevande ed acque potabili nelle attività di produzione, preparazione, deposito, distribuzione, somministrazione, vendita e trasporto;
- vigilanza e sorveglianza nelle attività di stoccaggio, distribuzione e vendita di prodotti fitosanitari;
- sorveglianza epidemiologiche delle malattie a trasmissione alimentari (MTA);
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale per collettività e cittadini ed educazione alimentare;
- controllo micologico e tossicologia alimentare.

### **Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.P.eS.A.L.)**

Garantisce le seguenti funzioni:

- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- prevenzione delle malattie professionali;
- conduzione di inchieste su infortuni e malattie professionali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- attività di igiene industriale, tossicologia, valutazione dei rischi, ergonomia ed organizzazione del lavoro;
- vigilanza e controllo sulla sicurezza impiantistica nei settori edile, industriale ed in agricoltura.

Servizio di Igiene ed Assistenza Veterinaria (S.I.A.V.)

#### **S.I.A.V. A Sanità animale**

Garantisce le seguenti funzioni:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie trasmissibili dall'animale all'uomo;
- verifica e controllo su ricoveri e trasporto di animali;
- trattamenti immunizzanti e inoculazioni diagnostiche;
- realizzazione di piani di sanità animale;
- profilassi della rabbia, lotta al randagismo, tenuta anagrafe canina;
- gestione dell'anagrafe del bestiame, vigilanza e controllo sugli allevamenti zootecnici.

#### **S.I.A.V. B - Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati**

Garantisce le seguenti funzioni:

- verifica e controllo su impianti di produzione, lavorazione, somministrazione, di carni, uova, prodotti della pesca ed alimenti d'origine animale;
- residui nelle derrate alimentari ed individuazione di fattori di rischio da inquinamento ambientale;
- anagrafe di tutti gli impianti operanti sul territorio;
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine animale.

#### **S.I.A.V. C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**

Garantisce le seguenti funzioni:

- verifica e controllo su uso del farmaco veterinario e della presenza dei residui nelle produzioni zootecniche;
- verifica e controllo su latte e prodotti lattiero-caseari all'origine;
- verifica e controllo sulla riproduzione animale;
- controllo sul benessere animale;
- verifica e controllo sugli impianti di acquacultura;
- verifica e controllo su produzione, commercio ed utilizzazione degli alimenti destinati agli animali da reddito e da affezione e nutrizione animale con particolare riferimento ai mangimi medicati, alla sorveglianza BSE ed agli scambi comunitari, importazioni ed esportazioni da e verso Paesi terzi;
- verifica e controllo su sperimentazione animale, raccolta, trasporto e trattamento delle spoglie animali e dei sottoprodotti della macellazione.

I diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno una differente articolazione sul territorio per l'offerta delle attività rivolte ai cittadini ed alle aziende. La struttura che ha una distribuzione più capillare è il Servizio Igiene e Sanità Pubblica che è organizzato in 6 Unità Operative Semplici a valenza Territoriale (Brindisi, Fasano, Ostuni, Francavilla Fontana, Mesagne, San Pietro Vernotico) con ambulatori per le vaccinazioni e le certificazioni medico legali presenti in ogni comune.

### 1.7.1 Funzione di pubblica tutela

Il cittadino o le Associazioni di rappresentanza possono esercitare azioni di tutela dei propri diritti in caso di:

- disservizio o limitazione della fruibilità delle prestazioni;
- violazione leggi o dei regolamenti che disciplinano la fruizione dei servizi sanitari;
- azioni lesive della propria dignità o dei propri diritti da parte degli operatori dell'Azienda.

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi, riceve i reclami e le segnalazioni e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla Direzione dei Servizi e alla Direzione Generale per le decisioni in merito.

Le azioni di tutela possono essere esercitate sia nei confronti dei Servizi direttamente gestiti dalla Azienda, che di strutture private accreditate e convenzionate. L'utente, i parenti, gli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti possono attivare le procedure di tutela con le seguenti modalità:

- mediante segnalazione scritta da inviare agli Uffici per le Relazioni con il Pubblico presenti sul territorio appartenente all'Azienda;
- mediante la compilazione di moduli opportunamente predisposti e disponibili presso gli sportelli degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico e le cassette reclami e proposte;
- mediante esposizione, verbale e/o telefonica, dei fatti ritenuti lesivi dei propri diritti all'operatore dell'U.R.P. il quale compilerà la scheda di segnalazione per conto dell'utente.

Per ogni reclamo pervenuto viene predisposto il relativo riscontro a firma del Direttore Generale dopo aver effettuato le opportune verifiche. Vengono prese in considerazione anche le segnalazioni anonime. Reclami e segnalazioni pervengono anche dal Call Center informativo sanitario regionale, a cui l'URP riferisce sulle procedure attivate circa il reclamo ricevuto.

#### **Procedura dei reclami**

- L'utente inoltra reclamo informale (verbale o telefonico) all'operatore dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico il quale valuta l'opportunità contestuale di rimozione o meno delle cause che hanno generato il reclamo.
- Nel caso in cui l'utente non rimanga soddisfatto della risoluzione verbale, inoltra all'operatore dello stesso Ufficio reclamo formale scritto. Entro 15 gg. l'operatore informa l'interessato sullo stato dell'indagine e, passati ulteriori + 15 gg., l'utente deve ricevere comunicazione - scritta o telefonica - degli accertamenti compiuti.



### Analisi dei reclami e delle segnalazioni anno 2007

L'analisi dei risultati di tali attività viene riferita, periodicamente, alla Direzione Generale e trimestralmente all'ARES Puglia, che effettua un'analisi a livello regionale con una comparazione tra le diverse aziende sanitarie.

Occorre tener conto che il reclamo è uno strumento "spontaneo" utilizzato dal cittadino e non garantisce rappresentatività del dato al pari delle indagini campionarie. I reclami sono stati classificati secondo "Indicatori di Qualità", su direttive dell'ARES Puglia.

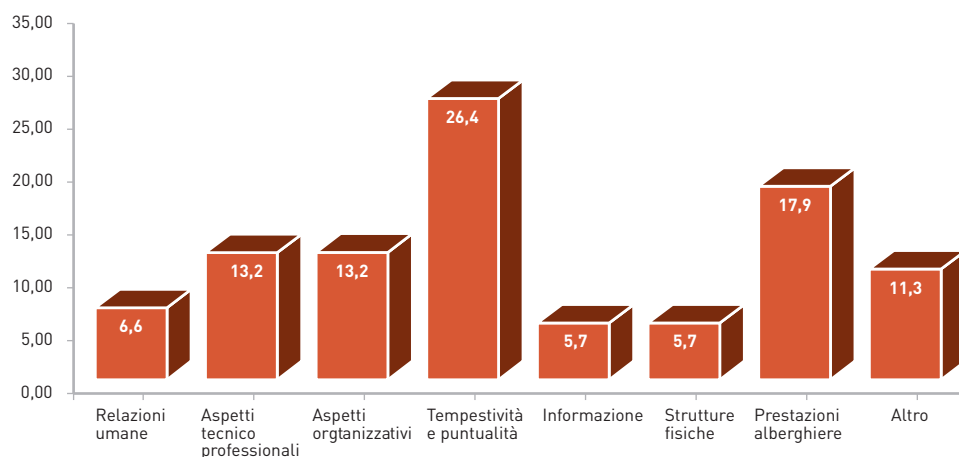
### Scheda riassuntiva reclami 2007

	Macrocategoria	%	v.a.
1	Relazioni umane	6,6	7
2	Aspetti tecnico-professionali	13,2	14
3	Aspetti organizzativi	13,2	14
4	Tempestività e puntualità	26,4	28
5	Informazione	5,7	6
6	Strutture fisiche	5,7	6
7	Prestazioni alberghiere	17,9	19
8	Altro	11,3	12
	<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>106</b>

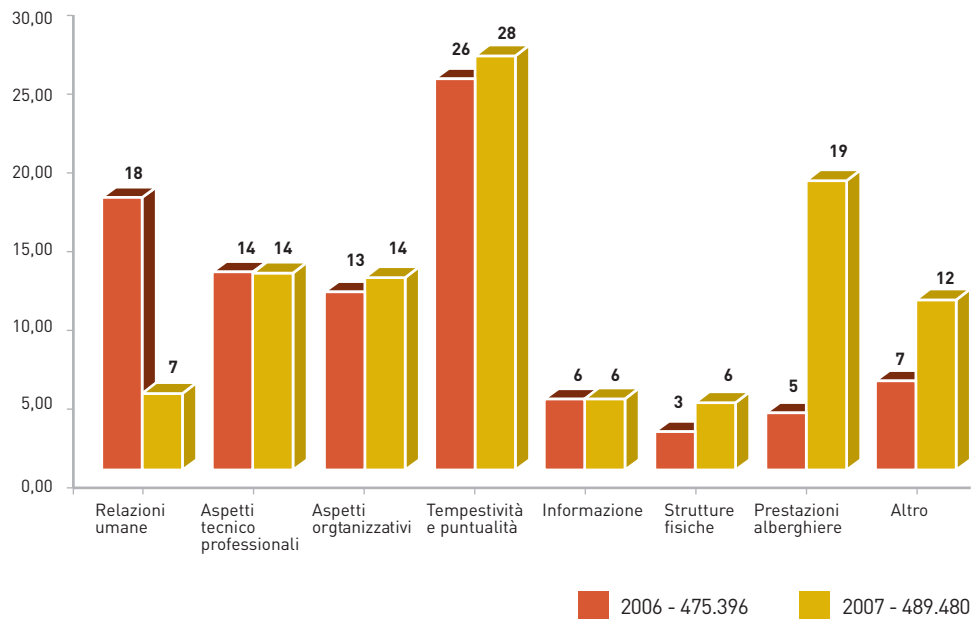
Fonte: Elaborazione URP

Nota: n. 106 reclami/segnalazioni sono stati presentati da 96 utenti.

### Reclami e segnalazioni 2007 distribuzione %



## Reclami e segnalazioni confronto 2006-2007 (valore assoluto)



96 utenti hanno presentato in totale 106 reclami/segnalazioni, 16 in più rispetto al 2006. Il 44% è rappresentato dalle categorie "tempestività e puntualità" e "prestazioni alberghiere". Rispetto all'anno precedente diminuiscono i reclami sulle relazioni umane, praticamente pari quelli presentati circa gli aspetti tecnico-professionali e organizzativi e sull'informazione, mentre sono in leggero aumento le segnalazioni su tempestività e puntualità (tempi di attesa delle prestazioni e lunghe code agli sportelli). Una delle cause è dovuta alla disposizione aziendale di registrare presso gli sportelli-cassa le richieste degli esenti nel giorno stesso della visita, pratica introdotta per una questione contabile. La conseguenza di un maggiore afflusso degli utenti ha creato un obiettivo disagio. Si evidenzia poi un aumento sugli aspetti legati alle strutture fisiche, in particolare sulle barriere architettoniche, e sulle prestazioni alberghiere (qualità del vitto e carenze nei servizi igienici) in gran parte riferiti all'ospedale di Francavilla Fontana.

Nella voce "altro" sono compresi: 2 elogi, 5 richieste di attivazione di nuovi servizi, 5 richieste di miglioramento di servizi esistenti. L'aumento è segno di atteggiamento propositivo da parte degli utenti, utile alla direzione aziendale non solo per intervenire con azioni correttive sui disservizi ma anche sulle carenze come miglioramento dell'esistente.

Tra le azioni migliorative l'Azienda ha investito in attività di formazione con l'attivazione del corso di "Accoglienza e umanizzazione" a cui hanno partecipato, a partire dalla fine del 2006, 1.200 operatori sanitari e di sportello. Nonostante non siano tanti i reclami in tal senso, quello delle relazioni umane è un aspetto ritenuto fondamentale per il buon funzionamento dei servizi.

Molti disservizi legati ad aspetti organizzativi sono stati risolti nei tempi utili per ogni singolo caso, mentre per la risoluzione dei problemi legati alle strutture ricettive e prestazioni alberghiere è richiesta una programmazione a lungo termine con una scala di priorità, dopo le dovute verifiche ed eventuale revisione di procedure (es. contratti di servizi esternalizzati).



## 1.7.2 Audit civico

Nel giugno 2006 la ASL BR aveva aderito all'Audit Civico, progetto di durata triennale, promosso dall'associazione Cittadinanzattiva Onlus e condiviso dalla Regione Puglia (Assessorato alla Trasparenza e Cittadinanza Attiva; Assessorato alle Politiche della Salute e Assessorato alla Solidarietà) per attuare presso le Aziende Sanitarie Pugliesi forme innovative di coinvolgimento dei cittadini nella programmazione delle politiche sanitarie. Strumento metodologico -funzionale finalizzato alla valutazione dei servizi sanitari a partire dal "Punto di Vista" dei cittadini, è stato coordinato da un "Tavolo tecnico" regionale costituito da referenti delle ASL e delle associazioni di volontariato locali.

Per la sua attuazione all'interno di ogni Azienda Sanitaria è stato costituito un gruppo di lavoro misto. Nella ASL BR il gruppo è composto dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, il Tribunale per i Diritti del Malato e due associazioni componenti del Comitato Consultivo Misto (ANTEAS e Medicina Democratica). Il lavoro di rilevazione è stato organizzato con tre equipe di monitori con una coordinatrice del TDM, mentre l'analisi dei dati è stata curata dai rappresentanti di TDM- Cittadinanzattiva e da operatori URP.

Il programma della prima fase di monitoraggio ha teso a misurare i seguenti livelli di assistenza:

1. Assistenza Ospedaliera
2. Assistenza Specialistica Ospedaliera
3. Assistenza Specialistica Territoriale
4. Servizi per le Dipendenze Patologiche (SERT)
5. Rapporti tra Azienda Sanitaria e Volontariato

### Fasi del progetto

1° fase	Dicembre 2006	Costituzione e formazione Equipe
2° fase	Gennaio Febbraio 2007	Costituzione gruppi di lavoro Monitoraggio delle strutture
3^ fase	Marzo	Assemblaggio dei dati TDM ed URP
3° fase	Marzo	Analisi dei dati
4^ fase	Settembre – Ottobre	Presentazione dei risultati alla Direzione Generale ed alla cittadinanza in Conferenza dei Servizi

39

### Le Strutture e le Unità Operative individuate per il monitoraggio

Assistenza Ospedaliera	Presidio Ospedaliero "A. PERRINO" di Brindisi
Assistenza Specialistica Ospedaliera	Poliambulatori del P.O. "A. PERRINO " di Brindisi
Assistenza Specialistica distrettuale	Poliambulatori del Distretto Socio-Sanitario di Brindisi
Servizi per la Dipendenze Patologiche	SERT di Francavilla F.na

## I RISULTATI

### Criticità rilevate nel Presidio Ospedaliero "A. Perrino"

Le più importanti carenze di carattere generale riscontrate nel Presidio Ospedaliero "Perrino" sono le seguenti:

All'interno degli ascensori sono assenti le indicazioni relative alle U.O. e ai servizi presenti in ogni piano così come sono scarsi gli opuscoli informativi.

- Il servizio mensa risulta poco pubblicizzato
- Gli unici punti di riscossione ticket sono quelli tradizionali
- La maggioranza degli ambulatori specialistici non prevede percorsi di urgenza per utenti esterni che passano dal pronto soccorso
- Il bagno del primo piano, destinato agli uomini, necessita di uno schermo che impedisca di vedere l'ambiente interno dall'esterno
- Il Pronto Soccorso rappresenta il punto di maggiore debolezza del presidio ospedaliero. L'astanteria, considerato l'elevato numero di accessi al Pronto Soccorso, risulta logisticamente insufficiente ad accogliere i pazienti che vi sostano durante l'iter diagnostico; la stanza adibita a reception è dotata di un bagno fatiscente e nel bagno dell'ambulatorio del Pronto Soccorso, privo di tutti gli accessori, si notano scritte sulle porte; il servizio è sprovvisto di distributori di acqua

Sono state sottoposte al monitoraggio n°15 Unità Operative di Degenza, con la rilevazione delle seguenti carenze:

- Quasi inesistenti sono gli avvisi contenenti agli orari ed ai giorni a disposizione dei parenti degli ammalati per informarli sulle condizioni di salute e gli interventi terapeutici programmati, così come, sono assenti i cartelli che segnalano i nominativi e le qualifiche del personale medico e del coordinatore infermieristico.
- Pochi sono i servizi che hanno adottato degli opuscoli informativi descrittivi delle attività di reparto.
- Le cartelle cliniche non sono informatizzate.
- Solo la divisione di pediatria fornisce ai parenti la poltrona letto da usare durante le ore notturne.
- Nella maggior parte delle stanze di degenza i bagni sono sprovvisti dei principali accessori.
- In molte divisioni gli infissi difettano nella chiusura e le pareti presentano danni dovuti all'usura ed al passaggio delle barelle.
- In molti reparti non esistono ambienti riservati alla socializzazione e se presenti, in alcuni casi, vengono destinati ad altre funzioni.

40

Gli ambulatori specialistici hanno presentato le seguenti carenze:

- Spesso i servizi sono dotati di una sala di attesa di dimensioni ridotte e si notano segni di fatiscenza alle pareti.
- Assenti sono i distributori di bevande ed alimenti.
- Si notano segni di fatiscenza alle pareti, le porte difettano nella chiusura e mancano le piantine di evacuazione;
- I bagni sono privi di campanelli d'allarme e non è possibile chiudere le porte perchè mancano le chiavi;
- Le sale di attesa sono ricavate dal corridoio, dove sono collocate poche sedie con scarsa segnaletica e poco presenti sono i numeratori;
- In particolare negli ambulatori di oromascellare, chirurgia plastica, ostetricia e ginecologia raggruppati nello stesso sito, le sedie della sala di attesa risultano insufficienti e l'ambiente è stretto e poco arieggiato dato l'ingente afflusso di utenza.

#### **Criticità rilevate nel Distretto Socio - Sanitario di Brindisi**

La struttura complessivamente risulta essere in buone condizioni. All'esterno dello stabile non è presente un parcheggio per Taxi e non esiste cartellonistica stradale che indichi la dislocazione del Distretto. Non vi è disponibilità di opuscoli informativi, tuttavia esistono informative per gli utenti in una bacheca posta all'ingresso ed è presente un servizio di portineria che dà informazioni.

Le prestazioni effettuate sono solo in regime di prenotazione, non è prevista l'urgenza, assenti sono i punti di riscossione ticket diversi da quelli tradizionali.

Quasi tutti i bagni sono sprovvisti dei principali accessori.

### **Criticità rilevate nel Servizio per le Tossicodipendenze di Francavilla Fontana**

Il Servizio SERT di Francavilla Fontana assicura prestazioni nei comuni di: ORIA, VILLA CASTELLI, S. MICHELE SALENTINO e FRANCAVILLA FONTANA.

Le maggiori criticità rilevate nel servizio sono:

- assenza di cartellonistica stradale che indichi l'ubicazione del servizio, è assente anche la targa che renda visibile il servizio all'ingresso;
- è inesistente un riferimento telefonico per le informazioni e l'orientamento dell'utenza e non sono disponibili opuscoli informativi;
- non vi è una sala d'attesa;
- è assente la divisione tra bagno per il pubblico ed il bagno per gli utenti;
- l'ufficio dell'assistente sociale risulta di transito per gli operatori che accedono al bagno e al deposito per i rifiuti speciali.
- Si notano segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, materiale abbandonato.
- Il servizio è privo di segnaletica per le vie di fuga, per l'individuazione degli estintori e per la piantina di evacuazione.

Nel corso della visita è risultato evidente lo stato di abbandono del cortile d'ingresso, ove si è notato una pavimentazione dissestata, mura diroccate e nei pressi di un secondo ingresso sono presenti vetri rotti e materiale abbandonato.

### **Consultazione delle Organizzazioni Civiche**

Per rilevare lo stato dei rapporti tra Azienda e volontariato, è stato sottoposto un questionario a sette organizzazioni civiche accreditate presso il Comitato Consultivo Misto ASL BR. Il Centro Studi "Don Luigi Sturzo", la Lega Consumatori ACLI, L'ANTEAS, esprimono un giudizio positivo sulla gestione del Comitato Misto Consultivo e del Comitato Etico (altro Organismo consultivo di cui fanno parte anche associazioni), oltre a ritenersi soddisfatti in generale dei rapporti di collaborazione tra le Associazioni e l'Azienda Sanitaria.

L'Associazione AISM si esprime positivamente in merito al CCM, ritenendo, però, inadeguata la risposta del Comitato in riferimento al controllo della qualità da parte dei cittadini. Esprime, invece, un giudizio discreto sulle forme di interlocuzione con l'Azienda.

L'AUSER si ritiene soddisfatta del rapporto con l'Azienda e sottolinea che il controllo di qualità da parte degli utenti è ancora in fase di crescita. Inoltre, segnala l'ampio margine di interlocuzione con l'Azienda per l'istituzione dell'ambulatorio infermieristico della CRI, il progetto per l'istituzione del registro tumori, l'auto per la mobilità sanitaria a favore degli anziani.

Medicina Democratica esprime un buon giudizio sul CCM., mentre lamenta tempi lunghi nelle risposte ai quesiti posti dalle associazioni.

L'ARCA è soddisfatta del CCM ed evidenzia i buoni rapporti di collaborazione esistenti sui progetti relativi all'assistenza oncologica domiciliare, all'istituzione del Registro Tumori ed il Registro di cause di Morte.

41

## **1.7.3 La Comunicazione**

Promuovere la conoscenza su temi di interesse pubblico e sociale, illustrare le attività delle istituzioni ed il loro funzionamento, favorire processi interni di semplificazione delle procedure, facilitare l'accesso ai servizi, dare attuazione al principio di trasparenza amministrativa, promuovere il diritto di partecipazione del cittadino sono obiettivi delle Pubbliche amministrazioni nel rispetto della Legge 150 del 2000.

Per garantire una comunicazione efficace, rivolta ai cittadini ma anche a tutto il personale aziendale, l'azienda si è dotata di particolari e innovativi strumenti, alcuni dei quali ormai consolidati. L'attività del 2007:

- **numeri verde** per le informazioni e segnalazioni: si registra un totale di circa 7.900 telefonate annue per una media giornaliera di 30 contatti
- **altri numeri verde dedicati:** emergenza sanitaria, donazione sangue, centro prelievi territoriale, prenotazioni, anche questi di più ampia diffusione per l'evidente utilità percepita dagli utenti
- **sito web** [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it): gli spazi dedicati sono passati da 19 a 32 con un più completo accesso alle informazioni. Nell'anno sono stati effettuati 145 aggiornamenti rispetto ai 111 dell'anno precedente; oltre a informazioni generali sull'Azienda e sui Servizi, vale la pena dei menzionare la presenza di importanti sezioni quali Gare e Appalti, Concorsi e avvisi, Documenti e Regolamenti
- **posta elettronica:** nell'anno sono stati registrati complessivamente 798 contatti in arrivo e 406 in uscita, con un incremento rispettivamente del 232,5% e del 279% rispetto all'anno precedente, dovuto ad un maggiore utilizzo da parte di enti e utenti, mentre è uno strumento ancora poco diffuso tra gli operatori aziendali
- **rivista informativa trimestrale** "Comunicare la salute": anche nel 2007 sono stati pubblicati 4 numeri. Sul sito aziendale è consultabile la versione on-line
- **rassegna stampa aziendale:** giornalmente i dipendenti possono consultare on-line tutti gli articoli pubblicati su stampa-radio-TV su argomenti di interesse socio-sanitario
- **attività di front-office:** oltre a garantire l'attività di informazione con 6 uffici URP e 23 Punti Informazione aziendali, è tuttora attivo il servizio "Accoglienza Sanitaria" all'interno dello Stabilimento Ospedaliero A. Perrino di Brindisi gestito dall'Associazione Cittadinanzattiva ONLUS - Tribunale dei Diritti del Malato a seguito di un protocollo di intesa stipulato con l'Azienda nel 2006 di durata triennale
- **ufficio stampa:** cura i rapporti con i media, pubblica articoli e comunicati stampa relativi ad eventi aziendali e dibattiti di interesse sanitario locale: nel 2007 sono stati pubblicati complessivamente 335 comunicati stampa su informazioni e servizi, eventi e convegni, formazione, volontariato, prevenzione.

42

Oltre alle attività elencate, svolte attraverso l'utilizzo di strumenti ormai a regime, l'Azienda ha poi intrapreso nuovi importanti percorsi, già avviati nel 2006, atti a migliorare l'accoglienza dell'utente, la comunicazione efficace e l'efficienza dei servizi:

- **Servizio Sociale:** istituito presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dello Stabilimento Ospedaliero "Perrino" di Brindisi con la presenza a tempo pieno di un'assistente sociale che garantisce il trattamento di casi individuali per risolvere problematiche psico-sociali connesse al ricovero ospedaliero e alle dimissioni; servizio di informazione e consulenza sociale a favore dei pazienti e loro familiari; promozione di costanti collegamenti con Enti e Istituzioni per il trattamento integrato delle problematiche presentate dai degenti durante il ricovero e al momento delle dimissioni. Tra i casi trattati: n. 3 minori stranieri, n. 3 senza fissa dimora, n. 16 anziani, n. 6 donne straniere, n. 3 alcolismo e HIV, n. 3 adulti.
- **Accoglienza e umanizzazione:** al fine di migliorare la comunicazione e il rapporto con l'utenza, attraverso un progetto avviato a fine 2006, 1.200 dipendenti hanno partecipato ad uno specifico evento formativo che ha avuto l'obiettivo di fornire strumenti e strategie atti a garantire lo sviluppo dei processi di comunicazione efficace e la risoluzione dei conflitti.

Per quanto riguarda l'educazione alla salute la ASL ha aderito alle campagne istituzionali, indette dal Ministero o da Enti e Associazioni, per le giornate nazionali su Donazione e trapianto, Lotta alla Sordità, Cardiologie aperte, Giornate del Rene, Incontinenza, ecc. Ad iniziativa di Servizi aziendali è stata pubblicata la 2ª edizione dell'opuscolo informativo "Donazione e trapianto" e diffuso tra tutti i dipendenti l'opuscolo "Tutela della salute dei lavoratori in ambiente sanitario: il lavoro al videoterminale". Nel periodo estivo, come ogni anno, è stata realizzata la campagna per l'emergenza Caldo in collaborazione con Regione ed Enti Locali.

**Eventi aziendali:** occasione di informazione e aggiornamento per il cittadino ma anche per il personale interno. Ne vengono citati alcuni tra i più importanti organizzati nell'anno:

- XV Giornata Mondiale del Malato. P.O. Perrino Brindisi.
- Inaugurazione della RSA - S. Raffaele di Ostuni.
- Presentazione del progetto "La prevenzione delle malattie cardiovascolari. Dalla teoria alla pratica" U.O. Cardiologia P.O. S. Pietro V.co.
- Seminario sul Regolamento regionale n.4/2007 – Direzione Generale Brindisi.
- Partecipazione ASL come partner alla "XI riunione scientifica annuale dell'AIRTUM, Hotel President Lecce.
- Inaugurazione dell'ambulatorio infermieristico delle infermiere volontarie della Croce Rossa di Brindisi, Complesso Di Summa Brindisi.
- Convegno "La prevenzione dei tumori al seno" Cellino S. Marco.
- Stand sulla prevenzione dei tumori al seno in collaborazione con l'ANT, Brindisi.
- Stand informativo sulla Donazione e Trapianto di Organi per la IX Settimana Nazionale sulla Donazione," presso il Palazzetto dello Sport "Elio Pentassuglia in collaborazione con l'AIDO e la NEW Basket Brindisi.
- Concerto "*Musica per la vita*" per la IX Settimana Nazionale sulla Donazione in collaborazione con la Scuola Media Giovanni Pascoli e l'Istituto Superiore Agostinelli e il patrocinio del Comune di Ceglie M.ca presso la Casa Comunale degli Anziani.
- Convegno sull'ipertensione polmonare a cura dell'U.O. di Cardiologia dell'ospedale Perrino, Tenuta Moreno di Mesagne.
- Convegno sui Disturbi cognitivi e demenza a cura dell'U.O. di Neurologia dell'Ospedale Perrino, Tenuta Moreno di Mesagne.
- Prevenzione dei Tumori della Sfera Genitale Femminile in 4 incontri, in collaborazione con il Comitato Pari Opportunità dell'Amministrazione Provinciale di Brindisi.
- Partecipazione dell'Azienda alla Maratona televisiva TELETHON Brindisi.
- Conferenza dei Servizi ASL/BR "Comunicare con i cittadini: partecipazione e Bilancio Sociale", Cittadella della Ricerca Brindisi.

43

Tra gli eventi merita quest'anno attenzione la partecipazione al FORUM P.A. di Roma come importante occasione di informazione, formazione e benchmarking. Oltre alla presenza di uno stand con materiale aziendale, nell'ambito del premio Forum Nazionale sui Patrimoni Immobiliari Urbani Pubblici, l'Area Gestione Tecnica dell'Azienda Sanitaria ha ricevuto una Menzione Speciale nel concorso "Premio Best Pratiche Patrimoni" per aver presentato il progetto denominato "LA GESTIONE IN GLOBAL SERVICE DEL PATRIMONIO OSPEDALIERO ED EXTRAOSPEDALIERO". Tale progetto, già avviato con ottimi risultati, si propone la cura e la manutenzione del patrimonio impiantistico aziendale e il risparmio energetico. Altro importante e peculiare evento è la partecipazione del Dipartimento di Salute Mentale della ASL all'XI Congresso internazionale della International Federation Psychiatric Epidemiology (IFPE) in Svezia.

### 1.8.1 Qualità

L'Ufficio Gestione Qualità Totale ed Accreditamento promuove e diffonde la cultura aziendale mediante lo sviluppo di progetti e metodologie finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi.

I progetti di miglioramento della qualità dei servizi, implementati presso la nostra Azienda, sono in buona parte progetti a lungo termine.

In particolare, laddove si è scelto di applicare il Sistema Qualità ISO 9001:2000, lo sviluppo dell'intero progetto richiede almeno due anni di lavoro, prima ancora di giungere alla fase finale di certificazione.

Si tratta infatti, di progetti "coraggiosi", il cui sviluppo richiede notevole impegno, ulteriore al lavoro di routine.

I progetti di applicazione e sviluppo del Sistema Qualità ISO 9001:2000 in atto nell'anno 2007, messi in cantiere dall'Ufficio Qualità, sono quattro. I primi tre interessano le seguenti strutture complesse:

- *Area Gestione Economico Finanziaria,*
- *Unità Operativa complessa di Ematologia*
- *Unità Operativa complessa Medicina Trasfusionale*

Quest'ultima Unità operativa, partita per prima, conseguirà la certificazione entro il 2008, le restanti due entro il 2009.

Il quarto progetto, che ha trovato compimento nello stesso anno 2007, riguarda la certificazione del Bilancio sociale riferito all'anno 2006.

#### **L'accreditamento delle strutture sanitarie**

Il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni sanitarie si fonda su concetti estremamente semplici che consentono un controllo continuo delle attività effettuate attraverso la predisposizione di istruzioni e protocolli operativi e di procedure generali e la loro successiva verifica.

I momenti principali della predisposizione di tali istruzioni e protocolli sono:

- scrivere quello che si fa → attraverso un manuale;
- fare quello che si è scritto → attraverso le istruzioni, i protocolli e le procedure;
- verificare quello che si è fatto → attraverso l'attività di controllo (checklist);
- pensare come migliorarlo → attraverso le revisioni.

Il raggiungimento di elevati standards di qualità nell'erogazione di servizi e prestazioni sanitari e la stessa metodologia ed organizzazione dell'attività improntate alla verifica di qualità, sono diventati, nel tempo, requisito indispensabile nelle varie normative regionali. In tale ambito si pone l'operato del Dipartimento di Prevenzione in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, per effetto della L. R.

28 maggio 2004, n. 8 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". Tale norma ed il successivo Regolamento di attuazione, n. 3 del 13.1.2005, hanno ridefinito le procedure e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie in accordo a quanto previsto dallo specifico atto di indirizzo e coordinamento nazionale alle regioni e alle province autonome a garanzia della sicurezza di dette strutture e qualità delle prestazioni erogate.

L'autorizzazione riguarda tutte le strutture pubbliche e private che erogano servizi sanitari; prevede il possesso di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che attengono tipicamente alla destinazione sanitaria e/o socio-sanitaria di una struttura.

L'accreditamento istituzionale è l'atto che conferisce alle strutture sanitarie e ai professionisti lo status di "soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto ed a carico del SSR" e di stipulare accordi con le ASL; prevede il possesso di requisiti ulteriori e aggiuntivi rispetto a quelli dell'autorizzazione che fanno riferimento alla qualità dell'assistenza sanitaria e alle relative modalità di valutazione. Essi riguardano le procedure assistenziali, i percorsi assistenziali, i requisiti professionali degli operatori, i risultati dell'assistenza.

È stato creato un apposito gruppo di lavoro in posizione di staff con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione composta da personale medico, tecnico-ispettivo ed amministrativo che svolge le specifiche attività di verifica tese alla autorizzazione, alla realizzazione, all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

Il gruppo di lavoro effettua le verifiche documentali ed in loco in ordine al possesso di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti dal regolamento 3/2005 per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di ospedali e case di cura, residenze sanitarie, strutture di riabilitazione, strutture specialistiche ambulatoriali, radiologiche, di radioterapia, odontoiatriche, ecc.. Inoltre, il Dipartimento di Prevenzione, su incarico del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, effettua le verifiche circa il possesso degli ulteriori requisiti di qualità per l'accreditamento istituzionale delle strutture già autorizzate, insistenti in territori di altre ASL; ciò al fine di una maggiore obiettività ed imparzialità nell'operato.

Autorizzazione ed accreditamento sono due processi di valutazione non episodica ma sistematica e periodica il cui obiettivo è quello di verificare il possesso ed il mantenimento nel tempo, da parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, dei requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che influiscano sulla sicurezza e qualità dell'assistenza. Infatti il gruppo di lavoro del Dipartimento ha predisposto sul proprio territorio l'attuazione del piano straordinario di verifica su tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie private e pubbliche stabilito dalla Giunta Regionale con delibera n. 1398 del 3 agosto 2007 in aggiunta alla costante attività di vigilanza operata dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Tutto ciò rappresenta un fondamentale passo verso l'ammodernamento e la qualificazione del servizio sanitario regionale ed, in particolare, della ASL di Brindisi che nei tempi previsti permetterà di avere strutture sicure con erogazione di prestazioni sempre di maggiore qualità.

## 1.8.2 La gestione del rischio clinico

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme delle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la Sicurezza del Paziente, sicurezza basata nell'apprendere dall'errore.

La gestione del rischio messa in atto dalla ASL prevede quindi un approccio sistemico basato sulla formazione e sulla risoluzione dei problemi con una visione diversa da quella che era stata utilizzata; non più la ricerca delle responsabilità individuali bensì la ricerca delle criticità organizzative che hanno reso possibile l'errore, e la proposta di soluzioni che consentano di superare tali criticità e rendano difficile il ripetersi degli stessi errori. Ciò presuppone l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, per il loro trattamento ed infine per il monitoraggio nel tempo con idonee soluzioni organizzative ad esso orientate.

A tal fine, in data 22/01/2007 con deliberazione n.81, l'Azienda ha provveduto ad istituire la U.O. "Risk Management", assegnando alla stessa i seguenti obiettivi:

- diffondere a livello aziendale la cultura del rischio clinico a tutela della sicurezza dei pazienti
- attivare un processo a valenza aziendale per la identificazione dei rischi, noti o potenziali
- effettuare una analisi degli eventi
- costituire una mappa dei rischi
- predisporre una serie di azioni per ridurre l'impatto sulle attività assistenziali
- svolgere una azione di raccordo dei vari attori coinvolti a livello aziendale nelle problematiche relative alla sicurezza.

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi si è ritenuto necessario istituire :

- Unità Gestione del Rischio, avente il compito di progettare ed attuare un programma a valenza aziendale di gestione del rischio;
- Il Comitato Valutazione dei Sinistri, avente il compito di gestire i sinistri verificatisi all'interno dell'Azienda ( raccogliere le informazioni necessarie, effettuare una prima valutazione delle responsabilità che potrebbero evolvere in contenziosi giudiziari, gestire i rapporti con i danneggiati, contribuire alla definizione di una politica di copertura assicurativa);
- L'Unità di Crisi, avente il compito di gestire eventi gravi quali gli "eventi sentinella" di cui al D.M. 5.03.2003.

L'Unità di Gestione del rischio Clinico, sin dal suo insediamento, si è proposta come funzione di coordinamento di tutte le attività che sono in qualche modo connesse alla sicurezza clinica.

In questa prospettiva si è formalizzato uno scambio costante di informazioni fra la **Gestione del Rischio Clinico**, il **Comitato per il buon uso del sangue** e il **Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere** (CIO) già operative da tempo.

Costante è poi la collaborazione con l'ingegneria clinica e il servizio di protezione aziendale.

La prima attività intrapresa è stata l'individuazione della natura e della portata del fenomeno; si è definita cioè una mappatura ragionevolmente attendibile delle attività e dei settori che nella propria realtà organizzativa possono con maggiore probabilità generare eventi indesiderati, con conseguente danno per il paziente, il personale impegnato, l'organizzazione in genere.

Si è analizzato il database fornito dal Broker che cura gli aspetti assicurativi dell'Azienda, per cui tale studio ha consentito di analizzare tutti gli eventi accaduti cui è seguita un'apertura di sinistro.

Tale sistema di raccolta e gestione dei dati ha permesso di disporre di un rapporto an-



nuale in continuo aggiornamento, relativo agli eventi accaduti ed esitati in richiesta di risarcimento danno. Questo lavoro ha organizzato i dati per tipologia o classe d'evento, stratificati per stabilimento ospedaliero, disciplina, dipartimento, singola unità operativa sulla base dei quali è possibile individuare aree di sofferenza, attività a rischio e/o processi più frequentemente coinvolti nell'insorgenza di eventi indesiderati.

	Eventi		GG degenza		N° ricoveri		Pond.ne eventi g. degenza		Pond.ne eventi g. ricovero	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
<b>Brindisi</b>	12	18	189.623	190.812	28.487	28.308	0,006%	0,009%	0,042%	0,064%
<b>FrancaVilla F.</b>	6	4	53.756	51.058	11.608	11.288	0,011%	0,008%	0,052%	0,035%
<b>Fasano</b>	3	3	34.399	34.022	6.321	6.590	0,009%	0,009%	0,047%	0,046%
<b>S. Pietro Vernotico</b>	1	3	34.398	35.993	5.719	5.687	0,003%	0,008%	0,017%	0,053%
<b>Ostuni</b>	7	2	33.850	34.312	7.407	7.380	0,021%	0,006%	0,095%	0,027%
<b>Ceglie Mc.a</b>	2	3	20.644	17.864	2.557	2.223	0,010%	0,017%	0,078%	0,135%
<b>Centro di Riabilitazione</b>										
<b>Neuromotulesi</b>	0		40.915	39.514	711	714	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%
<b>Mesagne</b>	0	2	15.285	22.040	3.497	4.562	0,000%	0,009%	0,000%	0,044%
<b>Cisternino</b>	0		5.917	5.245	372	363	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>428.787</b>	<b>430.860</b>	<b>66.679</b>	<b>67.115</b>				

Fonte: elaborazione dati u.o. rischio clinico su dati UCG e affari generali

Occorre notare che il numero totale degli eventi è salito da 22 del 2006 a 31, in quanto vi è una latenza temporale tra prestazione professionale e data in cui viene inoltrata la contestazione.

Si è inoltre avviata la fase di sperimentazione dell'utilizzo all'interno della nostra Azienda della scheda di segnalazione spontanea delle situazioni di rischio (cosiddetto Incident Reporting) nel territorio di Ostuni.

La fase sperimentale ha avuto inizio il 1 giugno 2007 ed è terminata il 31 agosto 2007, il periodo di sperimentazione ha avuto lo scopo di registrare il livello di adesione al progetto e di esaminare eventuali proposte di modifica della scheda a seguito dell'utilizzo sul campo.

Tale sperimentazione è stata associata ad una attività formativa di 20 ore, destinata a 17 operatori scelti dai rispettivi Direttori di UU.OO..

Al termine della fase sperimentale l'U.O. di Risk Management ha ricevuto n. 35 segnalazioni così suddivise:

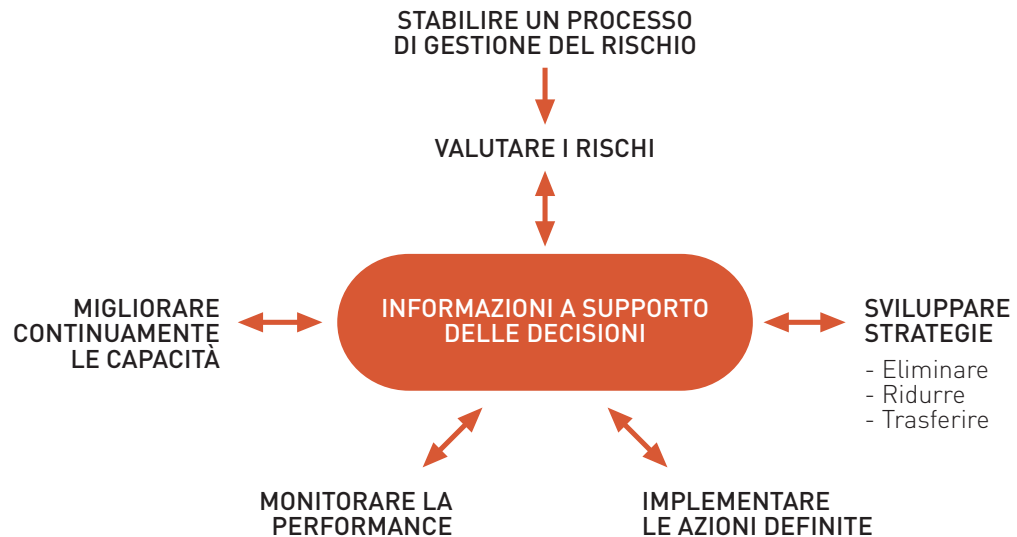
<b>Unità Operative</b>	<b>N°</b>
<i>Dip. di prevenzione</i>	1
<i>Laboratorio analisi</i>	3
<i>Medicina Interna</i>	7
<i>Ortopedia</i>	1
<i>Ostetricia</i>	9
<i>Radiologia</i>	4
<i>Sala operatoria</i>	9
<i>Cardiologia</i>	0
<i>Chirurgia Generale</i>	1
<i>Pediatria</i>	0
<b>Totale</b>	<b>35</b>

Gli operatori che maggiormente hanno aderito al progetto sono in termini assoluti Medici ed Infermieri.

Obiettivi futuri dell'unità operativa di Gestione del Rischio clinico saranno:

- Formazione obbligatoria per circa 250 operatori ASL, sulle tematiche del rischio clinico
- Estensione Incident Reporting a tutto il territorio della ASL BR
- Progetto qualità documentazione sanitaria
- Progetto omogenizzazione procedure di consenso.

### Processo di gestione del rischio



48

## 1.8.3 Formazione

La formazione costituisce uno degli elementi strategici di promozione e miglioramento continuo della qualità in ambito sanitario.

Le politiche della formazione all'interno della ASL di Brindisi comprendono diverse linee di attività:

1. la formazione del personale finalizzata all'aggiornamento tecnico e manageriale
2. la formazione specialistica attraverso la quale la ASL BR, con le sue strutture il suo personale, consente l'acquisizione di titoli di studio specialistici
3. la formazione universitaria di base costituita dai corsi di laurea delle professioni sanitarie attivati presso la sede di Brindisi.

### Formazione del personale

Lo sviluppo delle attività di formazione del personale, reso necessario dal processo di aziendalizzazione, è strettamente correlato all'efficienza dell'organizzazione e al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La pianificazione dell'attività di formazione viene attuata attraverso i seguenti steps:

- analisi e definizione dei bisogni formativi dei dipendenti
- programmazione (Piano aziendale della formazione concordato anche con le Organizzazioni Sindacali)
- pianificazione (Piano aziendale della Formazione e Piano di Comunicazione della Formazione)
- Valutazione dei percorsi formativi individuati
- Definizione dei requisiti richiesti per Società di Formazione e dei docenti interni ed esterni.

Dopo l'approvazione del regolamento interno per la formazione e l'aggiornamento professionale approvato nel 2006, l'attività è stata disciplinata in maniera più organica ed efficiente. Le scelte formative si sono orientate in ambiti differenti tra i quali: prevenzione, emergenza-urgenza, oncologia, rischio clinico, accoglienza e umanizzazione, psichiatria. Il volume di attività complessiva svolta nel 2007 è pressoché in linea con quella del 2006 per quanto riguarda il personale coinvolto, con una media di crediti leggermente inferiore nell'anno esaminato rispetto all'anno precedente.

### Formazione organizzata all'interno dell'Azienda

#### Personale coinvolto

Medici (compresi MMG e PLS)	1.035
Biologi	5
Psicologi	10
Infermieri	515
Assistenti sanitari	10
Tecnici di radiologia	25
Tecnici prevenzione	65
Fisioterapisti	40
Tutte le professioni	2.400
Personale amministrativo (formazione in sede)	154
<b>Totale</b>	<b>4.259</b>

#### Formazione ECM (personale sanitario)

Eventi formativi organizzati e accreditati	31
Progetti formativi	2
Personale coinvolto	4.105
Ore complessive di formazione	28.274
Crediti complessivi erogati	18.416
Media crediti ECM assegnati pro-capite	4,48

Fonte: Ufficio Formazione

#### Formazione svolta all'esterno dell'Azienda

Tale tipologia di formazione consiste nella partecipazione facoltativa dei dipendenti ad altre attività esterne quali convegni, master, corsi e seminari ritenuti necessari per conseguire particolari competenze per le quali l'Azienda non ha sviluppato specifiche offerte formative.

## Personale coinvolto

### Formazione facoltativa

<b>Presidi Ospedalieri</b>	Brindisi	20
	Mesagne	7
	Ceglie Messapica	4
	San PietroV.co	1
	FrancaVilla F.na	4
	<b>Totale</b>	<b>36</b>
<b>Dipartimento di Prevenzione</b>	SIIV (area veterinaria)	13
	SPESAL (prevenzione e sicurezza sul lavoro)	2
	SISP (igiene e sanità pubblica)	2
	<b>Totale</b>	<b>17</b>
<b>Distretti</b>	Brindisi	7
	Fasano	2
	FrancaVilla	2
	Mesagne	6
	<b>Totale</b>	<b>17</b>
<b>Unità di staff</b>	Prevenzione e protezione aziendale	8
	Unità Controllo di Gestione	1
	Sviluppo Organizzativo	4
	Struttura Burocratico-Legale	1
	Affari Generali	4
	Unità di Statistica ed Epidemiologia	3
	Segreteria Direzionale	2
	<b>Totale</b>	<b>23</b>
<b>Aree di Gestione</b>	Personale	5
	Patrimonio	6
	Risorse Finanziarie	3
	Tecnica	2
	<b>Totale</b>	<b>16</b>
<b>Polo Universitario</b>		<b>3</b>
	<b>Totale generale</b>	<b>109</b>

Fonte: Ufficio Formazione

### Formazione specialistica

Nel rispetto delle norme in materia di promozione dell'occupazione, presso le strutture aziendali viene autorizzato lo svolgimento di tirocini volti ad agevolare le scelte professionali degli studenti e dei laureati mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro. Vista la complessità della realtà aziendale riferita alla molteplicità di ambiti in cui la ASL opera, l'attività di tirocinio rappresenta una grande e qualificata opportunità di vera e propria esperienza professionale.

Tale attività si realizza attraverso apposite convenzioni con gli enti che ne fanno richiesta, Università, Scuole di Specializzazione ed altri Enti.

## Convenzioni anno 2007

### UNIVERSITÀ (N°24)

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA  
UNIVERSITÀ DI BARI  
UNIVERSITÀ DI LECCE  
UNIVERSITÀ DEL SALENTO  
UNIVERSITÀ DI PARMA  
UNIVERSITÀ DI PERUGIA  
UNIVERSITÀ DI PADOVA  
UNIVERSITÀ DI URBINO  
UNIVERSITÀ DI CHIETI – PESCARA  
UNIVERSITÀ DI FERRARA  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA  
UNIVERSITÀ DI PAVIA  
UNIVERSITÀ DI PARMA  
UNIVERSITÀ LA SAPIENZA – ROMA  
UNIVERSITÀ DI FIRENZE  
UNIVERSITÀ DI TRIESTE  
UNIVERSITÀ DI L'AQUILA  
UNIVERSITÀ CATTOLICA DI MILANO  
UNIVERSITÀ DI MILANO  
UNIVERSITÀ DI MODENA – REGGIO EMILIA  
UNIVERSITÀ DI SIENA  
POLITECNICO DI BARI  
UNICAM – UNIVERSITÀ DI CAMERINO  
POLITECNICO DI MILANO

51

### SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/ENTI VARI (N°18)

ISTITUTO VALDEN - BARI  
CHANGE  
COIRAG  
ISTITUTO GESTALD DI PUGLIA – LECCE BRINDISI - BARI  
ENAIP – FRANCAVILLA FONTANA  
IPSSC C. DE MARCO FRANCAVILLA FONTANA  
ISTITUTO TECNICO ITAS GRAZIA DELEDDA  
SCUOLA A.P.C. DI ROMA  
ISTITUTO VALDEN - ROMA  
ISTITUTO TERAPEUTICO ROMANO (ITER)  
ISTEBA - ROMA  
ISFAR - FIRENZE  
C.S.P. SCUOLA QUADRIENNALE DI PSICOTERAPIA ROMA  
SFPID DI PSICOTERAPIA INDIRIZZO DINAMICO - ROMA  
ISTITUTO GESTALD – H.PC. RAGUSA  
A.S.P.I.C. - ROMA  
S.I.P.R.e - ROMA  
SCUOLA SUPERIORE IN PSICOLOGIA CLINICA DI ROMA

Fonte: Ufficio Formazione

Nell'anno 2007 sono stati autorizzati complessivamente 82 tirocini formativi della durata media di 200 ore, pre-laurea e post laurea.

Presso le strutture aziendali viene svolta, inoltre, attività di tirocinio volontario di durata da concordare in base alla disponibilità dei singoli Servizi.

### **Formazione universitaria**

La ASL di Brindisi è sede di Polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari per l'espletamento di alcuni corsi di Laurea delle professioni sanitarie, quali:

- Fisioterapia
- Infermieristica
- Tecnico di Laboratorio Biomedico
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Igienista dentale

Tale attività si svolge a seguito di specifico protocollo di intesa tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari, sottoscritto allo scopo di consentire alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di disporre di una offerta formativa adeguata rispetto alle esigenze assistenziali del territorio regionale, considerata l'insufficiente disponibilità di strutture presso il Policlinico di Bari.

L'attività didattica viene svolta presso un apposito padiglione sito nell'area dell'ex Ospedale "Di Summa" in Brindisi attraverso lezioni ed esercitazioni dirette o mediante sistema di "teledidattica in videoconferenza", mentre il tirocinio pratico è assicurato presso il P.O. "A. Perrino" di Brindisi.

Se la presenza del Polo Universitario costituisce, per la nostra Provincia, una indiscutibile ricchezza culturale, esso è peraltro testimone di un felice connubio tra mondo accademico e mercato del lavoro. Quasi il 100% dei laureati trova immediata occupazione. Presentiamo alcuni dati ritenuti, a tal proposito, veramente interessanti, con riferimento all'anno accademico 2006/2007:

- **Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche** - si immatricolano n. 40 studenti, solo n. 3 abbandonano gli studi, gli iscritti al 2° anno sono n. 50, al 3° anno sono n. 23; tutti si laureano e trovano occupazione presso la nostra Azienda.
- **Corso di laurea in Fisioterapia** - si immatricolano n. 32 studenti, gli iscritti al 2° anno sono n. 31, al 3° anno sono n. 27. I laureati sono n.19 e trovano occupazione presso la nostra Azienda.
- **Corso di Laurea per Tecnici di Laboratorio Biomedico** - si immatricolano n. 9 studenti, n. 17 sono i laureati, n. 8 gli occupati.
- **Corso di Laurea in Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica** - si immatricolano n. 10 studenti, iscritti al 2° anno n. 16, al 3° anno n. 5. Dal momento della laurea al momento dell'inserimento nel mondo del lavoro non vengono superati i trenta giorni, in ogni caso tutti gli studenti hanno espresso la volontà di voler proseguire gli studi per conseguire la laurea specialistica. I cinque laureati hanno conseguito il diploma di laurea a pieni voti: quattro con 110/110 e lode ed uno con 108/110.

# 2

## RENDICONTO ECONOMICO



**Fonti disponibili e modalità di impiego**

Le fonti a disposizione della ASL di Brindisi sono utilizzate per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di seguito indicati:

**ASSISTENZA COLLETTIVA:** comprende i costi sostenuti dall'Azienda per l'attività di prevenzione erogata attraverso i servizi presenti all'interno del Dipartimento di Prevenzione (Servizio di Igiene e sanità pubblica – SISP, servizio d'igiene degli alimenti e della nutrizione – SIAN, servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro – SPESAL, Servizio di Igiene e Assistenza Veterinaria – SIAV).

**ASSISTENZA TERRITORIALE:** comprende i costi dell'attività sanitaria erogata al di fuori della struttura ospedaliera ad esclusione dell'attività di prevenzione. Tali attività sono svolte attraverso l'utilizzo di strutture proprie (ad esempio: poliambulatori territoriali, centri d'igiene mentale, servizi provinciali per le tossicodipendenze) o attraverso l'utilizzo di personale convenzionato o strutture provvisoriamente accreditate (medici di base, pediatri di libera scelta, farmacie convenzionate, specialisti accreditati, strutture specialistiche convenzionate).

**ASSISTENZA OSPEDALIERA:** comprende i costi dei ricoveri ospedalieri (inclusi i ricoveri in libera professione), i costi riferiti all'attività ambulatoriale erogata all'interno del Presidio Ospedaliero (incluse le prestazioni erogate in regime di libera professione), i costi riferiti alle prestazioni del Pronto Soccorso e delle Prestazioni erogate in regime di ricovero che vengono acquistate dalle case di cura accreditate con sede nel territorio della ASL. Include, inoltre, i costi di mobilità sanitaria passiva sostenuti per l'effettuazione di ricoveri a favore degli assistiti, al di fuori del territorio provinciale.

I ricavi della ASL di Brindisi sono costituiti per il 90% circa dalla quota del Fondo Sanitario Regionale, erogata dalla Regione (di cui si parla in maniera specifica nel par. 2.3), e per la parte restante da ricavi derivanti dalla mobilità attiva, da proventi da ticket, da proventi diversi, da costi capitalizzati e da entrate di natura straordinaria.

Considerata l'assoluta prevalenza dei contributi assegnati dalla Regione è opportuno illustrare sinteticamente come si arriva alla definizione della quota di Fondo Sanitario attribuito ad ogni singola Azienda.

Il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato attraverso il Fondo Sanitario Nazionale. Il Fondo è ripartito annualmente fra le Regioni in sede di Conferenza Stato – Regioni.

I principali parametri utilizzati sono:

la popolazione residente, la popolazione per fasce d'età, la popolazione pesata secondo i dati delle dimissioni ospedaliere.

Con tali risorse sono garantite le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

La Regione Puglia, a sua volta, sulla base delle proprie determinazioni, definisce i criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie, tenendo conto degli indirizzi programmatici del Piano Sanitario Regionale. Sulla base di tali criteri la Regione Puglia, attraverso la predisposizione del documento di indirizzo economico funzionale (D.I.E.F.), determina il finanziamento da erogare ad ogni singola azienda sanitaria pugliese.



Tale finanziamento è così ripartito:

- 47,2% destinato all'assistenza ospedaliera;
- 48,4% destinato all'assistenza territoriale;
- 4,4% destinato all'assistenza collettiva (attività di prevenzione).

### Struttura dei ricavi - ASL di Brindisi

	Ricavi Consuntivo 2007		Ricavi Consuntivo 2006		Variaz. %
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.	2007-2006
Contributi conto esercizio (1)	573.347	89,6	545.918	88,6	5,0
<i>(1) di cui assegnazione indistinta</i>	561.512	87,7	535.976	88,6	4,8
Mobilità attiva	38.688	6,0	32.659	5,3	18,5
Altri ricavi per prestazioni sanitarie	6.344	1,0	5.707	0,9	11,2
Attività libero professionale	3.736	0,6	3.223	0,5	15,9
Altri ricavi e recuperi di spesa	3.218	0,5	3.562	0,6	-9,7
Costi capitalizzati	5.931	0,9	6.027	1,0	-1,6
<b>Totale Ricavi operativi</b>	<b>631.264</b>	<b>99</b>	<b>597.096</b>	<b>97</b>	<b>5,7</b>
Proventi finanziari	8	0,0	32	0,0	-75,0
Proventi straordinari	8.826	1,4	18.841	3,1	-53,2
<b>Totale Ricavi</b>	<b>640.098</b>	<b>100</b>	<b>615.969</b>	<b>100</b>	<b>3,9</b>
<b>Assistiti</b>	<b>n.</b>		<b>n.</b>		<b>% variaz.</b>
Dati considerati dalla Regione (Dief)	403.786		401.217		0,6
<b>Contributi indistinti per assistito</b>	<b>Euro</b>		<b>Euro</b>		<b>% variaz.</b>
Su residenti per la Regione	1.390,6		1.335,9		4,1

Fonte: Reportistica controllo di gestione; dati economici in quadratura con il Bilancio d'esercizio 2007

L'analisi dei ricavi evidenzia:

- Una dipendenza pressoché assoluta dei ricavi dall'assegnazione regionale (89,6%), per l'87,7% relativa all'assegnazione indistinta e per l'1,9% relativa ad assegnazioni finalizzate alla realizzazione di obiettivi di piano od alla copertura di altri costi rimborsati dalla Regione;
- Un miglioramento del dato di ricavo per mobilità attiva, che indica una più alta attrattiva delle nostre strutture;
- Una forte diminuzione dei proventi straordinari, in quanto i proventi relativi all'anno 2006 sono stati determinati, in buona parte, da operazioni straordinarie suggerite dagli organi di governo regionale, e recepite nel bilancio aziendale (ad es. l'eliminazione del debito per ferie).

Le fonti a disposizione sono utilizzate per la copertura economica dell'acquisto di fattori produttivi (costi di esercizio). Lo squilibrio tra i ricavi complessivi rilevati ed i costi sostenuti genera la perdita d'esercizio.

L'analisi dei costi suddivisi per "natura" (per tipologia di spesa) evidenzia che circa un terzo dei costi sostenuti (il 29,7%) è relativo ai costi dell'assistenza convenzionata. Questi ultimi sono sostenuti per il pagamento del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri, specialisti interni, ecc.), per il pagamento dei farmaci rimborsabili alle farmacie convenzionate e per il pagamento di tutte le altre prestazioni sanitarie erogate da strutture convenzionate. La seconda componente di costo significativa è il costo del personale dipendente (26,5%), a cui segue il costo della mobilità passiva (13,6%) sostenuto per tutte le prestazioni sanitarie richieste dagli assistiti della Asl Br al di fuori del territorio provinciale.

La tabella seguente evidenzia in forma sintetica quanto esposto.

#### Struttura dei costi

	Costi CE 2007		Costi CE 2006		Variaz. % 2007-2006
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.	
Mobilità passiva	91.366	13,6	87.106	13,4	4,9
Assistenza convenzionata	199.346	29,7	204.105	31,4	-2,3
Personale dipendente	178.407	26,5	176.871	27,2	0,9
Personale convenzionato interno	10.589	1,6	10.880	1,7	-2,7
IRAP	13.064	1,9	12.805	2,0	2,0
Materiali	73.444	10,9	68.668	10,5	7,0
Servizi e oneri diversi di gestione	78.060	11,6	70.244	10,8	11,1
Attività libero professionale	3.317	0,5	2.825	0,4	17,4
Ammortamenti	8.354	1,2	7.353	1,1	13,6
Accantonamenti	10.573	1,6	3.881	0,6	172,4
<b>Totale Costi operativi</b>	<b>666.520</b>	<b>99</b>	<b>644.738</b>	<b>99</b>	<b>3,4</b>
Oneri finanziari	727	0,1	374	0,1	94,4
Oneri tributari	260	0,0	80	0,0	225,0
Oneri straordinari	4.515	0,7	5.765	0,9	-21,7
<b>Totale Costi</b>	<b>672.022</b>	<b>100</b>	<b>650.957</b>	<b>100</b>	<b>3,2</b>
<b>Assistiti</b>	<b>n.</b>		<b>n.</b>		<b>% variaz</b>
Dati considerati dalla Regione	403.786		401.217		0,6
<b>Costi per assistito</b>	<b>Euro</b>		<b>Euro</b>		<b>% variaz.</b>
Su residenti per la Regione	1.664,3		1.622,5		2,6

Fonte: Reportistica controllo di gestione; dati economici in quadratura con il Bilancio d'esercizio 2007

I costi operativi sono pari al costo della produzione (euro/000 653.456 per l'anno 2007), incrementato del costo per IRAP (euro/000 12.805), in quanto per le aziende pubbliche l'irap è una imposta atipica, in quanto calcolata in percentuale sul costo del personale sostenuto.

I costi per "natura", classificati secondo le regole del codice civile, possono essere riclassificati altresì per "destinazione" (dove si sono generati i costi), al fine di poter individuare i costi sostenuti per livelli di assistenza, nonché i costi sostenuti dalle strutture amministrative centrali, come si evince dalla successiva tabella.

	Conto econ. 2007 Euro/000	Conto econ. 2006 Euro/000
<b>COSTI PER NATURA</b>		
<b>Costi operativi</b>	<b>666.520</b>	<b>644.738</b>
Mobilità passiva	91.366	87.106
Assistenza convenzionata	199.346	204.105
Personale dipendente	178.407	176.871
Personale convenzionato interno	10.589	10.880
IRAP	13.064	12.805
Materiali	73.444	68.668
Servizi e oneri diversi di gestione	78.060	70.244
Attività libero professionale	3.317	2.825
Ammortamenti	8.354	7.353
Accantonamenti	10.573	3.881
<b>Altri oneri</b>	<b>5.502</b>	<b>6.219</b>
Oneri tributari	260	80
Oneri finanziari	727	374
Oneri diversi		
Oneri straordinari	4.515	5.765
<b>TOTALE</b>	<b>672.022</b>	<b>650.957</b>
<b>COSTI PER DESTINAZIONE</b>		
<b>Ospedaliera:</b>	<b>339.124</b>	<b>336.941</b>
-Diretta	243.957	243.544
-Indiretta	20.629	21.097
-Mobilità passiva	74.538	72.300
<b>Territoriale:</b>	<b>271.192</b>	<b>263.962</b>
-Distrettuale	223.114	218.131
- <i>Diretta</i>	243.957	243.544
- <i>Indiretta</i>	20.629	21.097
- <i>Mobilità passiva</i>	74.538	72.300
-Sovradistrettuale	48.078	45.831
- <i>Diretta</i>	24.441	22.153
- <i>Indiretta</i>	21.186	20.661
- <i>Mobilità passiva</i>	2.451	3.017
<b>Collettiva</b>	<b>15.459</b>	<b>14.379</b>
<b>Strutture centrali</b>	<b>15.277</b>	<b>12.038</b>
<b>Valori comuni azienda</b>	<b>30.970</b>	<b>23.637</b>
<b>TOTALE</b>	<b>672.022</b>	<b>650.957</b>

Fonte: Reportistica controllo di gestione; dati economici in quadratura con il Bilancio d'esercizio 2007

Il Bilancio d'esercizio viene redatto entro il 30 aprile dell'anno successivo, salvo deroghe per motivi straordinari deliberate dalla Regione. Il Bilancio d'esercizio dell'anno 2007 è stato deliberato entro il 30 aprile 2008, così come disposto dalla L.R. 38/94, ed ha evidenziato una perdita dell'esercizio pari a euro/000 31.924, rispetto ad una perdita dell'esercizio 2006 pari a euro/000 34.989, con un miglioramento di euro/000 3.065.

Il Bilancio d'esercizio è stato redatto nel rispetto della normativa civilistica vigente della normativa nazionale e regionale vigente in materia.

Il Bilancio è stato sottoposto a verifica del "Collegio Sindacale", il quale ha espresso parere favorevole alla prosecuzione dell'iter per il conseguimento della relativa approvazione da parte dell'organo regionale competente, che a tutt'oggi non ha ancora provveduto.

Il Bilancio d'esercizio è composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa, che esplicita i criteri di predisposizione del Bilancio ed analizza le singole poste, spiegando le cause degli scostamenti. È accompagnato e corredato dalla "Relazione sulla Gestione", dove sono illustrati i fatti salienti che hanno interessato la gestione aziendale nel corso dell'anno 2007, evidenziando l'andamento complessivo dell'Azienda e gli specifici settori di attività in cui essa ha operato.

Lo Stato Patrimoniale evidenzia la situazione patrimoniale e finanziaria dell'Azienda, mentre il Conto Economico rileva i costi ed i ricavi sostenuti, determinando per differenza l'utile o la perdita d'esercizio, che vanno ad accrescere o diminuire annualmente il Patrimonio netto dell'Azienda.

I due schemi proposti di seguito espongono, in forma sintetica, gli schemi di bilancio (stato patrimoniale e conto economico) relativi all'anno 2007, comparati con i dati dell'anno 2006.

## Stato Patrimoniale

ATTIVO STATO PATRIMONIALE	2007	2006
	euro/000	euro/000
<b>Immobilizzazioni</b>		
Immobilizzazioni immateriali	730	637
Immobilizzazioni materiali	137.942	138.895
Immobilizzazioni finanziarie	69	52
<b>Totale immobilizzazioni</b>	<b>138.741</b>	<b>139.584</b>
<b>Attivo circolante</b>		
Rimanenze	4.886	4.211
Crediti	134.540	99.957
Disponibilità liquide	11.121	10.578
<b>Totale attivo circolante</b>	<b>150.547</b>	<b>114.746</b>
<b>Ratei e risconti</b>	<b>1.177</b>	<b>370</b>
<b>Totale attivo</b>	<b>290.465</b>	<b>254.700</b>
Conti d'ordine	3.869	2.397
PASSIVO STATO PATRIMONIALE	2007	2006
<b>Patrimonio netto</b>	<b>68.605</b>	<b>67.053</b>
<b>Fondo rischi ed oneri</b>	<b>18.080</b>	<b>11.621</b>
<b>Trattamento fine rapporto</b>	<b>1.097</b>	<b>1.506</b>
<b>Debiti</b>	<b>186.131</b>	<b>167.485</b>
Regione e Provincia	1.006	1.088
Comuni	195	35
Aziende sanitarie pubbliche	5.219	4.784
Fornitori	124.904	102.930
Istituto tesoriere	4.748	10.906
Tributari	9.119	8.500
Istituti di previdenza	10.994	11.368
Altri debiti	29.946	27.874
<b>Ratei e risconti</b>	<b>16.552</b>	<b>7.035</b>
<b>Totale passivo</b>	<b>221.860</b>	<b>187.647</b>
<b>Totale passivo + patrimonio netto</b>	<b>290.465</b>	<b>254.700</b>
Conti d'ordine	3.869	2.397

Fonte: Bilancio d'esercizio 2007

Sul fronte delle attività si deve segnalare un forte incremento dei crediti, determinato principalmente dal ritardo con il quale sono incassati i ricavi, con particolare riferimento alle rimesse regionali. I ritardi hanno generato un peggioramento della situazione debitoria. L'incremento del fondo rischi deriva principalmente dagli accantonamenti per rinnovi contrattuali.

## Conto Economico

	2007	2006
	euro/000	euro/000
<b>Valore della produzione</b>	<b>631.264</b>	<b>597.095</b>
Beni	74.119	68.301
Servizi	376.706	369.604
Personale	178.407	176.871
Oneri diversi di gestione	5.785	5.365
Ammortamenti	8.354	7.353
Rimanenze	-675	367
Svalutazione crediti	0	0
Accantonamenti	10.760	4.073
<b>Totale costi della produzione</b>	<b>653.456</b>	<b>631.934</b>
<b>Proventi e oneri finanziari</b>	<b>-719</b>	<b>-342</b>
<b>Proventi e oneri straordinari</b>	<b>4.310</b>	<b>13.075</b>
<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>-18.601</b>	<b>-22.106</b>
<b>Imposte e tasse</b>	<b>13.323</b>	<b>12.884</b>
<b>Utile/perdita di esercizio</b>	<b>-31.924</b>	<b>-34.989</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio 2007

Il Conto economico evidenzia un incremento di costo per acquisto di beni e servizi, generato dall'aumento dei costi e dell'offerta dei servizi sul territorio.

I costi per servizi sono elevati, in quanto includono i costi sanitari per mobilità passiva. Il risultato è strutturalmente in perdita, poiché l'assegnazione regionale ricevuta nei diversi anni non consente di coprire in modo integrale i costi sostenuti, per garantire l'erogazione dei servizi sanitari, previsti dai Livelli Essenziali di assistenza.

Il finanziamento riconosciuto dalla Regione Puglia alle singole Asl è erogato al netto dei saldi di mobilità sanitaria (cfr glossario), così come rappresentato nella tabella seguente.

**Tabella dei finanziamenti ricevuti (valori in euro/000)**

Descrizione	Consuntivo 2006 (a)	Consuntivo 2007 (b)	Diff. assoluta d=c-b	Diff. % d=c-b
(1) Assegnazione Lorda	535.976	561.512	25.536	4,8
(2) Mobilità Attiva Intraregionale	27.459	33.202	5.743	20,9
(3) Mobilità Attiva Interregionale	5.200	5.486	286	5,5
<b>(4) Totale Mob. attiva e assegnazione (1+2+3)</b>	<b>568.635</b>	<b>600.200</b>	<b>31.565</b>	<b>5,6</b>
(5) Mobilità Passiva Intraregionale	62.272	64.918	2.646	4,2
(6) Mobilità Passiva Interregionale	24.833	26.448	1.615	6,5
<b>(4) Totale Mob. passiva (5+6)</b>	<b>87.105</b>	<b>91.366</b>	<b>4.261</b>	<b>4,9</b>
<b>Totale assegnazione netta (4-7)</b>	<b>481.530</b>	<b>508.834</b>	<b>27.304</b>	<b>5,7</b>

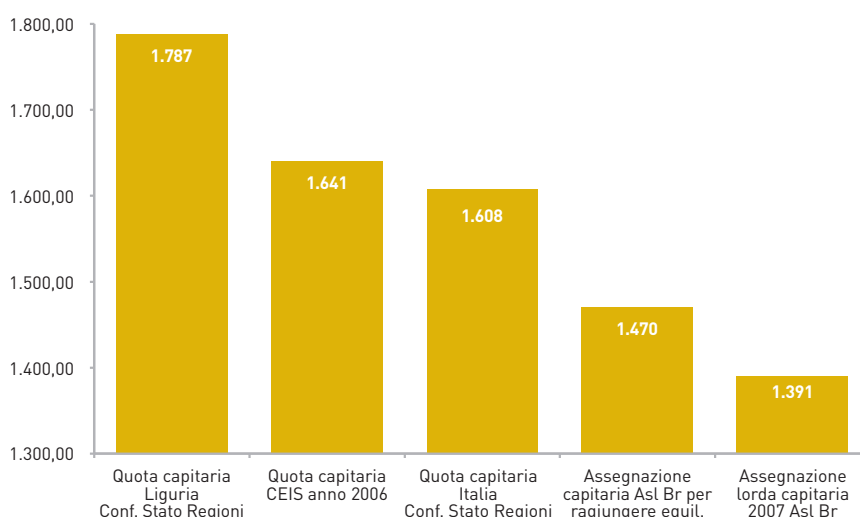
Fonte: tabella Bilancio d'esercizio 2007

I saldi di mobilità sono relativi ad anni precedenti e non consentono, quindi, di rilevare tempestivamente l'effetto economico delle politiche sanitarie messe in atto che, se efficaci, devono consentire il miglioramento dei saldi di mobilità.

61

Il grafico successivo evidenzia le risorse necessarie a garantire l'equilibrio economico.

**Assegnazione lorda pro-capite 2007 (valori in euro)**



Si evidenzia come la Asl abbia ricevuto euro 1.391 procapite, per garantire l'erogazione di tutti i servizi sanitari, a fronte dei 1.470 euro necessari per ottenere l'equilibrio economico. Questa somma, se ottenuta, sarebbe stata di gran lunga inferiore alla quota media capitarla nazionale, prevista in Conferenza Stato-Regioni. È interessante notare il divario di assegnazione con una regione del nord, come la Liguria.

# 2.5

## Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza

I costi totali sostenuti dall'Azienda sono ripartiti per garantire i 3 livelli di assistenza: ospedaliera, territoriale e collettiva, come si evince dalla tabella successiva che, unitamente al grafico sottostante, confronta i costi effettivamente sostenuti per livello di assistenza, con i costi che si sarebbero dovuti sostenere, secondo i riferimenti normativi indicati nel Dief.

### Costi totali per livello di assistenza (2007)

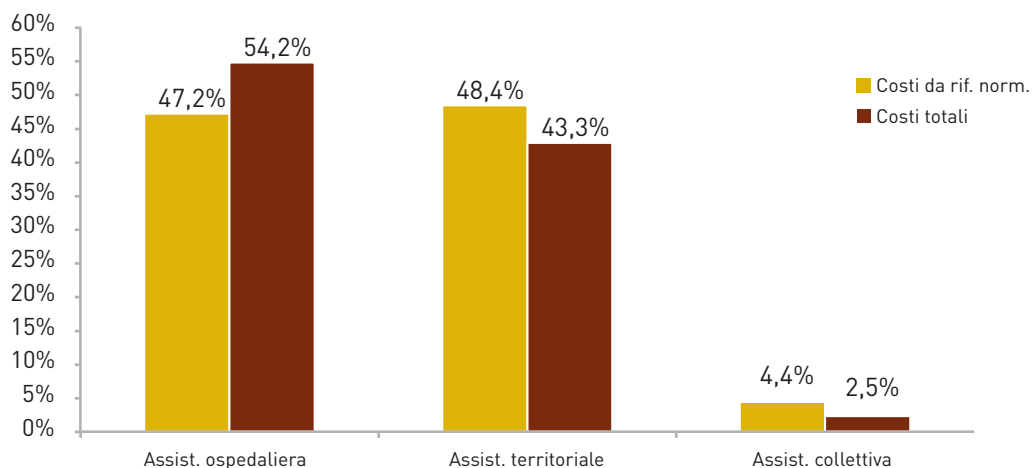
#### Conto Economico 2007

Livello assistenziale	Costi da rif. norm.		Costi totali con ribaltamenti		
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.	scostamento %
Assistenza ospedaliera	317.195	47,2	364.187	54,2	14,8
Assistenza territoriale	325.259	48,4	291.234	43,3	-10,5
Assistenza collettiva	29.569	4,4	16.601	2,5	-43,9
Strutture centrali e altre					
Valori comuni					
<b>Totale</b>	<b>672.022</b>	<b>100</b>	<b>672.022</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fonte: reportistica UCG

62

### Conto Economico 2007 - Costi da riferimento normativo e costi reali con ribaltamenti per livello di assistenza



Il grafico illustra come l'attuale struttura organizzativa della Asl determina una maggiore concentrazione di costi a livello ospedaliero, con un leggero miglioramento rispetto all'anno 2006 (54,2%, rispetto al 54,8% dell'anno 2006). Si rende necessario, infatti, utilizzare sino a saturazione le risorse tecnologiche ed umane disponibili negli ospedali, per effettuare prestazioni di diagnostica e strumentali, con l'auspicio di trasferire progressivamente tali attività sul territorio (43,3% dei costi sostenuti, rispetto al 42,9% dell'anno 2006). È inoltre necessario aumentare la % di risorse da destinare alla prevenzione (2,5%, rispetto al 2,3% dell'anno 2006), in quanto l'obiettivo del 4,4% non è stato ancora raggiunto.



La ASL Brindisi, nel corso dello svolgimento della propria attività destina le risorse disponibili all'approvvigionamento di beni e servizi necessari al funzionamento dell'Azienda stessa, mirando al raggiungimento della propria missione.

L'approvvigionamento di tali beni e servizi produce sicuramente una serie di effetti nella sfera di interesse dei vari stakeholder che gravitano intorno alla "vita" dell'Azienda.

Nella tabella sotto riportata si evidenzia la distribuzione del costo della produzione (ossia il costo per l'acquisto di fattori produttivi impiegati nello svolgimento dell'attività ordinaria dalla Asl Br) tra i suddetti stakeholder.

La ripartizione del costo della produzione per stakeholder è stata effettuata tenendo conto di due criteri:

- 1) la natura dei singoli conti che compongono il costo della produzione e la loro diretta imputazione agli stakeholder di riferimento (ad esempio il conto "contributi per associazioni di volontariato" è stato attribuito allo stakeholder "Associazioni di volontariato");
- 2) la natura del soggetto erogatore del fattore produttivo (ad esempio il costo riferito al conto "farmaci ATC" è stato suddiviso tra gli stakeholder "Fornitori" e "Pubblica Amministrazione", in base alla natura giuridica del fornitore del bene).

63

## Costo della produzione per stakeholders (valori in euro/000) - confronto 2006-2007

Stakeholders	CE 2006	% di incidenza	CE 2007	% di incidenza
Risorse umane	192.813	30,5	200.384	30,7
Fornitori	191.553	30,3	207.828	31,8
Farmacie	96.125	15,2	89.718	13,7
Utenti	94.650	15,0	96.940	14,8
Medici convenzionati	44.919	7,1	45.835	7,0
Strutture convenzionate	9.976	1,6	9.382	1,4
Pubblica amministrazione	1.509	0,2	2.950	0,5
Associazione di volontariato	389	0,1	420	0,1
<b>Totale</b>	<b>631.934</b>	<b>100,0</b>	<b>653.456</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborazione AGREFsu dati bilancio d'esercizio 2007

Il costo degli utenti include il costo della mobilità sanitaria passiva; i rimborsi per ricoveri ad assistiti, ed altre forme varie di rimborso.

Il costo delle risorse umane è comprensivo degli oneri previdenziali.

Il costo dei fornitori include i fornitori di servizi anche di tipo sanitario, l'assistenza dialitica, l'assistenza domiciliare, e tutti i servizi di riabilitazione e di gestione di centri esterni, gestiti da cooperative ed associazioni, che, ai fini contabili, sono comunque classificati come fornitori.

Tutti gli altri costi sono stati classificati in coerenza con la mappatura degli stakeholder.

Gli investimenti realizzati nel corso del 2007, finalizzati sempre al miglioramento della capacità assistenziale della Azienda ASL BR, sono stati realizzati nell'ambito di una razionale e continua programmazione di rinnovamento-implementazione del parco di tecnologie sanitarie. Di seguito si riporta la tabella relativa agli investimenti effettuati nel 2007:

	Saldo al 31-12-2006 euro/000	Incr. per acquis. euro/000	Riclass. ad altre voci euro/000	Alienazione Cessazione Capitalizzaz. euro/000	Saldo al 31-12-2007 euro/000
<b>Costo storico</b>	<b>(a)</b>	<b>(b)</b>	<b>(c)</b>	<b>(d)</b>	<b>(f=a+b+c+d)</b>
Terreni	3.595			-94	3.501
Fabbricati strumentali	165.708	252		33	165.993
Fabbricati non strumentali	4.728			-13	4.715
Costruzioni leggere	125	13			138
Impianti e macchinari	25.388	2.975	-202	399	28.560
Attrezzature sanitarie	34.457	1.682		-103	36.036
Attrezzature non sanitarie	5.440	1.051		-3	6.488
Mobili e arredi	11.338	407	0	-11	11.734
Automezzi	992	93		-54	1.031
Altri beni	3.164	345	0	-18	3.491
Immobilizzazioni in corso	2.538	809	-432		2.915
<b>Totale</b>	<b>257.473</b>	<b>7.627</b>	<b>-634</b>	<b>136</b>	<b>264.602</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio 2007

Gli investimenti (pari ad euro/000 252) o meglio gli interventi di manutenzione straordinaria, effettuati sui fabbricati strumentali sono stati realizzati per il "miglioramento del bene". Si ricorda che quest'Azienda dispone di un patrimonio immobiliare particolarmente vetusto che determina continui interventi di manutenzione ordinaria finalizzati al mantenimento degli stessi in un buon stato d'uso. A questo proposito si segnala che la Giunta Regionale ha ipotizzato, nell'ambito di un programma finalizzato alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere, anche un "Ospedale Nord" della Provincia di Brindisi, risultante dalla fusione tra gli Ospedali di Ostuni e Fasano/Cisternino. Tale azione consentirebbe una notevole razionalizzazione dei costi diretti, oltre a garantire una migliore qualità dei servizi sanitari offerti.

Particolare attenzione è stata riposta alla riqualificazione tecnologica ed adeguamento normativo degli impianti dell'Azienda; si evidenzia, infatti che quest'ASL ha sostenuto costi a tale scopo per un valore riferito all'anno 2007 pari ad euro/000 2.975. Si evidenzia, inoltre il completamento dei lavori per la realizzazione dei tetti fotovoltaici (euro/000 399); tali interventi sono stati realizzati utilizzando dei finanziamenti per euro/000 233 e hanno consentito di migliorare il livello delle risorse energetiche a disposizione dell'ASL BR.

Per quanto attiene al miglioramento della dotazione tecnologica sanitaria dell'ASL BR si rilevano investimenti pari ad euro/000 1.682 per l'acquisizione di Attrezzature sanitarie i principali dei quali si riportano sinteticamente di seguito:

- acquisto del sistema anestesia avance (euro/000 87);
- acquisto di una apparecchiatura radiologica trocardiografica (euro/000 75);
- acquisto di microperimetro MP1 PROFESSIONAL NIDEK (euro/000 70);
- acquisto di un cintropulsatore aortico pediatrico (euro/000 53);
- altre attrezzature di importo inferiore a euro/000 50.

Si evidenzia che i nuovi scenari scientifici aperti dalla ricerca in campo sanitario impongono alle aziende che operano in questo settore di dotarsi di tecnologie adeguate agli stessi. A tal proposito si sottolinea la scarsità delle risorse che sono destinate alle aziende sanitarie per effettuare tali acquisti. La tabella seguente, evidenzia che il totale degli ammortamenti di cespiti effettuati nel 2007 al netto delle quote sterilizzate, rappresentano lo 0,37% del costo della produzione e che tale quota scende a 0,02% se si considerano solo gli ammortamenti di attrezzature sanitarie

	<b>valori in euro/000</b>
A) Costo della produzione 2007	653.456
B) q.ta ammortamenti totali 2007	8.354
C) q.ta ammortamenti sterilizzati	5.932
D) = B)-C)ammortamenti al netto di sterilizzazione	2.422
E) % di incidenza degli ammortamenti al lordo delle sterilizzazioni (B/A)	1,28
F) % di incidenza degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni (D/A)	0,37

#### **Attrezzature sanitarie**

G) qta ammortamento attrezzature sanitarie	105
H) qta ammortamento sterilizzata	7
I) = G) - H) ammortamenti al netto di sterilizzazione	98
J) % di incidenza degli ammortamenti al lordo delle sterilizzazioni (G/A)	0,02
K) % di incidenza degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni (G/A)	0,02

Fonte: Bilancio d'esercizio 2007

A causa della suddetta scarsità di risorse destinate agli acquisti in conto capitale si è provveduto, spesso, ad effettuare gli investimenti ritenuti indifferibili, utilizzando i cosiddetti "mezzi propri" ossia una parte dell'assegnazione netta indistinta erogata in conto esercizio dalla Regione Puglia per l'esercizio 2007. La tabella 2 evidenzia la quota parte di assegnazione netta indistinta dell'anno 2007 destinata all'ASL BR che è stata dedicata agli acquisti in conto capitale. Tale quota rappresenta solo l'1,3% dell'assegnazione netta indistinta totale.

	<b>valori in euro/000</b>
A) Acquisti cespiti	7.452
B) di cui finanziati	662
C) Acquisti cespiti al netto di finanziamenti	6.791
D) Risorse economiche nette 2007	508.834
% Acquisti su Risorse Economiche nette indistinte (C/D)	1,33

Fonte: Bilancio d'esercizio 2007

In alcuni casi, inoltre, per le attrezzature soggette a continuo aggiornamento tecnologico, ed in alternativa all'investimento, quest'azienda ha ritenuto più opportuno ricorrere allo strumento del leasing o del noleggio delle attrezzature sanitarie, ciò garantendo il costante aggiornamento della tecnologia in dotazione.

Sono stati inoltre realizzati acquisti di mobili ed arredi, computer ad altri beni mobili necessari al fine di disporre di strutture amministrative maggiormente efficienti ed in linea con gli standard di funzionalità necessari. Sono stati realizzati, in particolare, investimenti in mobili ed arredi finalizzati alla messa in esercizio della RSA di Ostuni (euro/000 56), della sala operatoria dell'ospedale di Ceglie Messapica (euro/044) e dell'ospedale di S.Pietro V.co (euro/73).

Si precisa che quest'Azienda ha ricevuto nel corso del 2007 donazioni di cespiti per un totale di euro/000 70.



# 3

## RELAZIONE SOCIALE

Destinatari dei servizi e delle prestazioni erogate sono gli utenti, che accolgono al loro interno non solo la popolazione residente, ma tutte le categorie di persone alle quali si è erogato un servizio nel corso dell'anno (*cittadini assistibili*). Si è quindi focalizzata l'attenzione sulle prestazioni offerte nei confronti dei cittadini assistibili, per poi approfondire l'attività svolta nei confronti delle 4 grandi categorie di utenza alle quali è rivolta l'assistenza socio-sanitaria:

- anziani
- popolazione in età evolutiva
- popolazione in condizione di fragilità e disabilità
- famiglie.



### 3.1.1 Cittadini assistibili

Un'Azienda Sanitaria Locale garantisce l'assistenza non solo ai cittadini residenti ma anche a coloro, italiani e non, presenti momentaneamente nel territorio di riferimento aziendale.

Pertanto, l'ambito di competenza dell'Azienda Sanitaria è la popolazione assistibile che, al 31/12/2007 risultava costituita da circa 430.000 persone, un numero, come è evidente, significativamente superiore alla popolazione residente al 31/12/2007.

Gli eventi sanitari non sono omogeneamente distribuiti rispetto all'età ma tendono a concentrarsi in alcuni momenti della vita (nascita e primo anno di vita, gravidanza, età avanzata, ecc), ciò comporta un concomitante aumento della domanda di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Un indicatore utile per rilevare il fenomeno del consumo complessivo di "prestazioni sanitarie e socio-sanitarie" è rappresentato dalla cosiddetta "popolazione ponderata".

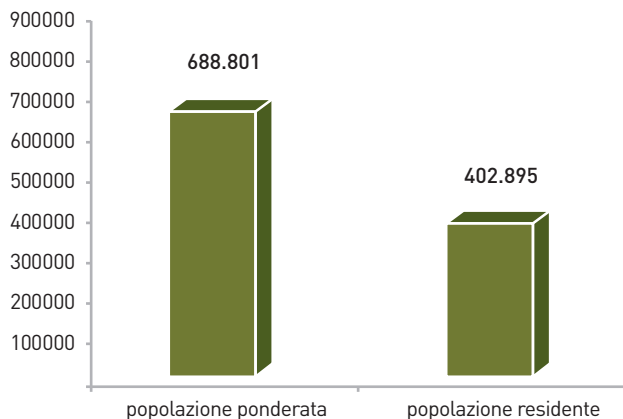
La tabella che segue, riferita alla popolazione ponderata, è sostanzialmente uguale alla tabella già riportata nell'anno 2006, di seguito riportata, in quanto i valori espressi sono sostanzialmente rimasti costanti. La popolazione ponderata stimata risulta pari a 688.801, di cui 316.212 maschi e 372.589 femmine.

Classi di età	maschi			femmine			totale
	Pesi	Assistibili	Popolazione ponderata	Pesi	Assistibili	Popolazione ponderata	Popolazione ponderata
0	3,351	2.341	7.845	3,351	2.212	7.413	15.258
1 - 4	0,969	7.023	6.805	0,969	6.637	6.431	13.236
5 - 14	0,695	22.242	15.458	0,695	21.160	14.706	30.164
15 - 44	0,693	94.308	65.355	0,771	93.085	71.769	137.124
45 - 64	2,104	51.612	108.592	2,104	56.367	118.596	227.188
65 - 74	3,170	18.639	59.086	3,170	22.119	70.117	129.203
Oltre 75	3,290	16.131	53.071	3,290	25.397	83.556	136.627
<b>Totale</b>		<b>212.296</b>	<b>316.212</b>		<b>226.977</b>	<b>372.589</b>	<b>688.801</b>

Fonte: Elaborazioni Servizio Socio-Sanitario

Ne discende che l'Azienda sanitaria di Brindisi ha erogato servizi e prestazioni ad una popolazione di circa 700 mila persone a fronte dei 400 mila residenti.

### Confronto tra popolazione ponderata e popolazione residente al 31.12.2007



## 3.1.1.a Attività di prevenzione

*Attività di prevenzione primaria*

### Dati di attività del Dipartimento di Prevenzione – anno 2007

Anno	2006	2007
<b>SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA</b>		
<b>Profilassi malattie infettive</b>		
N° notifiche di malattie infettive	339	363
N° di inchieste epidemiologiche a seguito di notifiche di malattie infettive	59	135
N° dei bambini residenti che hanno compiuto 24 mesi di età nell'anno e che hanno completato le somministrazioni delle 3 dosi di vaccini:		
difterite, tetano, polio ed epatite B	14071	12618
N° di vaccinazioni obbligatorie eseguite	41922	46266
N° di vaccinazioni raccomandate eseguite	48400	59140
<b>Educazione alla salute</b>		
N° Interventi di educazione sanitaria e correzione stili di vita	1020	1608
N° Interventi di informazione e formazione	1217	1744
N° di interventi di vigilanza sull'igiene delle scuole e degli alunni	258	404
<b>Medicina legale</b>		
N° certificazioni medico-legali (patenti, porto d'armi, adozione, cessione V° dello stipendio, contrassegno invalidi, ecc.)	25616	21440
N° di accertamenti sanitari per l'ammissione in comunità (asili nido, colonie estive)	802	769
N° di visite di fiscali richieste	18348	16667
N° di visite di fiscali effettuate	17213	15621
<b>Vigilanza e controllo</b>		
N° controlli inquinamento acque	372	292
N° di interventi per l'igiene sull'abitato	229	261
N° di controlli sulle attività di barbiere, parrucchiere, estetista, ecc.	211	173

N° sopralluoghi su aziende non alimentari effettuati	290	300
N° di controlli per verificare lo stato di igiene dei pubblici esercizi e del rispetto delle norme igieniche da parte del personale che vi opera	146	95
N° di esposti pervenuti	400	254
N° di esposti verificati	213	245
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato	161	137

#### **SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**

N° di aziende censite	2487	12014
<b>Controllo Ufficiale</b>		
N° di aziende alimentari ispezionate	603	415
N° campionamenti di alimenti eseguiti	302	276
N° aziende alimentari con irregolarità	172	60
N° provvedimenti sanitari	53	15
N° notizie di reato	2	2
<b>Controllo Straordinario</b>		
N° totale ispezioni effettuate	463	410
N° provvedimenti amministrativi	33	20
N° segnalazioni per provvedimenti giudiziari - notizie di reato	8	5
<b>Funghi epigei freschi</b>		
N° controlli sanitari sui funghi epigei freschi destinati al commercio al dettaglio	211	92
<b>Acque destinate al consumo umano</b>		
N° ispezioni sulle acque destinate al consumo umano	60	43
N° campionamenti sulle acque destinate al consumo umano	242	199
N° campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	0	19
N° provvedimenti per campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	0	3
<b>Ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti</b>		
N° campionamenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti	107	79
N° campioni di alimenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari irregolari	0	0
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari in attività	----	104
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari controllati	41	23

#### **SERVIZIO IGIENE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO**

N° di denunce per malattie professionali registrate	36	26
N° di infortuni ricevuti e registrati	108	112
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di malattia professionale, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	26	7
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di infortuni sul lavoro, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	34	24
N° di piani di lavoro esaminati (amianto, edilizia)	114	109
N° di sopralluoghi effettuati su aziende sottoposte ad interventi di vigilanza per piani mirati (di comparto, di rischio, etc.) (edilizia, tatuaggi, parrucchieri, palestre) comprensivi di indagini ambientali, atti di polizia giudiziaria etc.	274	250
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato	96	143
N° di esposti pervenuti	40	33
N° di esposti verificati	13	23
N° vidimazioni registri infortuni	469	646



<b>SERVIZIO VETERINARIO - AREA A - Sanità animale</b>		
N° di interventi per l'igiene sull'abitato: sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio delle zoonosi	1025	1038
<b>Controllo sugli allevamenti di bestiame</b>		
N° di prelievi per piani nazionali di profilassi	85559	72245
N° di interventi di profilassi delle malattie ed indagini epidemiologiche nei casi di infezione	13	26
N° misure restrittive degli allevamenti infetti	13	25
N° di certificazioni rilasciate	4467	3686
N° operazioni di marcatura animali	2287	2403
N° di interventi sanitari su cani presso canili	1819	1678
N° osservazioni di cani ed altri animali morsicatori	754	645
<b>Controllo sugli animali da affezione</b>		
N° di controlli legati alla gestione dell'anagrafe canina	3564	3516
N° di interventi finalizzati alla lotta al randagismo dei cani	2683	2468
N° di interventi di profilassi antirabbica	2696	2606
N° di passaporti rilasciati per animali da compagnia	134	171
N° di esposti pervenuti	324	227
N° di esposti verificati	324	227

<b>SERVIZIO VETERINARIO – AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati</b>		
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato	33	57
N° di controlli sugli stabilimenti autorizzati ai sensi della Legge 283/64, esercizi di vendita al dettaglio, per la ristorazione pubblica e collettiva, mezzi di trasporto e autonegozi	1147	1190
<b>Controllo sugli impianti di macellazione</b>		
N° di autorizzazioni all'insediamento rilasciate	-----	1514
N° dei capi macellati	-----	59441
N° di campioni prelevati da capi macellati (piano residui, esami di laboratorio complementari al giudizio ispettivo)	1179	415
N° di esami trichinoscopici effettuati	8253	6228
N° di certificazioni ed attestazione sulla salubrità degli alimenti di origine animale	376	
N° di campioni per ricerche batteriologiche e chimico-fisiche prelevati da esercizi ed attività di vendita al dettaglio, mezzi di trasporto e stabilimenti (esclusi i macelli, molluschi e cefalopodi)	314	208

<b>SERVIZIO VETERINARIO – AREA C - Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche</b>		
<b>Controllo sugli allevamenti di bestiame</b>		
Piani di controllo sugli allevamenti autorizzati	-----	25
Attività legate ai controlli sulla gestione igienico sanitaria	-----	3
Farmacovigilanza	27	3
N° di controlli di benessere animale in allevamento	59	87
N° campionamenti di alimenti per animali	37	64
N° sopralluoghi ai negozi PETS (mangimi)	69	
N° campioni per ricerca sostanze indesiderate	16	
N° di controlli ufficiali sui centri di raccolta del latte e stabilimenti di produzione di prodotti a base di latte	----	10
N° sopralluoghi caseifici	35	20

N° prelievi tronco encefalico da animali destinati all'alimentazione umana	440	462
N° di esposti pervenuti	36	38
N° di esposti verificati	31	38
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato	0	7

Fonte: elaborazione dat Dipartimento di Prevenzione

Importanza strategica è stata attribuita ai Piani della Prevenzione Attiva 2005/2007, varati dalla Regione Puglia in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Nell'anno 2007 sono stati implementati i seguenti progetti:

- prevenzione del rischio cardiovascolare
- prevenzione delle complicanze del diabete
- progetto vaccinazioni
- prevenzioni delle recidive cerebro-vascolari
- prevenzione dell'obesità
- prevenzioni degli infortuni nei luoghi di lavoro
- prevenzione degli incidenti stradali
- prevenzione degli incidenti domestici
- screening dei tumori al seno
- screening del cancro della cervice uterina
- screening del cancro del colon retto

Inoltre il Dipartimento di Prevenzione ha avviato e condotto diversi altri progetti di promozione ed educazione alla salute di seguito rappresentati.

72

**SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA" (PASSI):** si tratta di una raccolta continua e sistematica di dati che permette di avere informazioni su alcune dimensioni dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciute, e potrà servire per la programmazione e la successiva valutazione degli interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche e alla promozione di uno stile di vita sano. I principali argomenti oggetto dell'indagine sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, screening del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; sono inoltre raccolti dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute.

Per ottenere queste informazioni vengono rivolte, durante tutto l'arco dell'anno, alcune domande a un campione rappresentativo di persone di 18-69 anni scelte a caso dalle liste dell'anagrafe assistiti dell'Azienda Sanitaria.

Il cambiamento culturale che sta alla base del PASSI è quello di passare da un sistema che misura la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie a uno che ascolta direttamente i bisogni di salute percepiti. Le circa 90 interviste effettuate nel corso del 2007 saranno analizzate nel corso dell'anno 2008

**PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE ORALE "SORRIDO ALLA VITA",** che si prefigge di diffondere corrette abitudini relative all'igiene orale al fine di garantire uno sviluppo fisiologico e sano dell'apparato stomatognatico, prevede interventi indirizzati ai bambini delle ultime due classi della scuola elementare (anni 9-10), previa informazione/formazione di target intermedi (docenti, genitori) da parte di professionisti (medico igienista, odontoiatra, igienista dentale) e la fornitura di supporti didattici (poster, materiale multimediale). Il programma è stato adottato, con inserimento nel POF d'istituto, da 9 Scuole Primarie (target complessivo: 852 alunni).

**PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RESPIRATORIA E PREVENZIONE DEL TABAGISMO (Dà i più respiro...alla tua vita ):** si pone l'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione e diagnosi precoce delle malattie respiratorie, in particolare di quelle causate da inquinamento e fumo di sigaretta, attraverso una serie di attività formativo-educative incentrate sul più ampio coinvolgimento e la partecipazione attiva degli studenti, con particolare enfasi sulla libertà delle scelte personali e sul legame tra la promozione della salute respiratoria e l'attività sportiva e fisica in generale. Il programma è stato adottato da 23 tra Scuole Primarie e Scuole secondarie di primo grado (target complessivo: 3284 alunni).

**ATTIVITÀ' DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL CENTRO DI CONTROLLO MICOLOGICO:** la vigente normativa regionale, al fine di intervenire efficacemente sul contenimento delle intossicazioni fungine e per promuovere una diffusa cultura di rispetto degli ambienti naturali, ha previsto che tutti i raccoglitori di funghi, sia professionali che occasionali, seguano un Corso di micologia di base al termine del quale viene rilasciato un attestato di idoneità alla identificazione delle specie fungine, valevole per cinque anni, necessario per poter ottenere, dal Comune di residenza, il permesso annuale per la raccolta. I Corsi, sia di formazione (per rilascio attestato) che di aggiornamento (per rinnovo attestato) sono organizzati dal Centro di Controllo Micologico della ASL di Brindisi e si tengono in tutto l'ambito territoriale della ASL di Brindisi: in particolare nel 2007 si sono tenuti n. 17 corsi di formazione, con rilascio di 568 attestati, e n. 4 corsi di aggiornamento, con n. 170 partecipanti.

**ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E CONSULENZA IN MEDICINA DEI VIAGGI:** l'attività del Centro di Medicina dei viaggi consiste nell'informazione e consulenza dei viaggiatori con l'indicazione delle precauzioni da adottare in base ai rischi specifici delle mete da raggiungere ed esecuzione delle opportune vaccinazioni. Il Centro è autorizzato dal Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute ad effettuare la vaccinazione contro la Febbre Gialla (anti-amarillica) ed a rilasciare il relativo certificato ad uso internazionale. Si articola in due sedi, una in Brindisi alla p.zza Di Summa 1 (c/o Dipartimento di Prevenzione) ed una in Fasano alla via San Francesco s.n. (c/o Ambulatorio Vaccinazioni) ed utilizza le professionalità già operanti in dette strutture. Nel primo anno di attività si sono avuti circa 170 passaggi.

73

#### **PREVENZIONE DEL SOVRAPPESO E DELL'OBESITÀ.**

Progetto PERISCOPE Pilot European Regional Interventions for Smart Childhood Obesity Prevention in Early Age co-finanziato dalla DG SANCO della EU.

Il progetto vede come partner principale il Movimento per la Difesa del Cittadino e la ASL Brindisi come coordinatore scientifico europeo. I partner europei sono la Medical University of Silesia Polonia, e il Department of Food and Nutrition Denmark at the Danish Technical University, Danimarca.

Lo scopo del progetto è di valutare l'importanza dei determinanti per lo sviluppo dell'obesità in diversi Paesi europei con diverse tradizioni, cultura, struttura sociale e assetto familiare nella fascia di età fra 3 e 6 anni e di sviluppare strategie preventive innovative nell'ambito della scuola materna e delle famiglie.

Progetto: Buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza.

Progetto finanziato dal Centro Controllo Malattie Croniche (CCM) del Ministero della Salute in cui la Regione coordinatrice è il Friuli Venezia Giulia e le regioni partecipanti sono Puglia con la ASL Brindisi e la Regione Toscana con l'università di Siena.

Scopi del progetto sono:

1. la produzione di un "kit" per l'attuazione di buone pratiche destinato ad operatori sanitari e sociali (pediatri di libera scelta in primo luogo);
2. un insieme di indicatori atti a fornire alle aziende sanitarie ed alle regioni informazioni utili alla pianificazione ed alla valutazione degli interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità nei bambini di età prescolare;
3. modelli per la collaborazione ed il coordinamento tra diversi settori interessati ad attività di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

## 3.1.1.b Attività territoriale

### Attività sanitaria ambulatoriale

Una delle principali caratteristiche dell'evoluzione dei sistemi sanitari è la tendenza ad aumentare l'offerta di prestazioni sempre più complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero ordinario.

Questa tendenza sta progressivamente spostando importanti risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate agli utenti non ricoverati verso le attività ambulatoriali, che sono sempre più una modalità per seguire tempestivamente e con continuità i cittadini.

Anche in Puglia l'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta ormai, la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Sistema sanitario regionale.

In linea con le tendenze nazionali e regionali, la nostra Azienda ha notevolmente incrementato interventi utili allo sviluppo di forme di assistenza gradite agli utenti, tra le altre, la specialistica ambulatoriale.

In particolare, nel corso del 2007, l'incremento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali ha richiesto una rimodulazione organizzativa:

- semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e la presa in carico del paziente da parte dello specialista ambulatoriale
- sviluppo di un sistema informativo che consenta la raccolta dei dati di attività per tipologia di prestazione
- realizzazione di un sistema di rilevazione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche
- maggiore attenzione all'appropriatezza nelle prescrizioni
- individuazione dei criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione dei tempi massimi di attesa
- introduzione di strumenti di governo clinico per la gestione delle liste di attesa di alcune prestazioni critiche.

74

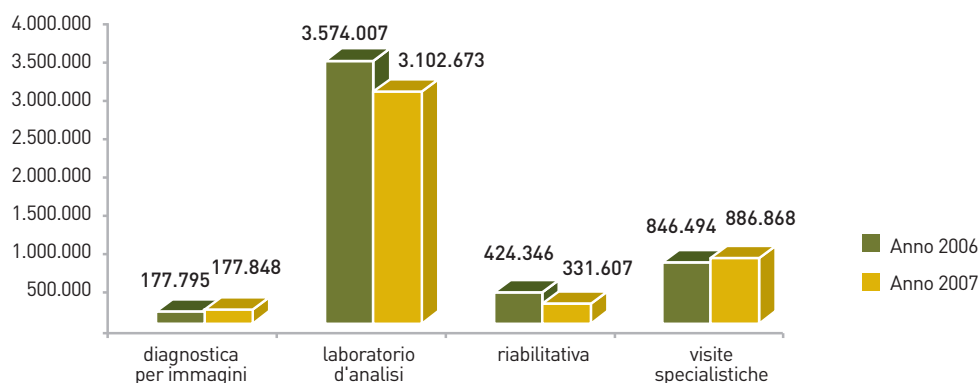
Secondo il flusso dei dati raccolti dal Controllo di Gestione nell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi nel 2007 sono state erogate 4.498.996 di prestazioni specialistiche, di cui più di 3 milioni di esami di laboratorio (68%), circa 850 mila prestazioni di visite specialistiche (19%), poco più di 180 mila prestazioni diagnostiche (4%), circa 430 mila prestazioni riabilitative.

	Presidi Ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture Priv Convenzionate	TOTALE
<b>ANNO 2006</b>				
<b>DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	120.220	19.008	38.567	177.795
LABORATORIO D'ANALISI	1.384.766	208.144	1.981.097	3.574.007
RIABILITATIVA		67.622	356.724	424.346
VISITE SPECIALISTICHE	579.449	243.600	23.445	846.494
TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2.084.435	538.374	2.399.833	5.022.642

	Presidi Ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture Priv Convenzionate	TOTALE
<b>ANNO 2007</b>				
<b>DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	122.528	18.786	36.534	177.848
LABORATORIO D'ANALISI	1.473.180	223.156	1.406.337	3.102.673
RIABILITATIVA		49.891	281.716	331.607
VISITE SPECIALISTICHE	605.662	264.900	16.306	886.868
TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2.201.370	556.733	1.740.893	4.498.996

Fonte: UCG

### Tipologia attività ambulatoriale confronto anno 2006-2007



Fra le caratteristiche della popolazione che influenzano il ricorso alla specialistica sono comprese quelle demografiche e socio-economiche: popolazioni più anziane e più povere hanno necessità maggiori perché affette da morbosità superiore; i più ampi consumi delle donne in età adulta vengono generalmente motivati con le necessità della gravidanza e della menopausa.

Gli indici di consumo devono quindi tenere conto delle differenze nella composizione per età della popolazione di riferimento.

L'analisi è stata compiuta considerando gli stessi fattori che vengono usati per la valutazione dell'attività ospedaliera: la struttura che eroga le prestazioni, i consumi delle popolazioni e il luogo dove le prestazioni vengono fruite.

Un problema rilevante è stata la scelta tra le branche o le discipline come articolazioni cui fare riferimento. Come noto infatti l'attività di specialistica ambulatoriale viene svolta sia dai medici ospedalieri (o comunque dipendenti delle Aziende sanitarie) sia dai medici specialisti convenzionati.

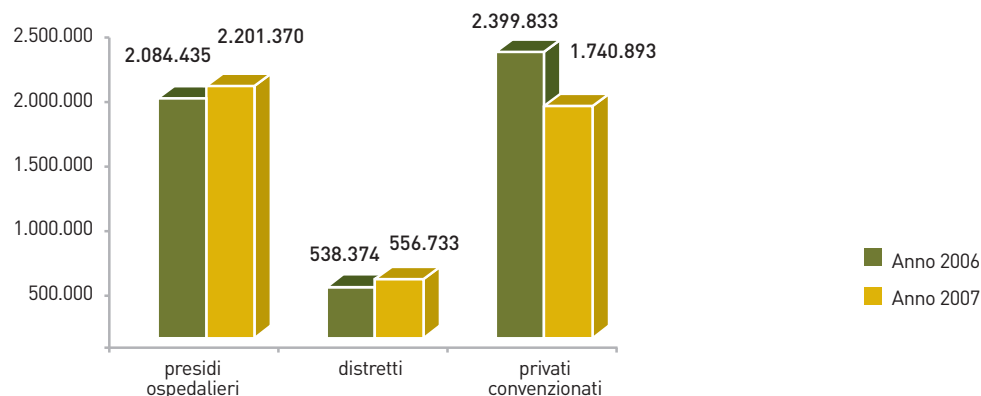
L'indice di consumo (rapporto tra le prestazioni utilizzate dai cittadini di una determinata popolazione e il numero di tali cittadini) indica anche la proporzione di prestazioni che sono state fruite entro l'area provinciale, fuori da questa ma in Puglia, e fuori regione. Il totale delle tre componenti indica il consumo complessivo di specialistica ambulatoriale ovunque effettuato.

Dall'analisi dei dati risulta evidente che i flussi riguardano prevalentemente movimenti di utenti all'interno della regione e solo pochi casi si configurano come migrazioni significative fuori dal territorio regionale.

L'esame dei dati conferma una grande diversità nel ricorso alla specialistica ambulatoriale tra i vari distretti, con fenomeni difficili da spiegare con valutazioni di carattere epidemiologico. Il caso delle visite è forse il più emblematico per indicare le differenze dei consumi. Le prestazioni di laboratorio analisi per la loro numerosità condizionano qualsiasi risultato: rappresentano infatti quasi il 70% di tutte le prestazioni.

Tolto quindi il laboratorio analisi, la popolazione con i valori più elevati è quella del Distretto di Brindisi che ha i massimi consumi in tutte le aggregazioni di prestazioni.

### Prestazioni ambulatoriale per struttura confronto anno 2006-2007



Si può quindi concludere che la valutazione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale è possibile mediante il confronto dei valori dei consumi e della dotazione di strutture della popolazione di ciascun Distretto.

Le conoscenze acquisite hanno inoltre fatto emergere alcune riflessioni di carattere trasversale.

- La pianificazione centrata sui bisogni degli utenti dovrebbe tenere conto che costoro devono individuare il proprio percorso tra le molteplici opzioni offerte dalla specialistica ambulatoriale. L'assistenza nell'individuazione del percorso clinico corretto e tempestivo non è certamente meno importante di una buona qualità professionale nella prestazione e questo è più facile nelle sedi che possono offrire servizi di accoglienza e una gamma di prestazioni completa almeno per qualche percorso di diagnosi o terapia, vale a dire un poliambulatorio - e non il piccolo ambulatorio monospecialistico. In una struttura di questo tipo è possibile avere la figura dello specialista responsabile del caso che si impegna a seguirlo sino al completamento del percorso diagnostico. Nelle altre situazioni, questo obiettivo è pressoché irraggiungibile.
- La concentrazione di strutture nelle aree urbane spesso sede di Aziende ospedaliere favorisce l'affollamento nelle liste di attesa e quindi l'allungamento dei tempi di attesa. La qualificazione delle strutture poliambulatoriali di media dimensione potrebbe portare beneficio agli abitanti dei Distretti interessati e favorire la riduzione delle liste di attesa nelle strutture maggiori. Un'indicazione di questo genere potrebbe essere utile nelle sedi ove la scelta degli utenti non è legata tanto e soltanto alla notorietà della struttura.
- I tempi di attesa sono indicatori utili a misurare la "febbre" del sistema ma non sono in grado di discriminare tra il ricorso consumistico alle varie prestazioni e il vero deficit di produzione. Possono servire quali interruttori di avvio di strumenti compensativi di incremento estemporaneo della produzione in caso di superamento degli standard (aumento dei contratti di fornitura, acquisto di prestazioni in libera professione da parte dei dipendenti, ecc.) ma di per sé non danno alcuna indicazione sullo stato della struttura.

76

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2006 - P.O. Brindisi

DATI DI ATTIVITÀ	S.O. Brindisi	S.O. Mesagne	S.O. S. Pietro	Totale
Attività ambulatoriale per "esterni"				
Laboratorio d'analisi	223.138	118.076	86.227	427.441
Radiologia	37.664	8.731	16.480	62.875
Visite specialistiche	257.557	24.896	66.051	348.504
TOTALE	518.359	151.703	168.758	838.820

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2007 - P.O. Brindisi

DATI DI ATTIVITÀ	S.O. Brindisi	S.O. Mesagne	S.O. S. Pietro	Totale
Laboratorio d'analisi	262.554	119.433	85.218	467.205
Radiologia	37.213	8.092	18.395	63.700
Visite specialistiche	260.544	24.524	73.155	358.223
TOTALE	560.311	152.049	176.768	889.128

"esterni" sono gli utenti non ricoverati che usufruiscono di quelle attività

La seconda tabella riguarda il Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana, con gli stabilimenti ospedalieri di Francavilla Fontana e Ceglie Messapica.

### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2006 - P.O. Francavilla

DATI DI ATTIVITÀ	S.O. Francavilla	S.O. Ceglie M.ca	Totale
Attività ambulatoriale per "esterni"			
Laboratorio d'analisi	314.873	154.597	469.470
Radiologia	11.378	16.903	28.281
Visite specialistiche	108.066	27.746	135.812
TOTALE	434.317	199.246	633.563

### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2007 - P.O. Francavilla

DATI DI ATTIVITÀ	S.O. Francavilla	S.O. Ceglie M.ca	Totale
Attività ambulatoriale per "esterni"			
Laboratorio d'analisi	337.217	163.482	500.699
Radiologia	11.850	18.481	30.331
Visite specialistiche	100.350	33.699	134.049
TOTALE	449.417	215.662	665.079

"esterni" sono gli utenti non ricoverati che usufruiscono di quelle attività

La terza tabella riguarda il Presidio Ospedaliero di Ostuni, a cui afferiscono gli stabilimenti ospedalieri di Cisternino, Ostuni e Fasano.

### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2006 - P.O. Ostuni

DATI DI ATTIVITÀ	S.O. Cisternino	S.O. Ostuni	S.O. Fasano	Totale
Attività ambulatoriale per "esterni"				
Laboratorio d'analisi	66.736	218.513	202.606	487.855
Radiologia	6.728	16.381	5.955	29.064
Visite specialistiche	559	49.037	45.537	95.133
TOTALE	74.023	283.931	254.098	612.052

77

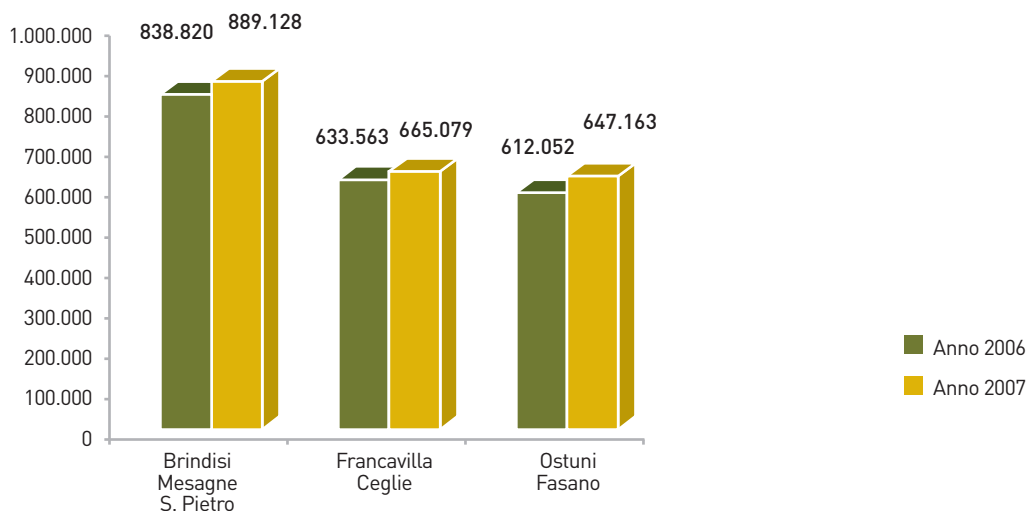
### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2007 - P.O. Ostuni

DATI DI ATTIVITÀ	S.O. Brindisi	S.O. Mesagne	S.O. S. Pietro	Totale
Laboratorio d'analisi	71.170	213.050	221.056	505.276
Radiologia	6.031	16.397	6.069	28.497
Visite specialistiche	529	51.274	61.587	113.390
TOTALE	77.730	280.721	288.712	647.163

"esterni" sono gli utenti non ricoverati che usufruiscono di quelle attività

Fonte: UCG

### Prestazioni ambulatoriale per struttura confronto anno 2006-2007



Di seguito è riportata la tabella relativa alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con le relative attività specialistiche effettuate presso gli ambulatori distrettuali.

### Prestazioni ambulatoriali specialistiche – Anno 2006

DATI DI ATTIVITÀ	DISTRETTO BRINDISI	DISTRETTO FASANO	DISTRETTO FRANCAVILLA	DISTRETTO MESAGNE	TOTALE
Allergologia	///	///	5.312	///	5.312
Cardiologia	8.385	400	3.732	6.705	19.222
Chirurgia Vascolare	5.406	643	371	///	6.420
Dermatologia	2.780	2.408	3.020	3.085	11.293
Diabetologia	21.828	///	///	///	21.828
Endocrinologia	1.094	1.478	3.380	5.711	11.663
Fisiocinesiterapia	65.426	///	///	2.196	67.622
Gastroenterologia	1.409	///	///	2.659	4.068
Medicina dello sport	10.637	4.039	5.531	5.927	26.134
Neurologia	1.619	1.440	1.392	8.918	13.369
Oculistica	15.194	13.985	10.098	6.612	45.889
Odontoiatria	6.606	3.101	1.909	4.609	16.225
Ortopedia	6.056	1.362	393	8.863	16.674
Ostetricia e ginecologia	2.315	///	///	1.026	3.341
Otorino	7.408	3.420	3.802	4.477	19.107
Pneumologia	6.387	570	2.309	3.145	12.411
Reumatologia	500	264	408	///	1.172
Urologia	1.338	2.035	1.070	1.175	5.618
Altre	1.009	///	///	2.915	3.924
<b>TOTALE</b>	<b>164.388</b>	<b>35.145</b>	<b>42.727</b>	<b>65.108</b>	<b>307.368</b>

78

### Prestazioni ambulatoriali specialistiche – Anno 2007

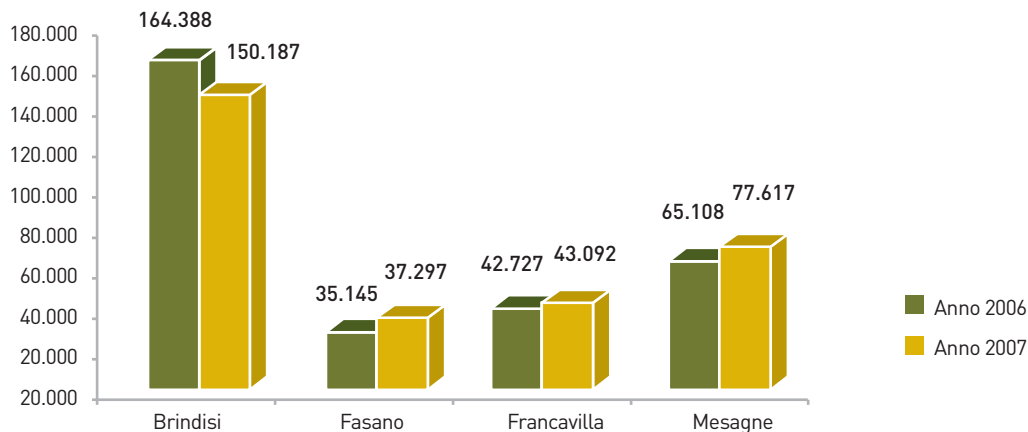
DATI DI ATTIVITÀ	DISTRETTO BRINDISI	DISTRETTO FASANO	DISTRETTO FRANCAVILLA	DISTRETTO MESAGNE	TOTALE
Allergologia	3.612		6.507		10.119
Cardiologia	10.212	3.617	4.499	7.402	25.730
Chirurgia Vascolare	7.700	485	364	3.978	12.527
Dermatologia	3.483	2.591	2.839	3.797	12.710
Diabetologia	16.366			6	16.372
Endocrinologia	1.369	1.995	1.990	9.111	14.465
Fisiokinesiterapia					
Gastroenterologia	1.719			3.444	5.163
Medicina dello sport	11.272	4.038	4.628	5.630	25.568
Neurologia	1.620	1.333	1.393	10.937	15.283
Oculistica	11.723	11.178	9.264	6.256	38.421
Odontoiatria	6.989	3.911	1.918	4.560	17.378
Ortopedia	6.070	1.631	385	9.959	18.045
Ostetricia e ginecologia	2.254			1.113	3.367
Otorino	9.225	4.035	4.101	4.230	21.591
Pneumologia	6.491	7	3.163	3.509	13.170
Reumatologia	600	282	489		1.371
Urologia	1.425	2.182	1.552	1.427	6.586
Altre	424	12			436
<b>TOTALE</b>	<b>150.187</b>	<b>37.297</b>	<b>43.092</b>	<b>77.617</b>	<b>308.193</b>

Fonte: UCG



Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale, bisogna innanzitutto rilevare che per le prestazioni complessive erogate si registra un lieve aumento delle prestazioni se paragonate a quelle dell'anno 2006.

#### Prestazioni ambulatoriale distretti confronto anno 2006-2007



### 3.1.1.c Attività Ospedaliera

Nel corso dell'anno 2007 l'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi ha puntato al raggiungimento degli obiettivi programmati nel Piano Strategico dei servizi sanitari dell'anno 2006:

- Razionalizzazione della rete ospedaliera
- Potenziamento dei day hospital e day surgery
- Riduzione del tasso di ospedalizzazione

79

In via generale, per quanto riguarda il ricovero in regime di degenza ordinaria, si può evidenziare una leggera crescita rispetto all'anno precedente; tale crescita rispecchia, comunque, l'obiettivo regionale di una maggiore appropriatezza del ricovero consentendo un miglior utilizzo dell'ospedale.

Inoltre, l'esame dei dati, a fronte degli obiettivi assegnati dalla Regione<sup>19</sup>, raffrontati agli analoghi del 2006, consente di formulare le seguenti osservazioni:

*Migliorare il livello dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera assicurando il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno:*

Si registra, accanto ad un aumento complessivo dei ricoveri in regime ordinario, una riduzione del numero dei casi trattati in regime di day hospital; significativo è il diminuito numero dei casi chirurgici trattati (-662 casi).

A tale riguardo fanno eccezione, per effetto dell'avvio di attività Chirurgiche oculistiche, gli Stabilimenti di Fasano e Mesagne, ne discende, che vi sono stati aumenti del numero generale dei casi in day hospital, e dei casi chirurgici trattati nello stesso regime.

Esaminando poi il dato, alla luce del tasso di ospedalizzazione fissato dalla Regione, si osservano, per i day hospital, ampi margini di "tranquillità"; è vero che, al fine del raggiungimento dell'obiettivo del 36 per mille abitanti, sarà necessario, per il 2008, assegnare l'obiettivo di una riduzione dei casi trattati in regime ordinario.

*Aumento percentuale di ricoveri con DRG Chirurgico sul totale*

Tutti gli Ospedali, tranne Mesagne, hanno ridotto complessivamente il numero dei casi chirurgici trattati (-90), in particolare in regime di day-hospital (-662 casi).

<sup>19</sup> Delibera di Giunta Regionale n. 95 del 31-01-2008 - DIEF

#### *Riduzione di almeno il 10% dei parti cesarei*

L'analisi dei dati evidenzia un incremento del numero dei parti cesarei, pari al 2,14% (con eccezione di Fasano che ha mostrato, invece, una riduzione) laddove l'obiettivo regionale richiede una riduzione del 10%; molto alta è la percentuale dei parti cesarei ad Ostuni (82,50%).

#### *Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza*

L'analisi operata sul numero assoluto dei DRG LEA sviluppati, mostra un aumento del numero dei DRG LEA (+ 455 casi) con un'alta percentuale a Ceglie Messapica.

#### *Obiettivo - Aumento del numero di pazienti sottoposti a radioterapia*

In questo caso, i dati mostrano, rispetto al 2006, un aumento (+ 2.137) delle prestazioni radioterapiche erogate.

#### **Utilizzo dei posti letto**

Risultano elevate percentuali di utilizzo dei posti letto in regime ordinario, superiore al 100%, per le seguenti branche:

pneumologia presso il P.O. di San Pietro V.co; tutti i reparti di Cardiologia; geriatria, neonatologia, neurochirurgia, chirurgia generale del P.O. di Brindisi; medicina interna del P.O. di Fasano.

Mentre, per i ricoveri di un giorno, percentuali di sovrautilizzo si registrano presso:

pneumologia,ematologia ed oculistica del presidio ospedaliero "A.Perrino"; medicina interna del presidio ospedaliero di Francavilla F.na; chirurgia e medicina interna di Fasano. questo ultimo dato, interpretabile come legato ad esigenze di carattere epidemiologico o alla diversificazione di attività proprie di altre Unità Operative (V. chirurgia oculistica presso le chirurgie generali) o più semplicemente dalle capacità attrattive dell' U.O., suggerisce l'opportunità, di una maggiorazione della dotazione dei posti-letto dedicati alle Unità Operative che, avendo operato con appropriatezza, mostrano criticità in termini di risposta alla domanda di salute della popolazione.

Di seguito si riportano i valori complessivi dell'attività di ricovero raffrontate con il precedente anno, distinti fra ricoveri totali, ordinari ed in day hospital.

<b>Dati attività</b>	<b>Anno 2006</b>	<b>Anno 2007</b>	<b>differenza</b>
Totale ricoveri	66.679	67.116	437
Totale ricoveri ordinari	48.023	48.755	732
Totale ricoveri day hospital	18.656	18.361	- 295

Di seguito si riportano i valori complessivi dell'attività di ricovero svolte dai nostri presidi ospedalieri raffrontati con il precedente anno 2006.

<b>Totali ricoveri</b>	<b>Anno 2007</b>	<b>Anno 2006</b>	<b>Variazione in %</b>
Posti letto	1.366	1.382	1,17
N° casi	66.679	67.116	0,66
Peso medio	1,01	1,04	2,97
<b>Ricoveri ordinari</b>	<b>Anno 2007</b>	<b>Anno 2006</b>	<b>Variazione in %</b>
Posti letto	1.241	1.256	1,21
N° casi	48.023	48.755	1,52
Peso medio	1,11	1,35	21,62
Degenza	386.014	385.198	- 0,21
N° casi LEA	1.785	2.081	16,58
<b>Ricoveri in day hospital</b>	<b>Anno 2007</b>	<b>Anno 2006</b>	<b>Variazione in %</b>
Posti letto	125	128	2,40
N° casi	18.656	18.361	- 1,58
Peso medio	0,77	0,79	2,60
accessi	42.773	45.662	6,75

Fonte: UCG

Le successive tabelle mostrano, in dettaglio, le attività dei ricoveri per presidio ospedaliero, articolate per stabilimento, i dati sono raffrontati con l'attività svolta nell'anno 2006.

### Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Brindisi

dati attività	P.O. Brindisi	P.O. Mesagne	P.O. San Pietro	Centro Riab. neuromotul.	Totale	P.O. Brindisi	P.O. Mesagne	P.O. San Pietro	Centro Riab. neuromotul.	Totale
<b>totali ricoveri</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>
posti letto	586	60	104	99	849	575	77	119	105	876
n casi	28.487	3497	5.719	711	38.414	28.308	4.562	5.688	714	39.272
peso medio	1,11	0,78	1,04	1,48	1,10	1,15	0,84	1,02	1,49	1,15

#### ordinari

posti letto	540	44	91	90	765	529	61	74	96	760
n casi	23.246	1145	3.271	501	28.163	22.884	1.791	3.658	471	28.804
peso medio	1,19	0,94	1,21	1,54	5	1,22	0,95	1,24	1,56	
degenza	174.844	12668	30.304	35.235	253.051	174.533	17.459	32.505	33.941	258.438
n casi LEA	652	57	76		785	767	146	101		1.014

#### day hospital

posti letto	46	16	13	9	84	46	16	13	9	84
n casi	5.241	2352	2.448	210	10.251	5.424	2.771	2.030	243	10.468
peso medio	0,79	0,71	0,82	1,34	4	0,84	0,79	0,79	1,37	
n accessi	14.779	2617	4.094	5.680	27.170	16.279	4.581	3.488	5.573	29.921

### Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Francavilla

dati attività	P.O. Francavilla	P.O. Ceglie mes.	Totale	P.O. Francavilla	P.O. Ceglie mes.	Totale
<b>totali ricoveri</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>
posti letto	177	84	261	176	85	261
n casi	11.608	2.557	14.165	11.288	2.223	13.511
peso medio	0,95	0,87	0,91	0,91	0,85	0,89

#### ordinari

posti letto	163	77	240	163	76	239
n casi	8.205	1.474	9.679	8.103	1.438	9.541
peso medio	1,01	1,04	1,03	0,99	1,02	1,00
degenza	48.839	18.646	67.485	46.476	16.484	62.960
n casi LEA	437	96	533	372	130	502

#### day hospital

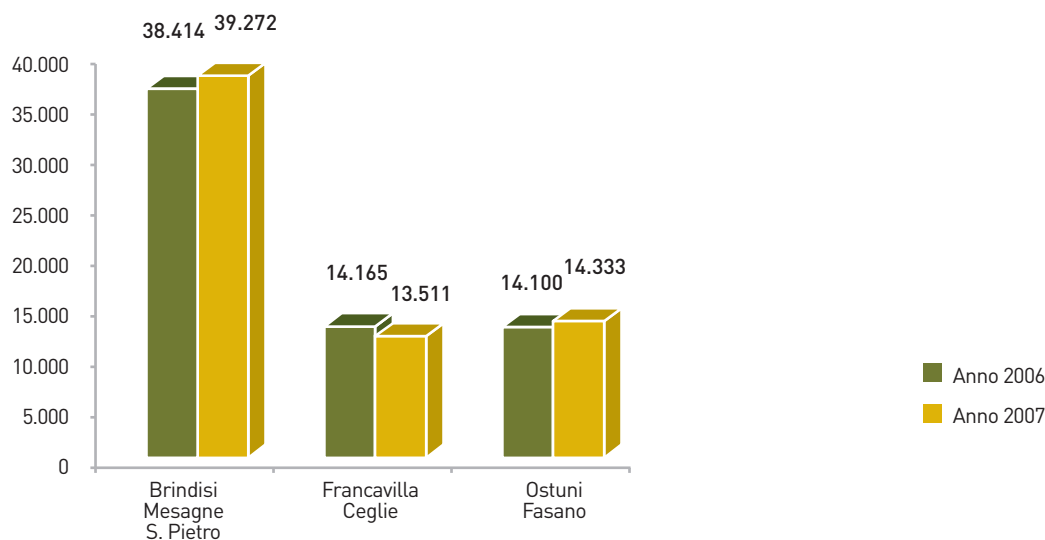
posti letto	14	7	21	13	9	22
n casi	3.403	1.083	4.486	3.185	785	3.970
peso medio	0,82	0,66	0,74	0,80	0,63	0,70
n accessi	4.917	1.998	6.915	4.582	1.380	5.962

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Ostuni

dati attività	P.O. Fasano	P.O. Ostuni	P.O. Cisternino	Totale	P.O. Fasano	P.O. Ostuni	P.O. Cisternino	Totale
<b>totali ricoveri</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>
posti letto	113	117	26	256	110	120	26	256
n casi	6.321	7407	372	14.100	6.590	7.380	363	14.333
peso medio	0,87	0,92	1,02	0,94	0,89	0,91	1,04	0,94
<b>ricoveri ordinari</b>								
posti letto	101	108	26	235	86	111	26	223
n casi	4.096	5713	372	10.181	4.302	5.745	363	10.410
peso medio	0,95	1,00	1,02	0,99	0,99	1,03	1,04	1,01
degenza	28.423	31138	5.917	65.478	27.011	31.544	5.245	63.800
n casi LEA	199	268		467	210	355		565
<b>day hospital</b>								
posti letto	12	9		21	12	9		21
n casi	2.225	1694		3.919	2.288	1.635		3.923
peso medio	0,74	0,67		0,71	0,79	0,66		0,72
n accessi	5.976	2712		8.688	7.011	2.768		9.779

Fonte: UCG

## Distribuzione attività di ricovero per presidi ospedalieri confronto 2006-2007



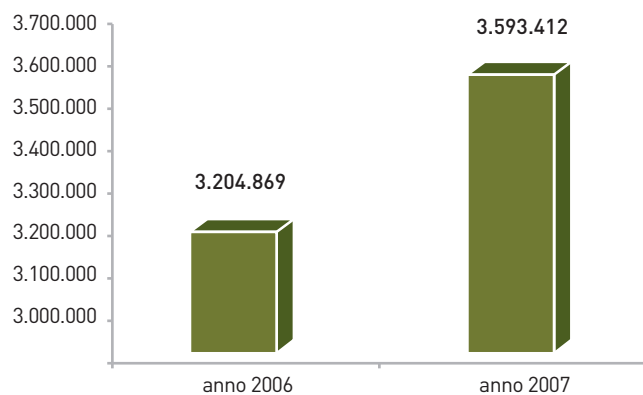
La tabella che segue riporta il consumo complessivo di prestazioni di ricovero ospedaliero, finanziate dal SSN nei regimi di degenza ordinaria e day hospital, in particolare l'attività di ricovero rivolta ai cittadini residenti nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria, articolata per luogo di cura.

Ricoveri residenti ASL per luogo di cura Totale Ricoveri	anno 2006	anno 2007	Differenza
Presidi ASL BR	57.954	58.193	239
Neuromotulesi Ceglie M.ca	312	330	18
IRCSS "Medea"	144	170	26
Casa di cura Salus	4.237	4.684	447
Totale	62.647	63.377	730
Ricoveri residenti ASL - regime ordinario	anno 2006	anno 2007	Differenza
Presidi ASL BR	41.780	42.424	644
Neuromotulesi Ceglie M.ca	188	184	- 4
IRCSS "Medea"	144	170	26
Casa di cura Salus	2.743	3.116	373
Totale	44.855	45.894	1.039
Ricoveri residenti ASL regime day hospital	anno 2006	anno 2007	Differenza
Presidi ASL BR	16.174	15.769	- 405
Neuromotulesi Ceglie M.ca	124	146	22
IRCSS "Medea"	0	0	0
Casa di cura Salus	1.494	1.568	74
Totale	17.792	17.483	- 309

Fonte: UCG

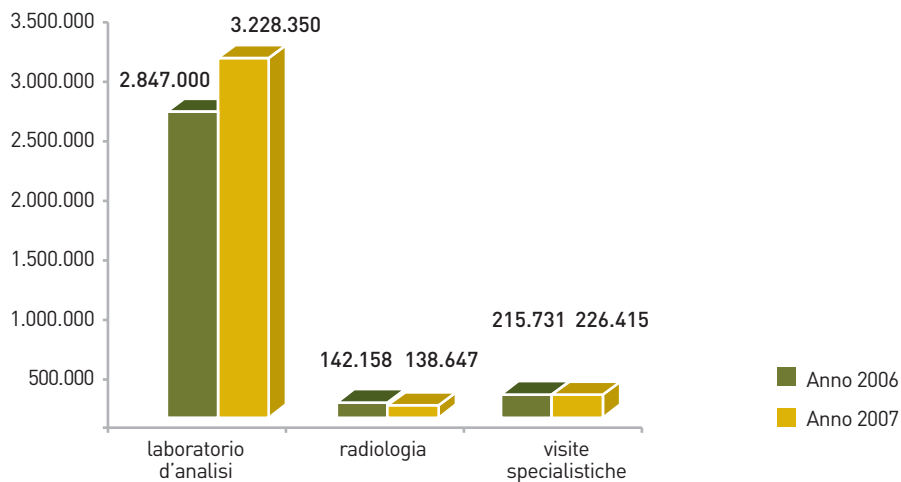
L'ospedale non esaurisce la sua attività nel "ricovero", è vero invece che una consistente attività è rappresentata anche dalle cosiddette prestazioni "ambulatoriali", rivolte agli "interni" ovvero ai cittadini ricoverati, ed agli "esterni", cioè cittadini che richiedono tale prestazione.

#### Prestazioni ambulatoriali per interni confronto 2006-2007



83

#### Prenotazioni ambulatoriali ospedaliere per interni per specialità confronto 2006-2007



CONSULENZE INTERNE PER DESTINAZIONE

	2006	2006	2006	2007	2007	2007
	P.O. "Perrino"	Mesagne	San Pietro	P.O. "Perrino"	Mesagne	San Pietro
A RICOVERATI	1.014.595	148.793	285.042	1.635.997	136.617	241.770
PRONTO SOCCORSO	679.223	4.922	6.290	260.548	51.520	51.398
DIPENDENTI 626	29.888		61	26.045	3.408	2.651
ALTRE STRUTTURE ASL	42.059		169	76.384	5.508	47.743
TOTALE	1.765.765	153.715	291.562	1.998.974	197.053	343.562

CONSULENZE INTERNE PER DESTINAZIONE

	2006	2006	2007	2007
	Francavilla	Ceglie M.	Francavilla	Ceglie M.
A RICOVERATI	438.953	60.929	428.332	61.142
PRONTO SOCCORSO	105.731	24.073	120.475	21.226
DIPENDENTI 626	563	74	535	8.159
ALTRE STRUTTURE ASL	50.641	19	55.134	21.091
TOTALE	595.888	85.095	604.476	111.618

CONSULENZE INTERNE PER DESTINAZIONE

	2006	2006	2006	2007	2007	2007
	Ostuni	Fasano	Cisternino	Ostuni	Fasano	Cisternino
A RICOVERATI	218.152	9.152	758	229.424	10.256	219
PRONTO SOCCORSO	50.008	11.237	889	63.675	12.805	1.559
DIPENDENTI 626	5.741	201	0	6.317	240	0
ALTRE STRUTTURE ASL	16.623	84	0	13.032	202	0
TOTALE	290.524	20.674	1.647	312.448	23.503	1.778

Fonte: UCG

84

Gli obiettivi aziendali in materia stabiliscono, anche per l'anno 2007, un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari pari al 168 per mille abitanti e per ricoveri diurni del 34 per mille.

I dati estratti dalla banca dati aziendale e riportati nelle tabelle mostrano un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari al di sotto di quanto stabilito dalla disposizione regionale. Analogamente elevati sono gli indici di ospedalizzazione in regime di ricovero diurno (day hospital e day surgery), il 51 per mille abitanti, laddove il mandato regionale stabilisce la soglia minima dei ricoveri in tale regime del 34 per mille.

Ciò è stato possibile grazie all'attivazione negli ospedali delle Unità di ricovero polispecialistiche, con un deciso incremento dei casi chirurgici trattati in regime di day surgery. Il raggiungimento di questo importante risultato è stato reso possibile attraverso il fattivo coinvolgimento nel processo di tutti i soggetti, consapevoli della necessità di destinare le strutture ospedaliere dell'Azienda all'erogazione delle prestazioni qualitativamente più significative, alleggerendole di compiti e funzioni assistenziali che, al contrario, con maggiore appropriatezza possono essere demandate al livello territoriale.

**Mobilità sanitaria**

La mobilità sanitaria indica l'utilizzo di prestazioni sanitarie da parte dell'utente presso aziende sanitarie o strutture diverse da quelle di appartenenza.

Le prestazioni sanitarie possono essere effettuate in Aziende Sanitarie della Regione Puglia, ed in questo caso si parlerà di "mobilità infraregionale", oppure in Aziende collocate in altre regioni d'Italia, ed allora si parlerà di "mobilità extraregionale".

L'andamento dei ricoveri in regime di mobilità extraregionale, mostra, complessivamente, una riduzione del numero di ricoveri fuori Regione (-309) con una parallela riduzione degli importi per tale voce (- euro 1.338.498,79).

Nella Tabella sono riassunti i flussi per Regione e le loro variazioni rispetto al 2006. Come appare evidente, la “geografia” della migrazione sanitaria ha subito una parziale variazione nella distribuzione, rilevandosi una riduzione dei ricoveri verso la Lombardia (-82 ricoveri), che rimane comunque la prima regione sede di mobilità, segue l’ Emilia Romagna (-182) ed il Veneto (-58).

Per contro risultano aumentati i ricoveri verso il Lazio (+ 70).

### Mobilità sanitaria extra regionale

Regione	n. ricoveri 2007	n. ricoveri 2006	differenza
Abruzzo	380	298	-82
Basilicata	136	119	-17
Calabria	38	38	
Campania	173	164	-9
Emilia Romagna	1.114	1.039	-75
Friuli V. Giulia	65	59	-6
Lazio	935	1.005	-70
Liguria	255	255	
Lombardia	1.386	1.374	-12
Marche	153	172	19
Molise	54	91	37
Piemonte	222	206	-16
Prov. Aut. Bolzano	13	9	-4
Prov. Aut. Trento	14	13	-1
Sardegna	10	6	-4
Sicilia	51	43	-8
Toscana	531	576	45
Umbria	201	172	-29
Valle d’aosta		2	2
Veneto	466	380	-86
<b>Totale</b>	<b>6.197</b>	<b>6.021</b>	<b>-176</b>

Fonte: UCG

Le prime cause di ricovero fuori regione sono dovute a malattie Osteo-Muscolari, Tumori, Malattie Cardio-Vascolari.

L’ andamento dei ricoveri per reparto di degenza mostra una riduzione di ospedalizzazione nei reparti di Chirurgia (-99 casi), Oncoematologia Pediatrica (-89 casi) e Oncologia (-54); tra i ricoveri nei reparti di Ortopedia spiccano i 113 casi registrati in Umbria. Rispetto al 2006 sono complessivamente aumentati i ricoveri verso i reparti di Ortopedia (+29), Ostetricia (+22), Neurologia (+26) e, soprattutto, Neurochirurgia (+46).

L’analisi dei dati, sviluppando i DRG; evidenzia come siano diminuiti, rispetto al 2006, i ricoveri per decompressione di tunnel carpale, interventi per cataratta, safenectomia, malattie vascolari periferiche, esofagite gastroenterite ecc..., diabete, Insufficienza renale, disturbi del sistema immunitario e reticoloendoteliale, chemioterapia, trapianto di midollo osseo; per converso risultano aumentati i ricoveri per interventi sul ginocchio, affezioni mediche del dorso, ernia del disco, interventi sulla spalla, sulla tiroide, disturbi mentali dell’ infanzia.

La comparazione con gli analoghi dati di produzione della rete ospedaliera evidenzia, parallelamente, che ad una riduzione della mobilità extraregionale si sia verificato un corrispondente aumento del numero dei casi trattati nei nostri Ospedali (+ 436); in particolare, entrando nello specifico dei reparti di ricovero, sono aumentati i casi trattati dai nostri reparti di Oncologia (+132), Ematologia (+75), Neurologia e Neurochirurgia; i soli reparti di Ortopedia hanno mostrato un calo dell’ attività che potrebbe, forse, essere alla base dell’ incremento di migrazione extraregionale rilevato per tale specialità.

In ultimo i dati di mobilità, mostrano l’ andamento dei “consumi” per attività sanitarie ve-

rificatisi nel corso dell' anno 2007 da parte dei cittadini residenti.

Come appare evidente, la voce più consistente è rappresentata dai ricoveri in mobilità passiva infraregionale, la cui quota maggiore è assorbita dagli interventi per cataratta, seguono i ricoveri per chemioterapia.

I dati evidenziano che la vicina ASL di Lecce, è l'Azienda Sanitaria che maggiormente assorbe la mobilità per ricoveri ed assistenza farmaceutica, quella di Taranto per prestazioni ambulatoriali; per la somministrazione diretta dei farmaci è invece il Policlinico di Bari l' azienda che sostiene i maggiori costi ad evidenza del maggiore "peso" delle prestazioni rese.

Come può evidenziarsi a fronte di un tasso di ospedalizzazione della popolazione che è rimasto sostanzialmente invariato rispetto al 2006, la quota maggiore dei ricoveri è rappresentata dallo autoconsumo, con un progressivo aumento delle percentuali rispetto al 2005 e 2006, ciò a dimostrazione di un maggiore attrazione delle strutture ospedaliere aziendali; incrementi nel numero dei ricoveri si sono registrati altresì per il Neuromotulesi di Ceglie, l' IRCCS "Medea" e per la mobilità passiva infraregionale, mentre si è ridotta l' Extraregionale.

Andando poi ad esaminare, i tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e day Hospital e confrontandoli con i limiti fissati dagli obiettivi assegnati dalla Regione con la DGR 95/2008 si osserva il mancato rispetto per i ricoveri ordinari mentre si registrano percentuali abnormemente elevate di ricovero in Day Hospital, ben oltre il limite stabilito dalla richiamata Deliberazione.

La tabella sottoriportata analizza l' andamento dei ricoveri per comune di residenza; com'è possibile osservare Fasano è il Comune con la più alta percentuale di ricoveri in mobilità passiva infraregionale dato solo in parte giustificabile con la particolare localizzazione topografica poiché analoghe, abnormi, percentuali non si registrano in omologhi comuni quali, ad esempio, San Pietro Vernotico. Il paese che ricovera maggiormente è San Michele Salentino, mentre quello che registra il minore tasso di ospedalizzazione è Erchie.

distretto	comune residenza	PPOO ASL BR	C. Cura Salus accred.	Irccs medea	assist. indiretta	infra regione	fuori regione	totale
distretto n° 1	BRINDISI	13.651	1.675	25	141	2.481	1.509	19.482
	SAN VITO DEI NORMANNI	2.859	263	13	18	766	326	4.245
distretto n° 2	CISTERNINO	1.389	42	1	6	1.111	218	2.767
	FASANO	5.240	76	20	10	3.157	443	8.946
	OSTUNI	4.545	139	34	16	1.699	473	6.906
distretto n° 3	CAROVIGNO	2.148	226	7	17	567	187	3.152
	CEGLIE MESSAPICA	3.369	127	8	16	1.031	267	4.818
	FRANCAVILLA FONTANA	5.830	314	27	46	1.657	574	8.448
	ORIA	2.155	142	10	8	768	174	3.257
	SAN MICHELE SALENTINO	1.174	46	6	4	293	95	1.618
	VILLA CASTELLI	827	47	2	5	873	123	1.877
distretto n° 4	CELLINO SAN MARCO	1.043	74		6	396	113	1.632
	ERCHIE	945	110	1	7	534	115	1.712
	LATIANO	2.161	144	2	14	533	204	3.058
	MESAGNE	4.376	354	4	18	965	459	6.176
	SANDONACI	839	62	1	10	495	131	1.538
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	1.097	76	1	9	716	144	2.043
	SAN PIETRO VERNOTICO	2.484	159	2	17	743	230	3.635
	TORCHIAROLO	799	30		6	243	89	1.167
	TORRE SANTA SUSANNA	1.445	94	6	10	593	147	2.295
	Totale	58.376	4.200	170	384	19.621	6.021	88.772

Fonte: UCG

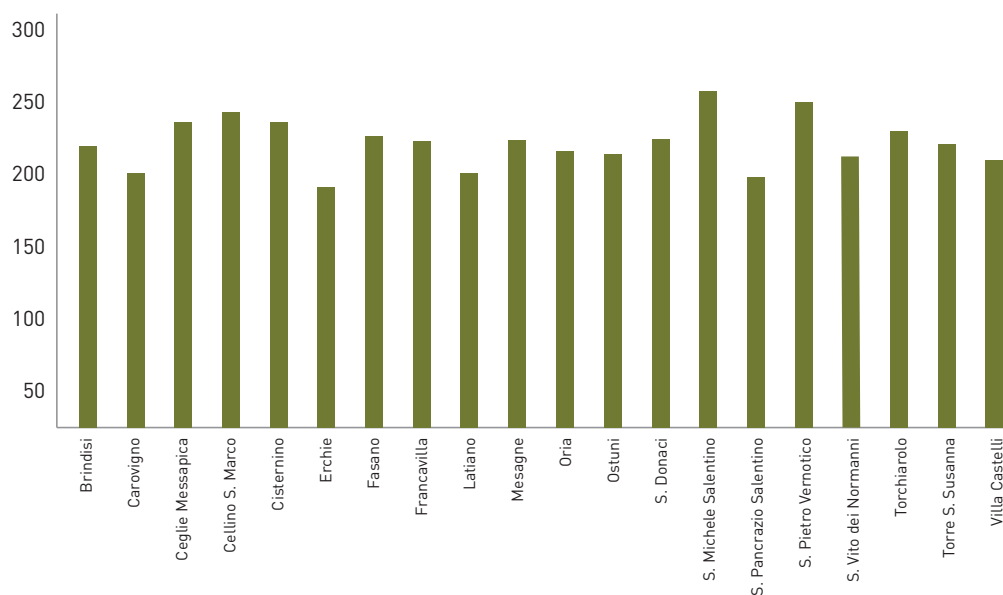


DESCRIZIONE MDC	PP00 ASL BR	Casa Cura Salus	Irccs medea	assistenza indiretta	infra regione	fuori regione	totale
DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	6.026	24	1	69	3.019	1.108	10.247
DISTURBI DIGESTIVI	5.259	792		168	1.514	373	8.106
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	4.910	973			777	142	6.802
DISTURBI RESPIRATORI	5.579	115		3	738	200	6.635
DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	4.172	193	64	71	900	559	5.959
DISTURBI DELL'OCCHIO	3.025				1.465	332	4.822
DISTURBI URINARI	2.910	10			1.052	264	4.236
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMM.	2.507	502			690	205	3.904
CONDIZIONI PERINATALI	2.850	353	3		422	39	3.667
DISTURBI CUTE	2.771	74		37	565	204	3.651
DISTURBI METABOLISMO	2.213	22	1	1	594	402	3.233
DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	1.800	61			1.017	200	3.078
DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	1.500	54			1.109	373	3.036
DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	1.691	17	3		786	218	2.715
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASC.	755	20	1	3	605	131	1.515
DISTURBI MENTALI	836	11	94		280	141	1.362
DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE,	821	9			207	66	1.103
FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	363	112	3	27	321	175	1.001
MALATTIE INFETTIVE	753	5			78	28	864
FERIMENTI, AVELEN., EFFETTI TOSSICI DI MED	551	1			107	45	704
ALTRI D.R.G	66			1	136	29	232
INFEZIONI DA HIV	52				85	18	155
DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	55				17	7	79
TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	45				20	4	69
USTIONI	39				1	2	42
	<b>58.376</b>	<b>4.200</b>	<b>170</b>	<b>384</b>	<b>19.621</b>	<b>6.021</b>	<b>88.772</b>

Fonte: UCG

87

### Totale ricoveri per 1000 abitanti anno 2007 per comune di residenza



### 3.1.1.d Attività Socio-Sanitaria

Il complesso delle prestazioni socio sanitarie riguarda in modo particolare quel settore dei portatori di interesse che è caratterizzato da una molteplicità di bisogni.

Infatti, in questa area i bisogni sanitari si integrano e si confondono con i bisogni sociali e socio assistenziali.

Fondamentale, in questo caso, diventa la capacità dell'Azienda di integrare e coordinare i propri interventi con gli altri attori istituzionali, in modo da poter rispondere in maniera adeguata ai bisogni espressi dai portatori di interesse.

L'integrazione sociosanitaria riguarda tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Le prestazioni sociosanitarie, si collocano prevalentemente nelle aree che il Piano Sanitario ha ricondotto ai problemi propri della tutela dei soggetti deboli e cioè:

- materno infantile,
- anziani,
- handicap,
- patologie psichiatriche,
- dipendenza da droga, alcol e farmaci,
- patologie derivate da Hiv,
- patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale,
- inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative.

L'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, avviata nel corso dell'anno 2007 a seguito della programmazione dei Piani Sociali di Zona, è stata attuata attraverso un sistema di rete che vede il coinvolgimento della ASL, in particolar modo attraverso i Distretti Socio Sanitari, delle strutture accreditate e dei soggetti terzi, pubblici o privati, profit o non-profit.

88

Secondo il Piano sanitario nazionale e regionale, l'integrazione delle diverse politiche per la salute nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valorizza i diversi centri di responsabilità, qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nelle comunità locali.

L'introduzione dei LEA sanitari<sup>20</sup> ha fatto sorgere il problema della esigibilità delle prestazioni sanitarie e sociali.

La traduzione operativa di un sistema atto ad affrontare i bisogni complessi, che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti, trova nell'integrazione tra comparto sanitario e sociale il fondamento per affrontare l'ampliamento dell'area di utenza connotata da cronicità e da un progressivo aggravamento delle condizioni di non autosufficienza.

Le trasformazioni demografiche e socio-economiche, fattori caratterizzanti l'attuale scenario, presentano in ambito aziendale le peculiarità rilevate nei Piani di Zona quale strumento conoscitivo a supporto dell'azione programmatoria.

In estrema sintesi si è dovuto affrontare:

- il fenomeno di invecchiamento della popolazione più accentuato che nel resto del territorio regionale;
- una significativa e costante crescita della domanda di prestazioni di persone con gravi disabilità permanenti, anche sopraggiunte in età adulta, dovuta all'andamento cronico di una sempre più variegata gamma di patologie;
- la dimensione delle relazioni familiari che indicano una forte presenza di persone sole.

<sup>20</sup> nota D.P.C.M 29.11.2001

Nel corso della gestione 2007 sono state assegnate risorse collegate alle leggi regionali e nazionali di settore destinate a sostenere quote percentuali dei costi afferenti alla progettualità espressa dal territorio nell'ambito di diverse aree – handicap grave, infanzia e adolescenza, politiche migratorie, lotta alla droga; risorse collegate ai piani di zona, destinate al potenziamento dei servizi socio assistenziali e socio sanitari offerti nei quattro ambiti distrettuali del territorio dell'ASL; risorse destinate a coprire quote di costi dei servizi/interventi sociosanitari e assistenziali standardizzati ed erogati nel territorio dell'ASL. Il piano ha interessato le seguenti aree di intervento: minori, disabili, anziani, psichiatria.

Nel corso del 2007 sono state elaborate le procedure finalizzate alla gestione dei processi che conducono all'erogazione delle risorse collegate alle leggi nazionali e regionali di settore. Ciò ha costituito, oltre che un obiettivo per l'Azienda, la premessa per una gestione razionale dei processi stessi.

Dalla fase programmatica dei Piani di Zona, sviluppata durante l'anno 2006, con la predisposizione degli elaborati tecnici dei Piani di Zona, si è passati, quindi nel corso dell'anno 2007, alla realizzazione di quanto programmato.

L'integrazione socio-sanitaria si è sviluppata attorno alla grande area di attività dei Servizi integrati socio-sanitari.

I comuni/ambiti territoriali e ASL hanno messo in atto un proficuo percorso di crescente integrazione dei servizi socio sanitari ed assistenziali alla popolazione che ha portato nel tempo alla stipula di importanti protocolli di intesa e accordi di programma. Gli accordi riguardano le principali attività di assistenza territoriale sociale e sanitaria ed in particolare riguardano:

1. integrazione lavorativa delle persone in situazione di svantaggio in particolare tossicodipendenti e malati mentali
2. gestione integrata socio-sanitaria delle prestazioni a favore dei disabili in età adulta
3. gestione integrata socio-sanitaria delle prestazioni a favore dei minori in condizione di disabilità e disagio
4. l'assistenza ai minori
5. la salute mentale
6. l'assistenza domiciliare integrata.

Il lavoro congiunto tra comparto sanitario e socio assistenziale ha mirato alla qualificazione e potenziamento della rete di risorse residenziali e semiresidenziali, promuovendo una pluralità di offerta a garanzia della facoltà di scelta dei cittadini nella corrispondenza con gli esiti delle competenti unità valutative.

Gli accordi sottoscritti definiscono le modalità operative dell'assistenza integrata e le modalità di accesso ai servizi e fanno parte del modo di lavorare e dell'organizzazione dei servizi sociali e di quelli sanitari. Si ritiene utile riproporli, quantomeno nelle parti più significative.

#### **PROTOCOLLO DI INTESA PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E LA GESTIONE COORDINATA ED INTEGRATA DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI A FAVORE DEI DISABILI IN ETÀ ADULTA**

#### **PROTOCOLLO DI INTESA PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E LA GESTIONE COORDINATA ED INTEGRATA DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI A FAVORE DEI MINORI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ E/O MENOMAZIONE, DISTURBO PSICHICO E RELAZIONALE, DISAGIO O RISCHIO PSICO – SOCIALE**

#### PROTOCOLLO DI INTESA PER LA GESTIONE COORDINATA ED INTEGRATA:

1. DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI PER LA TUTELA E L'ASSISTENZA DEI MINORI;
2. DEL SERVIZIO DI AFFIDO FAMILIARE;
3. DEL SERVIZIO DI MEDIAZIONE FAMILIARE;
4. DEL SERVIZIO DELLE ADOZIONI.

Vengono di seguito riportati per ciascuna area di intervento che attiene all'integrazione socio sanitaria, i servizi attivati ed i protocolli sottoscritti nel corso dell'anno 2007.

**Area Responsabilità familiare:** Pronto Intervento Sociale per donne vittime di violenza; protocollo d'intesa fra Comune di Brindisi, ASL ed ente privato per la gestione del Centro. Centro Antiviolenza; protocollo d'intesa fra Comune di Brindisi, ASL ed ente privato per la gestione del Centro.

Attività di sostegno alla genitorialità; protocollo d'intesa fra Comune di Brindisi, ASL servizio specifico Consultorio.

**Area Minori:** Prevenzione e tutela del maltrattamento/abbandono minorile.

Intervento su famiglie con minori: con disagio, disadattamento e devianza.

Interventi di tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza.

Pronto Intervento Sociale per minori vittime di violenza e/o a rischio d'incolumità psico-fisica.

Equipe integrata socio-sanitaria per affidamento familiare e adozione.

Servizio di mediazione e consulenza familiare.

Centro Antiviolenza;

**Area Anziani:** Prevenzione ed educazione a stili di vita sani.

Pronto Intervento Sociale per anziani. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Residenza Protette. Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA). PUA. UVM.

**Area Disabilità:** Pronto Intervento Sociale per disabili; Trasporto disabili; Soggiorni climatici; Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Centro diurno socio-educativo per disabili; Comunità socio-riabilitativa (Dopo di noi); PUA; UVM.

**Area Salute Mentale:** Prevenzione ed educazione alla salute mentale; Centro diurno terapeutico-riabilitativo; Gruppi appartamenti; Porta Unica d'Accesso; UVM.

**Area Dipendenze:** Prevenzione ed educazione a stili di vita sani; PUA; UVM.

Al fine di ottemperare agli obblighi di Legge i Comuni e la ASL hanno definito l'organizzazione della **Porta Unica d'Accesso** e dell'**Unità di Valutazione Multidimensionale**.

#### **La Porta Unica d'Accesso**

I Comuni dell'Ambito e la ASL hanno condiviso l'obiettivo strategico di un sistema unico di accoglienza della domanda in grado di offrire al cittadino simultaneamente tutta la gamma di opportunità offerta dalla rete locale dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Pertanto si è convenuto che tutti i punti di accesso del sociale (segretariato sociale, servizio sociale professionale, ecc.) e tutti i punti d'accesso sanitario (MMG, PLS, U.O., Poliambulatori, ecc.) faranno confluire le richieste (con apposita modulistica) sottese da bisogno socio-sanitario ad un unico collettore (PUA) che consenta un percorso assistenziale unitario ed integrato.

Ogni Comune ed ogni Distretto, avranno un'Assistente Sociale referente per l'integrazione socio-sanitaria (PUA) che si relazionerà con un medico del sistema sanitario costituendo l'equipe base dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

La Porta Unica d'Accesso ha i seguenti compiti:  
orientamento della domanda e strumento della programmazione dell'offerta;  
accoglimento della domanda;  
attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta;  
gestione dell'Agenda dell'UVM.

#### **Unità Valutativa Multidimensionale**

La valutazione multidimensionale del bisogno rappresenta la fase iniziale e prioritaria per la definizione di un progetto socio-sanitario personalizzato, con la relativa presa in carico del cittadino.

Essa è effettuata da un'equipe multiprofessionale (UVM) che ha il compito di leggere il bisogno socio-sanitario complesso.

Detta equipe è presente in ogni ambito distrettuale e può essere integrata di volta in volta da altri professionisti sulla base dell'istruttoria preliminare.

#### **L'U.V.M. svolge i seguenti compiti:**

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (valutazione di 2° livello, che fa seguito a quella di 1° livello già contenuta eventualmente nella "scheda di proposta per l'accesso");
- verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza;
- elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;
- procede alla dimissione concordata.

I Comuni e la ASL hanno adottato un regolamento interno per il funzionamento della U.V.M. e sono state costituite 4 UVM, una per Distretto.

91

### **3.1.1.e Attività di donazione e trapianto**

*"Le attività di trapianto di organi e tessuti costituiscono obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale".* In Italia i pazienti in lista d'attesa per un trapianto sono circa 10.000. Negli ultimi anni il numero delle donazioni è decisamente in aumento, ma l'offerta rimane ancora insufficiente. Nella classifica europea del 2007 l'Italia è al terzo posto dopo la Spagna e la Francia, ma nel nostro Paese si assiste purtroppo ancora una volta al divario tra nord e sud: la media nazionale è pari a 20,9 donatori effettivi per milione di abitanti, mentre la Puglia risulta con 9,2. Negli ultimi anni il Ministero della Salute, in collaborazione con le Associazioni di volontariato, ha promosso grandi campagne informative per sensibilizzare il cittadino e diffondere la cultura della donazione.

La Legge n. 91 del 1999 ha introdotto una grande innovazione: il diritto del cittadino di esprimere la propria volontà in merito alla donazione di organi e tessuti. Senza una volontà espressa in vita la decisione spetta ai familiari, con tutte le difficoltà che nascono in un momento così delicato e drammatico. La stessa legge ha inoltre spinto le ASL a dotarsi di un'organizzazione più efficiente, in collegamento con il Centro Nazionale Trapianti e con i Centri Regionali e Interregionali, introducendo due figure preposte allo svolgimento di attività specifiche in tema di trapianti: il Coordinatore ospedaliero per le attività di prelievo e trapianto (nell'Ospedale Perrino come unico ospedale della nostra ASL dotato di rianimazione) e il Coordinatore territoriale per la donazione, che operano in stretto contatto e collaborazione tra loro. Di seguito vengono elencate le attività dei due Coordinamenti per l'anno 2007.

### **Coordinamento ospedaliero prelievo e trapianto**

Le attività sono riferite alle funzioni principali di coordinamento dell'Equipé ospedaliera e di tutte le procedure attivate in caso di consenso al prelievo di organi, e della formazione e sensibilizzazione del personale sanitario ospedaliero.

- **Donazioni e attività di prelievo:** l'U.O di Rianimazione di Brindisi è dotata di sedici posti letto. Nel complesso sono stati eseguiti n. 11 accertamenti di morte di cui 4 esitati in prelievo multiorgano. Nel corso dell'anno sono stati eseguiti 2 prelievi di cornea.
- **Eventi formativi rivolti al personale interno:** Nel corso del 2007 è stato organizzato un corso di formazione sul tema "Il potenziale donatore e il prelievo multiorgano", destinato agli operatori sanitari in servizio presso il blocco operatorio e l'U.O. Anestesia e Rianimazione del P.O. Perrino, svoltosi in due edizioni il 7/12/07 e il 15/12/07.
- **Istituzione ed aggiornamento del registro on-line dei cerebrolesi:** regolarmente e mensilmente vengono inviati i dati richiesti dal CRR (Centro Regionale di Riferimento per i trapianti), riguardanti l'U.O. di Rianimazione del P.O " A. Perrino " di Brindisi.

### **Coordinamento territoriale donazione e trapianti**

Le attività sono riferite alle funzioni principali di informazione e sensibilizzazione della popolazione in materia di donazione e trapianto. Nello svolgimento dell'attività il Coordinatore si avvale della collaborazione di un funzionario dell'Ufficio Relazioni con Pubblico per l'attività di comunicazione e del responsabile dei Sistemi Informativi dell'UNES che cura le procedure di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di volontà al Centro Nazionale Trapianti.

### **Eventi culturali e divulgativi**

- **Istituti scolastici:** nell'anno sono stati effettuati incontri formativi in 13 scuole medie inferiori e superiori dei comuni di Brindisi, Ostuni, Ceglie M.ca, Francavilla F. Villa Castelli.
- **Associazioni di volontariato:** sono state incontrate le associazioni di volontariato presenti nel territorio (AIDO, ADMO, ANED, ATO, AVIS) per programmare iniziative comuni in occasione della settimana nazionale della donazione indetta dal Ministero della Salute per il mese di maggio. Con le stesse è stato anche condiviso il progetto – concorso "Il tuo modo donare la vita" di fotografia disegno, pittura, video, slogan, nato nell'ambito del Comitato Consultivo Misto aziendale.
- **Istituzioni ed altri Enti:** Incontro in Provincia con l'assessore provinciale ai Servizi sociali per concordare eventi formativi sulle donazioni con il coinvolgimento del personale dell'ente. Incontro con il Sindaco del Comune di Ceglie Messapica e con gli assessori alla Cultura e ai Servizi sociali per organizzare un evento divulgativo sul tema nell'ambito della Settimana nazionale della Donazione. Incontro con i vertici della società di Basket di Brindisi per organizzare una manifestazione in occasione della Settimana nazionale delle Donazioni (6-13 maggio 2007). Incontro con il Provveditore agli Studi di Brindisi al fine di programmare per l'anno scolastico 2007-2008 corsi di formazione e informazione per docenti e studenti delle ultime classi della scuola Media superiore sul tema della donazione.
- **Interventi su emittenti radiotelevisive:** Dibattiti sul tema, più volte replicati, sulle emittenti televisive locali TRCB e Studio 100, con la presenza di medici dell'Azienda, rappresentanti delle Associazioni di volontariato e persone che hanno subito un trapianto.
- **Eventi organizzati in occasione della settimana nazionale della donazione:** durante la partita dei play-off Serie A2 del campionato nazionale di Basket, nel Palasport di Brindisi è stato allestito uno stand allo scopo di fornire materiale divulgativo e offrire chiarimenti sul tema delle donazioni alle migliaia di tifosi che hanno preso parte all'evento sportivo. Evento divulgativo Donazione e Trapianto di Organi e Tessuti, presso il Centro Creativo per anziani del Comune di Ceglie Messapica con un concerto musicale.

- **Personale aziendale:** : Incontro formativo con i referenti dei Punti di raccolta delle dichiarazioni di volontà per un aggiornamento delle modalità di raccolta e catalogazione delle dichiarazioni espresse dai cittadini. Il breve corso si è reso necessario a causa del turn over del personale addetto allo specifico servizio.
- **Formazione ECM:** Il 24 novembre 2007, presso la sede dell'Ordine dei Medici a Brindisi, si è tenuta la 2° edizione dell'evento ECM su "Donazione e trapianto di organi e tessuti" rivolto ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta. All'evento hanno partecipato più di sessanta medici di famiglia della provincia di Brindisi con i quali la ASL promuove iniziative comuni.
- **Attività di informazione e comunicazione:** è stato aggiornato l'opuscolo "Donazione e trapianto ...per saperne di più" con la pubblicazione della 2° edizione. Durante l'anno è stato progettato e diffuso il materiale del I Concorso provinciale su donazione di organi e di sangue "Il tuo modo di donare la vita" fotografia, disegno, pittura, video, slogan, in collaborazione con le associazioni di volontariato.
- **Dichiarazioni di volontà:** La procedura di raccolta è stata avviata nel 2003. Presso le strutture aziendali (ospedali e distretti) sono stati attivati 17 punti di raccolta in 14 comuni della provincia. Al 2007 risultano presentate e registrate nella banca dati del Centro Nazionale Trapianti n. 574 dichiarazioni di volontà.

### 3.1.1.f Attività servizio 118

#### Organizzazione territoriale del 118 Brindisi

17 postazioni mezzi attive nella provincia di Brindisi, di cui 10 "Mike"

– medicalizzate (ALS):

- Brindisi-Perrino, Brindisi-Centro
- S. Pietro V.co, Mesagne, S. Vito dei N.
- Francavilla, Ceglie M., Ostuni, Fasano e Cisternino

7 "Victor" – non medicalizzate (BLSD):

- Brindisi-Porto, Sandonaci, Latiano, Torre S.S.
- Oria, Carovigno e Speciale (Fasano)

La Centrale Operativa 118 Brindisi ha gestito complessivamente **55334** chiamate di soccorso della provincia di Brindisi fornendo risposte operative adeguate alle necessità della richiesta sanitaria (consiglio medico telefonico, attivazione della Guardia Medica o attivazione dei mezzi di soccorso 118).

Sono stati quindi effettuati **20708** interventi di emergenza/urgenza con i mezzi di soccorso 118, con la seguente sintetica analisi di alcuni indicatori di attività:

	2006	2007	% su casistica totale 2007	Variazione ass	%
<b>1. Luogo dell'evento</b>					
interventi effettuati a "casa", presso il domicilio del chiamante	11.425	13.132	80,2	1.707	14,9
interventi effettuati sulla "strada"	3.128	3.233	19,8	105	3,4
<b>Totale</b>	<b>14.553</b>	<b>16.365</b>	<b>100,0</b>	<b>1.812</b>	<b>12,5</b>
<b>2. Patologie (più frequenti)</b>					
Trauma (incidenti stradali, domestici, infortuni sul lavoro ..)	4.165	4.223	40,2	58	1,4
Cardio-vascolare	4.598	4.712	44,9	114	2,5
Respiratorio	1.382	1.569	14,9	187	13,5
<b>Totale</b>	<b>10.145</b>	<b>10.504</b>	<b>100,0</b>	<b>359</b>	<b>3,5</b>

	2006	2007	% su casistica totale 2007	Variazione ass	%
<b>3. Codici di uscita dei mezzi di soccorso</b>					
Codice rosso	2.293	3.102	16,2	809	35,3
Codice giallo	13.726	14.684	76,9	958	7,0
Codice verde	1.026	1.318	6,9	292	28,5
<b>Totale</b>	<b>17.045</b>	<b>19.104</b>	<b>100</b>	<b>2.059</b>	<b>12,1</b>
<b>4. Codici di rientro (diagnosi sul luogo)</b>					
Codice 1 (forme lievi)	5.608	6.824	45,0	1.216	21,7
Codice 2 (forme gravi)	6.784	7.360	48,5	576	8,5
Codice 3 (funzioni vitali compromesse)	588	566	3,7	-22	-3,7
Codice 4 (deceduti sul luogo)	352	421	2,8	69	19,6
<b>Totale</b>	<b>13.332</b>	<b>15.171</b>	<b>100</b>	<b>1.839</b>	<b>13,8</b>
<b>5. Esito degli interventi</b>					
(previo trattamento medico sul luogo dell'evento con stabilizzazione delle condizioni cliniche dei pazienti e trasporto assistito)					
Trattamento medico sul luogo					
non seguito da trasporto in ospedale	5.709	6.283	30,3	574	10,1
Pazienti centralizzati allo Stabilimento					
Perrino-Brindisi	6.210	6.994	33,8	784	12,6
Pazienti centralizzati allo Stabilimento di Francavilla					
	2.157	2.596	12,5	439	20,4
Pazienti centralizzati allo Stabilimento di Ostuni					
	2.097	2.434	11,7	337	16,1
Altri Stabilimenti ospedalieri aziendali:					
Fasano	894	878	4,2	-16	-1,8
Mesagne	732	721	3,5	-11	-1,5
S. Pietro V.co	481	516	2,5	35	7,3
Ceglie M.	239	294	1,4	55	23,0
<b>Totale</b>	<b>18.519</b>	<b>20.716</b>	<b>100</b>	<b>2.197</b>	<b>11,9</b>

94

Tali dati documentano efficacemente la **centralizzazione** effettuata dal 118 Brindisi, vale a dire il trasporto assistito del paziente **all'ospedale per acuti più idoneo** in base alla patologia prevalente riscontrata sul luogo dell'evento.

Si ritiene opportuno a tale proposito sottolineare l'importanza della centralizzazione del 118 in alcune situazioni cliniche particolari, quale l'infarto del miocardio e il trauma maggiore:

- 1- Paziente con **dolore toracico** (possibile infarto cardiaco): il 118 garantisce il trattamento medico precoce sul luogo dell'evento e il trasporto assistito all'ospedale più idoneo per il trattamento farmacologico (trombolisi) o l'angioplastica primaria (UTIC di Brindisi). Il ricorso al mezzo proprio per il trasporto in ospedale di un paziente con dolore toracico è sconsigliato, in quanto una complicanza precoce dell'infarto miocardico è l'arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare (FV). Il **40%** dei pazienti con arresto cardiaco da FV è stato defibrillato con successo sul luogo dell'evento e giunto vivo "survived event" in ospedale. Prima dell'attivazione del 118 Brindisi tale sopravvivenza sul territorio era il 2%.
- 2- Paziente con trauma grave: è noto che il politraumatizzato non deve essere trasportato con mezzo proprio per evitare di aggravare (danno secondario) le lesioni provocate dal trauma (danno primario). Il 118 provvede a stabilizzare le condizioni cliniche dell'infortunato sul luogo dell'evento (intervento terapeutico precoce) e a trasportare il paziente in maniera "atraumatica" con l'utilizzo dell'estricatore, del collare cervicale e della tavola spinale all'ospedale adeguatamente attrezzato per la diagnostica (TAC) e per il trattamento terapeutico definitivo.



### 3.1.1.g Attività oncologiche

Obiettivo aziendale per l'anno solare 2007 è stato di creare un'Unità Operativa Complessa che assicurasse all'utenza un'oncologia medica basata sulla "medicina delle evidenze".

Per questo motivo tutti i casi clinici vengono discussi in una riunione di briefing settimanale che presuppone la discussione di tutti i nuovi casi che sono giunti dai vari canali (ambulatorio di prime visite e di follow-up, ambulatori in Libera Professione, ambulatori di prime visite con il SSN e personali di tutti i medici della unità e consulenze interne).

In ogni riunione di briefing vengono discusse le nuove diagnosi e tutte le progressioni di terapia (da 30 a 50 casi discussi a settimana) che richiedono nuove diagnosi, tutte le possibilità di arruolamento in studi clinici e di ricerca clinica attivati nella UOC, vengono discussi i comportamenti e le linee guida interne e viene dato allo staff tramite discussione la possibilità di avere un comportamento comune e di gruppo nei confronti delle problematiche dei pazienti.

Dai dati ottenuti dal servizio statistica e DRG del presidio ospedaliero Perrino si evince che nel 2006 sono stati trattati in regime di Day Hospital, dando pertanto luogo a DRG, 260 pazienti, nel 2007 i pazienti con accesso in Day Hospital oncologico sono stati 580, con un incremento numerico e di prestazioni superiore al 50%.

I dati del 2007 in termine di prestazioni totali raccolti dalla U.O.C. sono i seguenti:

Trattamenti settimanali	280
Trattamenti annuali	14.500
Visite di follow-up settimanali	100
Visite di follow-up annuali	5200
Prime Visite annuali (ogni regime)	1820

95

Nel 2006 il 95% delle prestazioni era stato effettuato su pazienti provenienti dal territorio dell'ASL BR, solo 2 pazienti con DRG provenienti dalla provincia di Taranto.

Il mix di pazienti dal marzo 2007 è profondamente cambiato (40% di pazienti provenienti dalle altre Province della regione Puglia) grazie al "referee" di pazienti provenienti anche dall'Istituto Europeo di Oncologia (IRCCS) di Milano e di altre prestigiose istituzioni Oncologiche Italiane ed Estere (Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Humanitas (IRCCS) di Milano, San Raffaele (IRCCS) di Milano, Fondazione Maugeri di Pavia, Oncologia e Ginecologia Oncologica di Monza, Policlinico P. A. Gemelli di Roma, Ospedale Sant'Andrea di Roma, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana di Bellinzona). Questa evoluzione ha permesso inoltre di far "rientrare" per eseguire terapie in loco circa 50 pazienti/mese che in altro contesto avrebbero preferito eseguire i trattamenti fuori regione.

Al momento il 40 % dei pazienti trattati e gestiti proviene dalle altre province e vi è una quota parte di pazienti, circa 50 in numero assoluto, in tutte le forme (viste ambulatoriali, trattamenti medici e follow-up) provenienti da fuori regione.

#### Radioterapia

L'U.O. di Radioterapia lavora in modo integrato con le altre discipline oncologiche attraverso collegamenti preferenziali e riunioni periodiche (Oncologia medica, Ematologia, Chirurgie, ecc).

La dotazione tecnologica consiste di due acceleratori lineari in grado di erogare radioterapia conformazionale, cioè radioterapia limitata ai volumi di interesse con risparmio dei tessuti sani. Viene inoltre praticata brachiterapia endocavitaria. È in via di installazione la tecnologia per eseguire la radioterapia stereotassica e, nell'ambito dei finanziamenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico è in programma l'ampliamento della palazzina all'interno dell'Ospedale Perrino e l'upgrade delle macchine per eseguire radioterapia ad intensità modulata, una versione più avanzata della radioterapia conformazionale.

Si elencano di seguito i principali dati di attività

#### **UO Radioterapia. Pazienti trattati per provincia di provenienza (2007)**

Provincia di Brindisi	463	71%
Provincia di Bari	141	21%
Provincia di Taranto	38	6%
Provincia di Lecce	11	2%
<b>Totale</b>	<b>653</b>	<b>100%</b>

#### **UO Radioterapia. Pazienti visitati per sedi tumorali (2007)**

Tumori della Testa e del Collo	42
Tumori dell'Apparato Digerente	43
Tumori del Torace	55
Tumori Ginecologici	43
Tumori della Mammella	320
Tumori della Cute e del Connettivo	14
Tumori Urologici	23
Tumori della Prostata	92
Tumori Ematologici	19
Tumori Sistema Nervoso	23
Tumori Metastatici	111
<b>Totale</b>	<b>784</b>

96

#### **Assistenza domiciliare oncologica**

Nel corso dell'anno 2007 è proseguito il progetto di Assistenza Domiciliare Oncologica messo in atto nel precedente anno; le modalità operative utilizzate per l'attivazione del servizio sono state organizzate secondo la logica incrementale.

L'attivazione dell'Assistenza Domiciliare oncologica, effettuata dalle associazioni di volontariato ANT e GNA secondo quanto sottoscritto nella convenzione, è supportata, in parte, dal finanziamento regionale.

Il progetto si è sviluppato attraverso le seguenti tappe:

#### **Sistematizzazione dell'attività domiciliare**

È stata attuata una sistematizzazione dell'attività di cura a domicilio secondo definizioni, obiettivi, destinatari e caratteristiche di impegno. Questa operazione ha dato origine al documento "procedure per l'assistenza domiciliare", approvato nell'aprile 2007.

All'interno del documento sono stati esplicitati, dichiarati e sistematizzati: le modalità di erogazione, la formulazione delle domande, il ruolo dell'Unità Operativa Distrettuale, le fasi operative dell'attivazione e dell'attuazione dell'Assistenza Domiciliare, le responsabilità, i tipi di intervento, la documentazione relativa.

### **Definizione delle caratteristiche di qualità dell'assistenza domiciliare oncologica**

Al fine di raggiungere il miglior livello di assistenza erogabile a domicilio del paziente sono state individuate le caratteristiche che deve avere la cura a domicilio del paziente. Gli interventi infatti devono rispondere ai seguenti requisiti :

- appropriati (erogazione delle prestazioni veramente utili)
- equi ( in relazione alle necessità)
- accessibili (possibilità di usufruirne per tutti coloro che ne hanno bisogno)
- tempestivi
- adeguati ( pari opportunità di accesso al servizio)
- sicuri
- integrati
- accettabili per malati e famiglie
- efficaci per la salute e/o la qualità di vita
- efficienti dal punto di vista operativo ed economico

### **Individuazione degli strumenti per il raggiungimento delle caratteristiche**

Una volta definite le caratteristiche sono stati individuati gli strumenti per il loro raggiungimento, al fine di:

- a) assicurare la qualità dell'intero processo e di tutta l'organizzazione;
- b) registrare tempestivamente tutte le informazioni che servono per monitorare la qualità in modo da consentire l'adozione delle misure migliorative del caso;
- c) favorire l'integrazione del Servizio con le strutture ospedaliere per definire le modalità di dimissione protetta del paziente;
- d) favorire l'integrazione del Servizio con la singola famiglia che sceglie di assistere a domicilio il proprio congiunto.

Per l'Assistenza Domiciliare Oncologica non esistono ancora standard validati. Sono stati comunque fissati gli standard a cui si vuole tendere: l'obiettivo è di arrivare a curare a casa il 70% del numero di casi registrati nell'anno precedente. Tale percentuale potrà essere aumentata quando potrà essere garantita ai pazienti ed ai familiari la possibilità di trasferimento dell'ammalato nella struttura più adeguata ai bisogni (l'hospice).

Nel corso dell'anno 2007 è stata garantita l'assistenza a 789 utenti, di cui 414 sono deceduti a domicilio e 34 sono deceduti in ospedale; al 31/12/2007 risultavano essere in carico n.287 utenti.

<b>Distretto</b>	<b>Utenti anno 2006</b>	<b>Utenti anno 2007</b>
Distretto brindisi	168	185
Distretto fasano	156	191
Distretto di francavilla	196	211
Distretto mesagne	184	202
<b>totale</b>	<b>704</b>	<b>789</b>

### 3.1.1.h Prenotazioni

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture ospedaliere o distrettuali della provincia e dalle strutture convenzionate con la ASL BR, è garantito attraverso le seguenti modalità:

- SPORTELLI CUP: 51 postazioni presenti nelle strutture sanitarie (ospedali e poliambulatori, in 16 comuni della provincia;
- FARMACUP: prenotazioni presso 96 farmacie della provincia (su 103 presenti) durante l'intero orario di apertura;
- CALL CENTER (Numero Verde 800888388): prenotazioni telefoniche nella fascia oraria 8.00 -19.00 dal lunedì al venerdì.

Il servizio, grazie al collegamento in rete, permette di prenotare visite ed esami in tutti gli ospedali e ambulatori pubblici e convenzionati della provincia di Brindisi senza l'obbligo di recarsi presso lo sportello della struttura preferita.

Per prenotare è necessario avere la richiesta del medico curante completa di codice fiscale.

Il numero verde gratuito 800888388 può essere utilizzato anche per spostare o cancellare prenotazioni, oppure per avere informazioni sulla visita già prenotata (giorno, ora, luogo).

Non vengono prenotate tramite CUP alcune prestazioni ad accesso diretto:

- le analisi di laboratorio;
- i cicli di fisioterapia, oncologia e radioterapia;
- le prestazioni erogate dai consultori familiari, dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NIAT) e dai centri di salute mentale;
- le prestazioni che rientrano nei programmi di screening.

Per conoscere i tempi di attesa prima di effettuare la prenotazione un messaggio pre-registrato del Call Center indirizza l'utente a due numeri telefonici dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico che danno informazioni in tempo reale, mentre sono aggiornati mensilmente sul sito aziendale [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it) nello spazio dedicato al Servizio Prenotazioni. Nel periodo gennaio - dicembre 2007 il Call Center ha registrato un traffico totale pari a 104.669 telefonate per una media mensile di 8.722 contatti ed una giornaliera di 418 contatti. Sul volume complessivo di attività non si registrano particolari variazioni rispetto all'anno 2006.

Analizzando i dati in dettaglio si riscontra un aumento delle prenotazioni effettuate (48%) rispetto a quelle non effettuate, segno anche di un utilizzo più puntuale e corretto del servizio da parte degli utenti (es. circa le modalità di prenotazione telefonica). Ancora più importante e significativo è l'aumento costante delle telefonate per le disdette in caso di impossibilità ad effettuare la visita nel giorno prenotato, se si tiene conto che nel 2005 la media era pari al 12%, nel 2006 il 17% e nell'anno esaminato è pari al 21% circa. La tempestiva comunicazione della disdetta consente di riutilizzare l'appuntamento per un altro utente e contribuire a ridurre i tempi di attesa.

Si rileva una lieve variazione nella fascia oraria di utilizzo del Servizio, ma rimane ancora alta la concentrazione di telefonate effettuate dagli utenti dalle 8.00 alle 13.00 (70%), con un traffico ridotto nelle ore pomeridiane (il 30% dalle 13.00 alle 19.00).

Nonostante l'indubbio vantaggio offerto dal servizio telefonico riguardo la modalità di prenotazione scelta dall'utente si conferma una forte preferenza per il contatto diretto. Infatti, anche se rispetto al 2006 è in lieve calo il numero delle prenotazioni effettuate allo sportello, è in aumento l'utilizzo delle farmacie, mentre rimane pressoché invariato il numero degli utenti che si rivolge al call center.

Il volume delle prenotazioni effettuate nell'anno 2007 complessivamente tramite sistema CUP è pari a 489.480, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente.

Le prestazioni erogate negli ospedali e nei distretti socio-sanitari e strutture territoriali sono 2.758.590, 134.875 in più rispetto al 2006. La distribuzione delle prestazioni erogate tra ospedali e strutture territoriali rimane invariata.

### Dati attività call center anno 2007

Periodo	prenotazioni		p. non effettuate*		informazioni*		disdette		totale
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.
Gennaio	5.031	62,69	2.293	28,57	1.317	16,41	2.180	27,17	10.821
Febbraio	4.780	59,82	1.782	22,30	1.027	12,85	2.138	26,76	9.727
Marzo	5.104	54,54	2.195	23,45	1.172	12,52	2.345	25,06	10.816
Aprile	3.966	60,24	1.669	25,35	919	13,96	1.866	28,34	8.420
Maggio	4.703	51,93	1.800	19,88	1.065	11,76	2.075	22,91	9.643
Giugno	4.325	51,54	1.667	19,86	843	10,05	1.931	23,01	8.766
Luglio	3.478	46,84	1.407	18,95	747	10,06	1.403	18,90	7.035
Agosto	2.890	47,06	1.267	20,63	626	10,19	1.046	17,03	5.829
Settembre	4.220	43,00	1.461	14,89	819	8,34	1.641	16,72	8.141
Ottobre	4.960	46,66	2.047	19,26	977	9,19	1.933	18,18	9.917
Novembre	4.386	40,39	2.264	20,85	929	8,56	1.762	16,23	9.341
Dicembre	2.970	41,15	1.373	19,02	544	7,54	1.326	18,37	6.213
<b>Totale</b>	<b>50.813</b>	<b>48,55</b>	<b>21.225</b>	<b>20,28</b>	<b>10.985</b>	<b>10,49</b>	<b>21.646</b>	<b>20,68</b>	<b>104.669</b>

Fonte: Elaborazione URP su dati aziendali

Nota 1) Prenotazioni non effettuate: utente senza richiesta del medico, richiesta di prestazioni ad accesso diretto, tempi di attesa troppo lunghi, agende temporaneamente non disponibili.

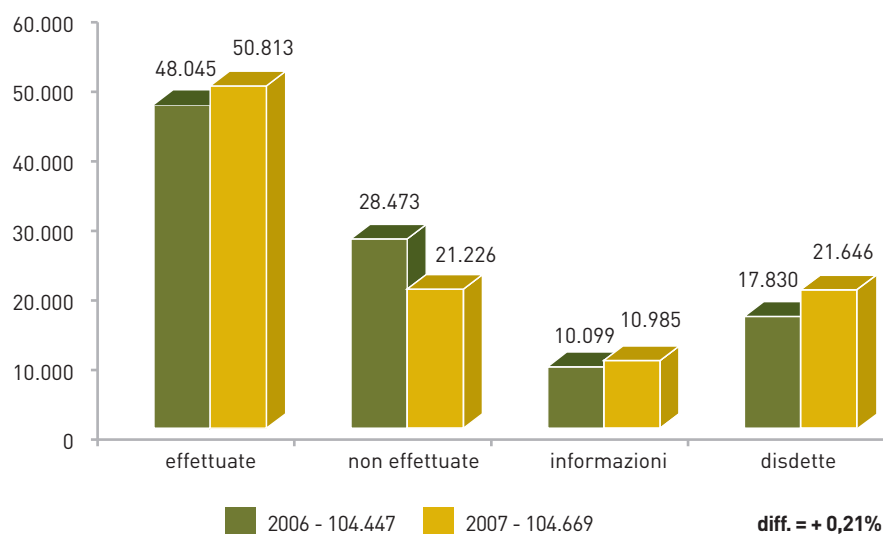
Nota 2) Informazioni: sui servizi aziendali, sui tempi di attesa, su visita già prenotata, su modalità di pagamento.

	2006	2007
media mensile traffico	8.704	8.722
media giornaliera traffico	418	415

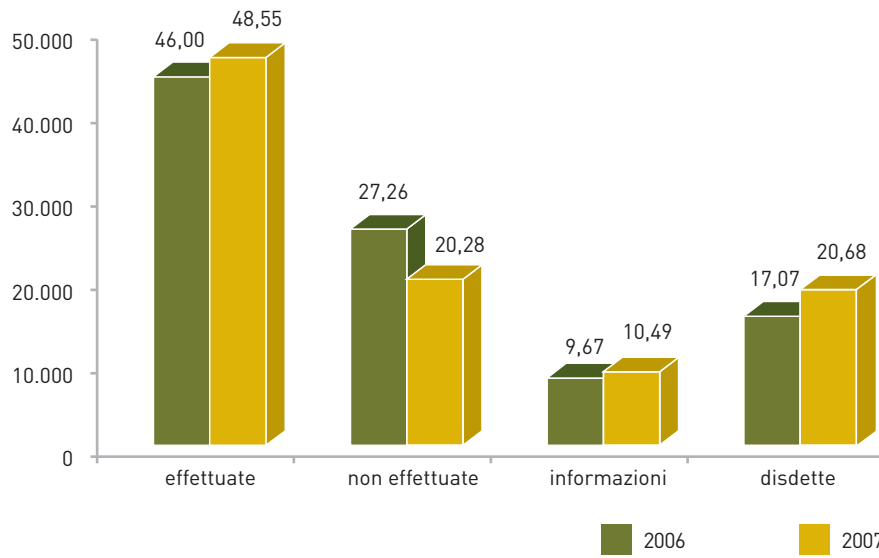
utilizzo per fasce orarie	2006	2007
8.00 - 13.00	73,34%	70,16%
13.00 - 19.00	26,66%	29,84%

99

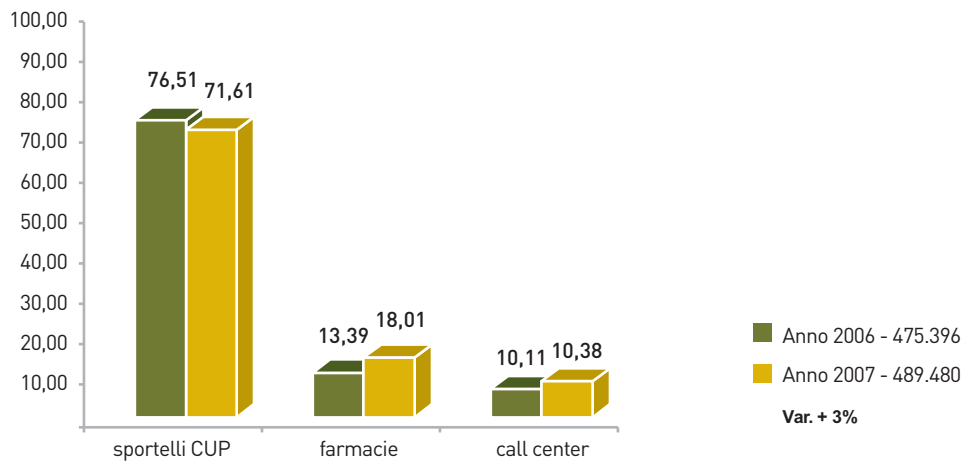
### Attività call center. Confronto anno 2006-2007 totale (valori assoluti)



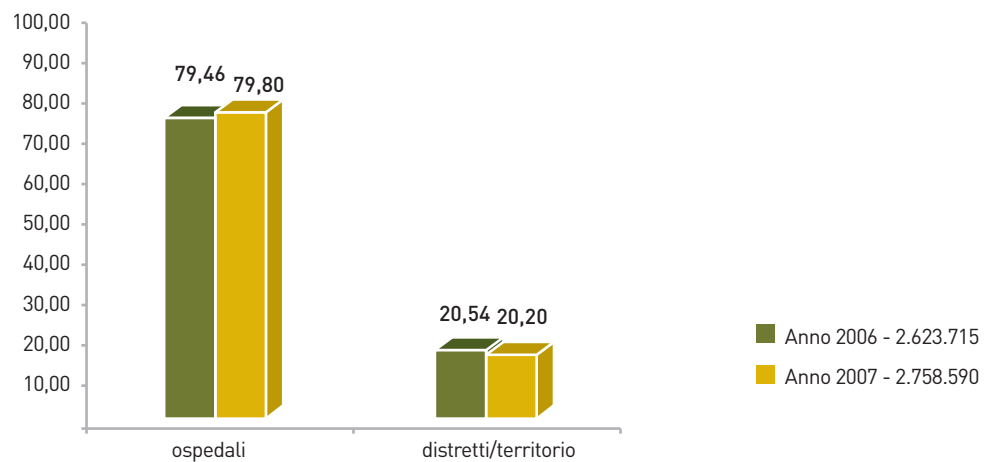
**Attività call center. Confronto anno 2006-2007 totale (valori%)**



**Prenotazioni effettuate. Valori % modalità di prenotazione. Confronto 2006-2007**



**Prestazioni erogate. Valori % per struttura. Confronto 2006-2007**



### 3.1.1.i Liste d'attesa

Tale complessa problematica è da alcuni anni oggetto di attenzione particolare da parte di questa Azienda. Sono due le principali "leve" sulle quali indirizzare l'analisi ed avviare le conseguenti iniziative:

#### A) Governo dell'offerta

Nel quadro della problematica dell'abbattimento dei tempi d'attesa, il Governo Regionale ha confermato e ribadito l'obbiettivo di abbattimento, entro i limiti temporali fissati dalla DGR 68/2006, delle prestazioni a suo tempo individuate come "ad alta criticità erogativa" e contenute nell'elenco qui di seguito allegato.

La determinazione Giuntale ha posto infatti come criterio per la valutazione dell'operato dei Direttori Generali le azioni poste in essere per il razionale approccio alla problematica dell'abbattimento dei tempi d'attesa.

Ben si comprende pertanto come l'Azienda tenga in particolare rilevanza il raggiungimento dell'obbiettivo dell'abbattimento dei tempi d'attesa.

Fatta questa importante premessa dall'analisi dei dati relativi all'anno 2007 si rileva come, accanto a tempi d'attesa fluttuanti, in relazione alla disponibilità di attrezzature e personale, si registra un progressivo e quasi "esponenziale" aumento del numero degli utenti in attesa, vale a dire di soggetti che progressivamente prenotano la determinata prestazione. Il numero delle prestazioni complessive rese negli anni 2005-2006 e 2007 da tutte le strutture Aziendali registra infatti un uniforme incremento rispetto all'anno precedente.

Tutto ciò non può che confermare la complessità delle variabili che regolano il mercato in Sanità, laddove ad un aumento dell'offerta non sempre corrisponde una parallela diminuzione della domanda.

Per parlare di offerta, nel nostro caso, riteniamo sia utile descrivere i principali "strumenti" di tale variabile, vale a dire la dotazione di personale e di attrezzature tecnologiche.

A tale proposito, per garantire le prestazioni diagnostiche descritte, l'Azienda dispone della seguente dotazione strumentale così distribuita tra le diverse strutture aziendali:

73 ecografi:

- 27 allo Stab. Ospedaliero "Di Summa-Perrino"
- 9 allo Stab. Ospedaliero di Francavilla
- 6 allo Stab. Ospedaliero di Ostuni
- 10 Stab. Ospedaliero Spietro,
- 6 Stab. Ospedaliero Fasano
- 5 Stab. Ospedaliero Ceglie
- 1 Stab. Ospedaliero Cisternino
- 2 Distretto S.S. di Mesagne
- 6 Distretto S.S. di Brindisi
- 1 Distretto S.S. di Francavilla F.

7 mammografi:

- 2 al Presidio Ospedaliero Perrino-Brindisi
- 1 allo Stabilimento di San Pietro V.co
- 2 al Distretto S.S. di Brindisi
- 1 allo Stabilimento Ospedaliero di Ceglie
- 1 al Presidio Ospedaliero di Ostuni

4 T.A.C.:

- 2 al Presidio Ospedaliero Perrino-Brindisi
- 1 al Presidio Ospedaliero di Ostuni
- 1 al Presidio Ospedaliero di Francavilla

1 R.M.N.

- al Presidio Ospedaliero Perrino-Brindisi

Per il funzionamento di queste attrezzature si dispone di 33 radiologi (inclusi i Primari) che devono garantire, oltre alla normale attività di supporto ai reparti di degenza, anche la richiesta della popolazione residente.

La riorganizzazione dell'attività nelle principali branche specialistiche (es. Radiologia e Cardiologia) non può prescindere, tuttavia, dall'acquisizione di nuove figure professionali, ciò in considerazione della nota carenza di personale esistente nella pianta organica; solo attraverso la copertura dei posti previsti si potrebbe ipotizzare una variazione dell'organizzazione.

Ferma intenzione della ASL BR è, comunque, quella di orientare l'offerta di prestazioni sul territorio, attraverso opportune iniziative di potenziamento e riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri minori, permettendo ai Presidi Ospedalieri di "concentrarsi" sulle attività di ricovero, nell'ottica di una maggiore appropriatezza e razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Sulla base dello studio dei tempi d'attesa, della dotazione strumentale e delle risorse umane disponibili sono stati intrapresi programmi di acquisto di prestazioni in regime libero-professionale da parte dei dirigenti medici interessati, per l'esecuzione di prestazioni da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio. Tale iniziativa si è resa necessaria previa la verifica dei carichi di lavoro e dell'effettivo utilizzo delle apparecchiature a tecnologia pesante che prevedono un utilizzo dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni feriali, sabato incluso.

Per ciò che riguarda, invece, l'attrezzatura ecografica è stata effettuata preliminarmente un'analisi sull'effettivo numero di esami, per interni e per esterni, erogati dalla singola attrezzatura, questo per scoprire eventuali "sacche di sottoutilizzo" dello strumentario, solo successivamente si è proceduto alla contrattazione vera e propria.

A tale scopo la Direzione Generale aveva già definito, per ciascuna delle prestazioni diagnostiche e per ciascuna struttura erogante, il volume di attività da erogare in orario istituzionale ed ha proposto infine il volume di attività da acquistare con gli attuali strumenti contrattuali a cui ha poi corrisposto una predefinita allocazione di risorse finanziarie.

Il volume delle attività da acquistare è stato fissato sulla base della stima delle prestazioni necessarie a riportare il tempo d'attesa nei limiti stabiliti dalla vigente normativa<sup>1</sup> e sulla base dei parametri imposti dalla Regione.

Accanto alla programmazione generale, l'Azienda ha anche sviluppato attività collaterali "propedeutiche" alla più razionale analisi ed approccio alla tematica:

- acquisto di prestazioni di sedute emodialitiche da parte dei dirigenti medici nefrologi e personale infermieristico; tale iniziativa, pur non essendo inclusa tra quelle concordate con il gruppo di studio regionale, si è resa necessaria una volta verificata la saturazione dei posti-rene locali e degli indici di fuga degli utenti verso le strutture viciniori;
- trasferimento, su domanda, di alcuni dirigenti medici, in possesso degli specifici requisiti, dalle strutture Ospedaliere ai Distretti SS.SS. con il compito precipuo di stornare la domanda di prestazioni dalle strutture di ricovero;
- Sdoppiamento delle agende, in prima visita e controllo, per le seguenti branche: Neurologia, Allergologia, Cardiologia, Diabetologia, Oculistica, Pneumologia, Endocrinologia; tale procedura ha permesso una effettiva "pulizia" delle agende occupate, da prestazioni omnicomprendenti che non rendono quindi ragione dell'effettivo tempo d'attesa per la specifica prestazione che viene calcolato, com'è noto, sulle prime visite e non sui controlli;
- accordi con le Organizzazioni Sindacali sulla remunerazione al personale di comparto, per le prestazioni aggiuntive di supporto al medico in libera-professione;
- bozza di accordo con le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni radiologiche ed ecografiche quale integrazione dei contratti annuali predisposti.



A tale proposito è da rilevare come attualmente tutte le strutture private accreditate insistenti sul territorio siano confluite nel CUP centralizzato aziendale, permettendo al cittadino una più ampia possibilità di scelta verso la struttura che offre tempi d'attesa più brevi.

### **B) Governo della domanda**

L'Azienda ha sviluppato un progetto di definizione dei criteri di priorità clinica per le attività di ricovero e le prestazioni ambulatoriali.

A questo fine è stato nominato un gruppo tecnico di studio con il compito di redigere ed approvare, tra l'altro, linee-guida e disciplinari tecnici atti a regolamentare tale complessa materia.

Fanno parte del gruppo di lavoro, oltre a rappresentanti dell'Azienda, anche rappresentanti delle sigle sindacali degli specialisti ambulatoriali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

Per quanto riguarda l'evoluzione dell'abbattimento dei tempi di attesa, compito precipuo del gruppo di lavoro è stato quello di definire percorsi che prevedano livelli di priorità che, concordati con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli specialisti di branca, possano consentire una più razionale prescrizione con l'individuazione delle urgenze ed evitare gli sprechi attraverso un'incongrua prescrizione di esami superflui. I criteri di priorità, identificati con i tre livelli definiti "alta", "intermedia" e "bassa", cui vengono assegnati tempi massimi di attesa considerati clinicamente ottimali per la salute del cittadino, dovrebbero garantire al cittadino il rispetto di tempi congrui, oltre che per l'urgenza, anche per la patologia cardiovascolare, la patologia neoplastica e la patologia di alta specialità, che devono necessariamente rientrare nei livelli di priorità alta ed intermedia con tempi massimi di attesa fino a 30 giorni. Tutti i quadri clinici identificati come a bassa priorità dovrebbero trovare un indirizzo di soddisfazione in tempi non lunghi nell'ambito della capacità di offerta sanitaria dell'Azienda e comunque contenuti nei limiti fissati dalla già citata norma Regionale.

Tutte le iniziative fin qui descritte sono culminate con l'adozione del Piano Aziendale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA) per il triennio 2006-2008. Il Piano, elaborato in ossequio alle disposizioni regionali, recepisce i tempi massimi di attesa determinati dalla Giunta Regionale, dettando altresì disposizioni in merito alla sospensione temporanea delle agende nonché alle agende dei ricoveri programmati.

È opportuno, infine, evidenziare come l'importanza della problematica da affrontare, unita alle limitate risorse tecnologiche e di personale a disposizione, abbia portato necessariamente la Direzione a ponderare e valutare attentamente ogni singola iniziativa da avviare. Il percorso intrapreso appare comunque efficace e si ritiene che lo stesso possa portare ai risultati auspicati.

## ASL BR - Prestazioni concordate con Regione Puglia

CUP AZIENDALE Prestazioni con tempi di attesa in riferimento ai centri ed alle sedi di erogazione

codice	descrizione prestazione	giorni di attesa (media 2° e 5° app.)			utenti in attesa			numero prestazioni		
		10-01-06	12-02-07	Diff. 07-06	10-01-06	12-02-07	Diff. 07-06	2006	2007	Diff. 07-06
88735	eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	49	76	27	1.273	2.028	755	7.117	9.251	2.134
88772	eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale	48	68	20	1.140	1.618	478	7.281	9.328	2.047
88723	ecocolor Dopplergrafia cardiaca	93	78	-14	392	575	183	2.159	3.167	1.008
88722	ecodopplergrafia cardiaca	75	75	1	281	266	-15	1.660	1.983	323
88761	ecografia addome completo	77	64	-13	416	533	117	2.971	3.437	466
88721	ecografia cardiaca	86	66	-19	1.315	1.477	162	6.933	7.746	813
88751	ecografia dell' addome inferiore	76	58	-19	485	552	67	3.699	3.554	-145
88741	ecografia dell' addome superiore	74	55	-19	1.101	1.336	235	10.494	11.340	846
R3201	elettromiografia - test della sindrome del tunnel carpale	105	39	-66	93	71	-22	38	46	8
93081	elettromiografia semplice [emg]	248	75	-173	454	429	-25	2.695	3.108	413
9502	esame complessivo dell'occhio	56	67	11	5.363	5.248	-115	21.229	22.974	1.745
87441	radiografia del torace di routine, nas	55	40	-16	701	547	-154	9.538	10.141	60
88911	rmn) del cervello e del tronco encefalico	90	105	15	77	70	-7	226	280	54
88912	rmn) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	90	105	15	284	421	137	1.187	1.297	110
88913	rmn) del massiccio facciale	90	161	71	1	7	6	14	33	19
88914	rmn) del massiccio facciale, senza e con contrasto	90	161	71	8	35	27	172	199	27
8893	rmn) della colonna	183	206	23	14	282	268	1.383	1.073	-310
88931	rmn) della colonna, senza e con contrasto	183	161	-22	95	384	289	867	1.097	230
88952	rmn) dell'addome superiore, senza e con contrasto	76	161	85	8	20	12	80	97	17
8703	tc) del capo	99	87	-12	40	35	-5	561	773	212
87031	tc) del capo, senza e con contrasto	94	62	-32	232	127	-105	1.499	1.340	-159
88903	tc) del rachide e dello speco vertebrale	82	123	41	25	43	18	528	471	-57
88016	tc) dell' addome completo, senza e con contrasto	94	102	7	195	244	49	1.625	1.859	234
8913	visita neurologica	54	63	9	1.239	1.189	-50	8.223	7.488	-735
R027	visita spec. allergologia	94	35	-58	916	1.257	341	6.603	7.444	841
R002	visita spec. cardiologia	44	51	7	3.175	3.176	1	18.925	19.893	968
R005	visita spec. chirurgia vascolare	6	15	9	209	397	188	4.464	4.942	478
R022	visita spec. diabetologia	48	38	-11	468	773	305	2.707	2.828	121
R1904	visita spec. dietologia obesità diabete controllo	49			72			420	426	6
R006	visita spec. endocrinologia	118	73	-45	538	1.264	726	4.642	5.521	879
R035	visita spec. neurochirurgia	148	207	59	183	277	94	544	534	-10
R015	visita spec. ortopedia e traumatologia	24	40	16	1.234	1.877	643	26.066	26.429	363
R017	visita spec. pneumologia	27	27	0	469	471	2	6.549	6.401	-148
	<b>Totale</b>				<b>22.496</b>	<b>27.029</b>	<b>4.533</b>	<b>163.099</b>	<b>176.500</b>	<b>13.401</b>

Fonte: Elaborazione UCG su dati aziendali

### 3.1.1.1 Obiettivi di piano

L'art.1 della legge 662/1996 prevede la possibilità di vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 individuava gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, in coerenza ai programmati livelli di assistenza. In particolare il PSN 2003-2005 individuava dieci obiettivi da raggiungere per realizzare la strategia del cambiamento, individuando, successivamente le seguenti aree prioritarie di attuazione (tabella 1.0) e la Regione Puglia elaborò il programma regionale di attuazione, definendo le modalità di utilizzo delle quote assegnate.

Tabella 1.0

Area di intervento	Descrizione sintetica dei progetti della Regione Puglia
1. Sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza;	a. Integrazione socio sanitaria ex L.R. 17/03; b. Realizzazione di percorsi integrati fra le Aziende Sanitarie, Istituti ed Enti per interventi a favore di soggetti fragili; c. Implementazione rete CUP, integrazione dotazioni tecnologiche e abbattimento delle liste d'attesa; d. Linee guida e percorsi diagnostici terapeutici in oncologia
2. Cure primarie	a. Informatizzazione ambulatori medici; b. Implementazione rete servizi territoriali (RSA, Ospedali di comunità, ambulatori e distretti).
3. Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;	a. Implementazione ADI e ADP b. Proseguo progetto ospedalizzazione domiciliare c. Completamento rete cure palliative
4. Centri di eccellenza	a. valorizzazione e prosieguo delle esperienze di collegamento in rete dei centri di alta complessità con utilizzo delle telemedicina quale attività di supporto alla rete ospedaliera; b. creazione di relazioni funzionali fra i centri utilizzando protocolli condivisi.
5. Comunicazione istituzionale	a. piano di comunicazione istituzionale per corretta informazione ai cittadini sul sistema sanitario e l'accessibilità ai servizi; b. ampliamento programmi di educazione a corretti stili di vita (lotta al tabagismo e altre dipendenze, educazione alimentare e promozione dell'esercizio fisico). c. programmi di diagnosi precoce.

La concreta realizzazione dei suddetti programmi è affidata all'ARES Puglia e alle singole Aziende Sanitarie pugliesi. Con riferimento a tali programmi, la Giunta regionale pugliese, per l'anno 2004 ha emanato la delibera 1582/2004 ad oggetto "Programma di utilizzo delle quote vincolate agli obiettivi del PSN 2003-2005. Relazione attività anno 2003. Progetti di Piano per l'anno 2004" con la quale si definivano nel dettaglio i singoli progetti che le aziende sanitarie pugliese dovevano avviare e le somme a quest'ultime assegnate. Per l'ASL BR fu stanziata inizialmente la somma di euro/000 8.786, successivamente rideterminata in euro/000 6.872 (il 78,21% dell'importo inizialmente stanziato) per un valore da ascrivere alla competenza del 2007 pari ad euro/000 2.636.

Nella tabella 1.1 si riportano i singoli progetti assegnati all'ASL BR, le somme stanziata dalla Regione Puglia, quelle erogate e lo stato di utilizzo delle stesse

Tabella 1.1

Progetto	A) Stanziamento iniziale	B) Somme rideterminate	C) somme di competenza 2007 (pari al 30% di A)	D) costi sostenuti nel 2007	% di utilizzo delle somme di competenza 2007
Implementazione dell'attività del luogo di osservazione delle strutture di medicina e chirurgia e d'urgenza	671	525	201	15	7,4
Implementazione delle attività relative allo studio ed al controllo del rischio clinico	424	332	127	3	2,1
Implementazione dell'attività delle residenze sanitarie per cure pagliative	531	415	159	118	74,1
Attivazione del flusso informativo corrente per la gestione dell'assistenza nelle residenze sanitarie	152	119	46	0	0,0
Miglioramento organizzativo del distretto	599	468	180	57	31,7
Implementazioni delle attività riabilitative domiciliari	297	233	89	0	0,0
L'ospedale di comunità quale risposta assistenziale anche per le aree non urbane ed ambito di integrazione dei medici di medicina generale con altre figure dell'ospedale e del territorio	299	234	90	52	58,0
Implementazione dell'attività di ospedalizzazione domiciliare	222	173	66	33	49,1
Assistenza domiciliare per pazienti affetti da fibrosi cistica	150	117	45	15	33,0
Assistenza domiciliare per pazienti oncologici	328	256	98	98	100,0
Potenziamento della rete integrata per la non autosufficienza	595	465	178	96	53,9
Promozione della definizione dei programmi delle attività territoriali distrettuali e loro attuazione nelle realtà dove non sono stati definiti	172	135	52	65	126,3
Verifica costante della qualità dell'assistenza erogata dalla rete integrata dei servizi sanitari e sociali	193	151	58	99	170,2
Organizzazione e collegamento dei centri di eccellenza	595	465	178	23	12,8
Potenziamento e qualificazione delle strutture ospedaliere per l'assistenza oncologica	1.094	856	328	135	41,2
Programma di controllo e prevenzione delle malattie da enteropatogeni	300	235	90	33	36,2
Sviluppo della funzione dipartimentale relativa alle attività di medicina fisica e riabilitazione	691	541	207	8	3,8
Supporto in sede aziendale ai programmi di educazione alla salute	97	76	29	50	173,3
Implementazione dei processi educativi e informativi nel campo delle malattie genetiche	169	132	51	0	0,0
Potenziamento delle attività di prevenzione oncologica	152	119	46	0	0,0
Potenziamento delle attività di prevenzione nefrologica	76	59	23	17	73,1
Comunicazione per i paziente oncologici	603	471	181	192	106,4
Prevenzione delle complicanze del diabete	227	177	68	36	52,8
Implementazione delle attività vaccinali	152	119	46	0	0,0
<b>Totali</b>	<b>8.786</b>	<b>6.872</b>	<b>2.636</b>	<b>1.144</b>	<b>43,4</b>

106

Successivamente, per l'anno 2005, la Giunta regionale pugliese ha emanato la Delibera 369/2006 ad oggetto "programma di utilizzo delle quote anno 2005 vincolate agli obiettivi del PSN 2003-2005. Intesa Stato - Regioni n. 2476 del 09.02.2006". con la quale si definivano nel dettaglio i singoli progetti che le aziende sanitarie pugliesi dovevano avviare nel 2005 e le somme a quest'ultime assegnate.

All'ASL BR per la realizzazione dei progetti fu stanziata la somma di euro/000 4.081; la somma erogata nel 2007 è stata pari ad euro/000 1.086.

Nella tabella 1.2 si riportano i progetti attivati dall'ASL, le somme stanziolate dalla Regione Puglia, quelle erogate e quelle utilizzate nel 2007.

Tabella 1.2

Progetto	Stanziamen- to regionale	Somme ricevute nel 2007	Costi sostenuti nel 2007	% di utilizzo delle somme ricevute
Ulteriore implementazione delle attività relative allo studio ed al controllo del rischio clinico	113	34	30	88,6
Implementazione delle attività degli uffici di formazione	164	0	0	0,0
Prevenzione delle patologie orali	150	45	0	0,0
Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva in ospedale	161	48	0	0,0
Sviluppo delle forme evolutive di associazione	213	64	0	0,0
Integrazione ospedale-territorio per malattie renali croniche ed ipertensione arteriosa	176	53	0	0,0
Prevenzione dell'ictus cerebrale	298	0	0	0,0
Implementazione dell'assistenza domiciliare per pazienti oncologici	164	49	49	100,0
Sostegno ai pazienti oncologici	1.429	429	0	0,0
Accoglienza ospedaliera per disabili gravi	651	195	0	0,0
Partoanalgesia	563	169	0	0,0
<b>Totale</b>	<b>4.081</b>	<b>1.086</b>	<b>79</b>	<b>7,3</b>

Sempre nel corso del 2005 la Giunta regionale pugliese ha emanato il piano regionale della prevenzione (D.G.R. 824/2005) con la quale si definivano i singoli progetti che le aziende sanitarie pugliesi dovevano avviare e le somme a quest'ultime assegnate. In particolare, la Regione Puglia ha stabilito che nel provvedimento relativo al DIEF, per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, di vincolare la quota a carico della Regione per l'attuazione del piano della prevenzione, ammontante ad euro/000 13.906. Per la realizzazione dei progetti è stata erogata nel 2007 all'ASL BR la somma di euro/000 752. Nella tabella 1.3 si riportano i progetti attivati dall'ASL, le somme ricevute e l'utilizzo delle stesse nel 2007.

Tabella 1.3

Progetto	(valori in euro/000)		
	Somme ricevute nel 2007	Sostenuti nel 31.12.2007	% di utilizzo delle somme erogate
Screening cervice uterina	172	44	25,5
Screening carcinoma mammario	153	8	5,5
Piano vaccinazione	146	49	33,3
Infortuni luoghi di lavoro	74	2	2,7
Screening colon retto	177	0	0,0
Piano obesità	30	27	88,9
<b>Totale</b>	<b>752</b>	<b>129</b>	<b>17,2</b>

Si precisa che tutti i progetti sopra menzionati sono stati avviati nel triennio 2005-2007 ed sono tuttora in corso di realizzazione e continuano a generare effetti anche per l'anno 2008. Lo stato d'avanzamento dei progetti risente del ritardo con il quale l'ASL BR ha ricevuto i finanziamenti.

## 3.1.2 Anziani



Gli anziani sono un importante target del servizio sanitario sia per le patologie legate al naturale invecchiamento, sia per il loro peso sociale, amplificato dalla modificata struttura della popolazione e dall'aumentata speranza di vita.

L'Azienda, nel corso dell'anno 2007, è stata impegnata a realizzare il sistema di cure e assistenza integrato, delineato programmaticamente lo scorso anno, sistema che assicuri una buona qualità della vita della numerosa popolazione anziana, attraverso la realizzazione di quei servizi che tengono conto dei bisogni assistenziali e specifici delle persone che superano i 65 anni.

I servizi sanitari e socio-sanitari erogati nei confronti delle persone anziane sono stati organizzati in rete e finalizzati a rafforzarne l'autonomia individuale, a prevenirne la non autosufficienza, a sostenere la domiciliarità, garantendo un'assistenza qualificata a livello domiciliare, ospedaliero e residenziale; la parte degli aspetti socio sanitari è stata ampiamente trattata nel corrispondente capitolo.

31-12-2006	0-64 anni	65-74 anni	> di 75 anni	Totale
dss 1	90.941	9.768	7.946	108.655
dss 2	70.134	7.774	5.976	83.884
dss 3	85.582	9.709	8.055	103.346
dss 4	87.451	10.650	8.845	106.946
<b>totale</b>	<b>334.108</b>	<b>37.901</b>	<b>30.822</b>	<b>402.831</b>

Fonte: Servizio Socio-Sanitario

108

In Provincia di Brindisi le persone con oltre 65 anni di età sono 79.366, (circa 1/4 della popolazione).

Dalla rapidità con cui il gruppo degli anziani sta crescendo si può facilmente intuire come di conseguenza cresca il peso dell'assistenza sanitaria di questa fascia di popolazione; peraltro, il problema della perdita di autonomia funzionale dell'anziano è ulteriormente aggravato in considerazione dell'alta percentuale di coloro che vivono soli.

L'invecchiamento della popolazione ha determinato, per l'Azienda sanitaria locale di Brindisi, un inevitabile cambiamento non solo della domanda di servizi socio-sanitari ed assistenziali nella direzione di una maggiore richiesta di servizi per il trattamento di patologie croniche legate all'età, ma anche una diversa e nuova programmazione dei servizi rivolti a questa fascia di età..

Nella programmazione dei servizi si è dunque tenuto conto dei bisogni assistenziali - elevati e specifici - che esprime questa ampia fascia di popolazione.

I **Servizi assistenza anziani**, presenti in ogni Distretto, hanno una funzione di coordinamento per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria agli anziani e alle loro famiglie.

Il primo riferimento è il medico di famiglia quando l'anziano ha problemi di salute: è lui che consiglia e prescrive ciò che è necessario, che si tratti di una cura o di una visita specialistica. Il medico di famiglia è stato organicamente inserito nell'Unità di Valutazione Territoriale, compito dell'UVT è quello di effettuare una prima valutazione della situazione, coinvolgendo eventualmente gli uffici e gli operatori del Comune per problemi di tipo sociale.

L'azienda, nel corso del 2007, ha consolidato e potenziato dell'offerta di posti letto in residenzialità, fino a raggiungere la disponibilità, sul territorio aziendale di 160 posti letto, mediante il convenzionamento con strutture protette a gestione privata operanti sul territorio.

Nel corso dell'anno 2007 le prestazioni complessive di assistenza domiciliare rivolte agli anziani sono aumentate di circa il 5%, gli utenti, anziani, in assistenza sono passati da 3.867 dell'anno 2006 a 4067 dell'anno 2007.

L'anno 2007 ha visto quindi la nostra Azienda attiva soprattutto nella realizzazione, implementazione ed attuazione **di tutta la rete dei servizi di assistenza agli anziani:**

Attivazione della Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

stipula della convenzione fra l'Azienda sanitaria e le Strutture Protette (RSSA) per anziani non autosufficienti, a gestione privata.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare

sottoscrizione di accordi e protocolli d'intesa con i Comuni per l'avvio dell'assistenza domiciliare integrata.

organizzazione e strutturazione dell'èquipe, realizzata in collaborazione con i Comuni e le Associazioni di volontariato, per fronteggiare l'emergenza caldo, è stata svolta attività di monitoraggio e controllo su 8.000 anziani soli o a rischio, su tutto il territorio aziendale. Tra gli obiettivi specifici del piano "caldo" rientra il censimento degli interventi per la prevenzione degli effetti delle ondate di calore. La rilevazione è stata realizzata attraverso un questionario, realizzato di concerto con tutti i Comuni, nel quale sono state richieste informazioni sulla rete informativa per la diffusione del livello di rischio previsto dal sistema di allarme e sulle attività per la prevenzione esistenti a livello locale.

Le informazioni raccolte attraverso il questionario si riferiscono alle seguenti tre tipologie di attività: la rete locale e il flusso informativo sul livello di rischio previsto dal sistema di allarme; l'anagrafe dei suscettibili alle ondate di calore; il programma di prevenzione locale per gli effetti delle ondate di calore sulla salute.

#### **Punto Unico di Accesso**

Nel corso dell'anno 2007, l'Azienda ha istituito, nel Distretto di Mesagne ed in quello di Brindisi, il Punto Unico di Accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, tale servizio è in via di implementazione anche negli altri Distretti.

Attraverso il Punto Unico di Accesso distrettuale l'Azienda prende in carico i bisogni della popolazione anziana.

Lo stato di bisogno complesso di una persona anziana può essere segnalato da chiunque ne sia a conoscenza.

L'operatore addetto al front office PUA effettua il primo colloquio filtro per valutare se i problemi espressi sono di tipo socio-sanitario o se si tratta di problemi di natura tipicamente sociale o di natura prettamente sanitaria, attivando quindi i Servizi specifici ed accompagnando l'utente verso la soluzione dei problemi.

#### **Attività ambulatoriali rivolte alla popolazione anziana**

Le prestazioni ambulatoriali assicurate dalla rete di ambulatori dislocati nel territorio aziendale presso le strutture ospedaliere e gli ambulatori presenti nel territorio.

Il "consumo delle prestazioni sanitarie ambulatoriali" continua ad evidenziare una consistente incidenza nella fascia della popolazione anziana. il consumo delle "risorse" in questa classe di età è del 45%; infatti, a fronte di un complessivo totale di circa 4 milioni di prestazioni, circa 2.000.000 sono distribuite nelle fasce di età comprese fra i 65 anni ed oltre.

#### **Attività di assistenza domiciliare sanitaria**

Le diverse linee di indirizzo della Regione Puglia in materia definiscono l'Assistenza a Domicilio come una nuova modalità assistenziale che risponde ad una duplice esigenza:

In linea con gli indirizzi regionali, l'Azienda sanitaria, nel corso dell'anno 2007, ha consolidato il Servizio di Assistenza Domiciliare Sanitaria, che ha raggiunto livelli organizzativi di eccellenza.

L'Azienda ha provveduto ad analizzare in maniera sistematica i bisogni assistenziali domiciliari allo scopo di predisporre il modello organizzativo di servizio, in grado di assicurare una efficace ed efficiente assistenza domiciliare. Sono stati istituiti, in ogni Distretto:

Servizi di assistenza domiciliare (SAD)  
Unità di Valutazione Territoriale

L'Azienda ha stabilito inoltre la obbligatoria adozione della scala di valutazione multidimensionale (S.VA.M.A.) per stabilire il livello di non autosufficienza ed i bisogni assistenziali al fine di ottimizzare l'intervento individualizzato per:

- garantire trasparenza nei criteri di inclusione
- garantire l'erogazione e la continuità delle cure
- assicurare l'assistenza sette giorni alla settimana

Il servizio di assistenza domiciliare sanitaria ha, nel corso dell'anno 2007, erogato prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitativa, e prestazioni integrate con i servizi sociali comunali.

Tutto quanto con l'obiettivo di assistere pazienti anziani che si trovano in condizioni di non autosufficienza, per cui necessitano di assistenza sanitaria nel proprio domicilio. Nel corso dell'anno 2007 è stata svolta la seguente attività di Ad rivolta agli anziani.

	anno 2006	anno 2007
richieste in AD	5180	9.992
soggetti in AD	4424	9.829
primo accesso	4424	4.598
Rinnovo		5.232
attivazione ad da parte dei MMG	1265	4.678
accessi personale medico	39651	23.429
ore infermieristiche	105876	126.906
ore riabilitative	112907	128.451
schede svama compilate	180	233
verifiche eseguite a domicilio	515	859

Fonte

### **Assistenza domiciliare integrata**

Nel corso del 2007, si è consolidato il percorso d'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata; percorso che prevede intese operative con gli Ambiti Territoriali ed i Comuni della Provincia di Brindisi.

Sono stati sottoscritti protocolli operativi con gli Ambiti Territoriali, consentendo l'avvio di questa forma di intervento domiciliare negli Ambiti di Brindisi e Mesagne.

In definitiva, questa forma di assistenza prevede l'insieme coordinato degli interventi a carattere assistenziale, infermieristico, riabilitativo e sociale offerti a domicilio a persone anziane e disabili a rischio di non autosufficienza, parzialmente autosufficienti o totalmente non autosufficienti temporaneamente o permanentemente.

Nell'anno 2007, l'assistenza domiciliare integrata, è stata attivata in 11 Comuni su 20, effettuando prestazioni, congiunte, di tipo sanitario e sociale.

Vi sono state 485 richieste di assistenza, sono state valutate, da parte dell'UVG, tutte le richieste avanzate, ed effettuati i relativi Piani di Assistenza. Per una maggiore valutazione dell'intervento si veda la parte riportata nell'integrazione socio sanitaria.



### Attività di assistenza protesica

L'ASL ha sostenuto una spesa per la protesica di circa 4 milioni di euro.

Al 31 dicembre 2007 risultano richieste, per 35.775, per l'assistenza protesica, di cui il 95% riguardano persone anziane, con un costante aumento nel tempo della numerosità dei pazienti che usufruiscono di tali prodotti.

assistenza integrativa e protesica (anziani)	anno 2006	anno 2007
utenti per prodotti dietetici	750	1350
protesi ed ortesi	5168	7100
ausili per mobilità personale	1435	1895
ausili per cura e protezione personale	4707	18400
forniture ed adattamenti per la casa	1454	2755
ausili per la comunicazione e l'informazione	1473	25870
ausili per la terapia d'addestramento	791	1480

Fonte

### Attività di assistenza ospedaliera

I dati riportati nella tabella riguardano il numero dei ricoveri e le giornate di degenza "consumate" dai residenti suddivisi per classi di età.

La tabella sottostante evidenzia il consistente consumo di prestazioni ospedaliere delle classi di età già definite anziani, a dimostrazione che l'età costituisce un fattore determinante sui consumi sanitari e sociosanitari.

#### anno 2006

classi di età	ricoveri	%	gg degenza	%
0 - 64	41.031	61,5	213.938	49,9
65 oltre	25648	38,5	214849	50,1
totale	66.679	100	428.787	100

#### anno 2007

classi di età	ricoveri	%	gg degenza	%
0 - 64	45.850	60,5	237.485	48,4
65 oltre	29890	39,5	253456	51,6
totale	75.740	100	490.941	100

Fonte

111

## 3.1.3 Popolazione in età evolutiva (anni 0 -18)



Si tratta di una fascia di popolazione la cui salute può dirsi di buon livello, e per la quale si dispone di una rete efficiente di servizi.

Alcuni dati di consumo sanitario evidenziano che per questa fascia d'età, nell'anno 2007, sono state effettuate:

- circa 400.000 prestazioni ambulatoriali, pari al 10% del totale delle prestazioni;
- 9.564 ricoveri ospedalieri, pari all' 11% del totale, con un consumo di circa 39.000 giornate di degenza;
- 1.489 parti cesarei su un totale di 2.651, pari al 56% delle nascite;
- 38.752 vaccinazioni raccomandate e 40.780 vaccinazioni obbligatorie.

In particolare, per quanto attiene alla prevenzione e tutela della salute psicologica e sociale i dati forniti dai consultori familiari evidenziano un numero di prestazioni elevato e incrementato rispetto all'anno precedente:

<b>Attività</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Attività consultoriale	35.876	37.425

Fonte: UCG

Ma ciò che preme rilevare è l'attività realizzata in alcune aree: educazione alla salute, prevenzione oncologica, contraccezione e disagio minorile mediante una serie di progetti ed iniziative ancora in atto, ciò però, ha richiesto un lavoro di intensificazione e miglioramento della relazioni tra i nodi della rete di offerta interaziendale ed extraaziendale.

A tale ultimo riguardo si rende un breve cenno sulle azioni più significative già avviate nell'anno precedente ma che nell'anno 2007 hanno trovato pieno sviluppo:

- creazione di partnership tra i diversi attori istituzionali;
- valorizzazione e sulla crescita delle diverse professionalità che operano in campo sanitario, sociale, educativo;
- promozione della salute attraverso i comportamenti e gli stili di vita.

Si è scelto di menzionare alcuni progetti che si ritiene più rappresentativi per il numero dei soggetti ed istituzioni coinvolte.

Progetto di "educazione alla salute nella scuola" realizzato nell'anno scolastico 2007/08 mediante la creazione di uno sportello di ascolto, CIC, per gli adolescenti compresi nella fascia di età 14-19, con l'obiettivo di affrontare il disagio giovanile il rapporto con se stessi, con gli adulti, con i coetanei e con la scuola (a cura del CSM, Sert, Consultorio) Rimodulazione dei "Laboratori di Intelligenza Emotiva" per favorire la gestione consapevole delle emozioni negative, rivolti contestualmente ad alunni, insegnanti e genitori (a cura del NIAT)

Promozione di una corretta alimentazione e adeguati stili di vita. L'obiettivo è orientare le scelte nutrizionali e gli stili di vita per promuovere la salute e prevenire i rischi indotti da scorretti comportamenti ed abitudini alimentari. È stato rivolto ai ragazzi delle scuole primarie e secondarie (a cura dell'U.O. Igiene della nutrizione).

Campagna contro il fumo, per prevenire e contrastare il tabagismo in diversi contesti sociali, con proposte rivolte anche all'intera popolazione (a cura dell'U.O. Pneumologia).

Interventi di prevenzione dei sinistri stradali indotti dall'uso di alcol e di sostanze stupefacenti nelle scuole di Istruzione di 1 e 2 grado, in collaborazione con la Polizia Municipale. Tali interventi sono finalizzati a sensibilizzare i giovani all'adozione di comportamenti responsabili, tanto in relazione alla guida quanto in relazione ad uno stile di vita sano e libero da droghe (a cura del SERT) la prevenzione del disagio adolescenziale, di educazione alla salute e di promozione della legalità, hanno riguardato gli studenti delle scuole di istruzione secondaria di 1 e 2 grado (a cura del SERT).

Prevenzione per il fumo di tabacco nelle Scuole di istruzione secondaria di 1° e 2° grado mediante incontri- dibattito sulle problematiche del fumo (a cura dell'Unità O.C. Servizio Pneumologico-Centro antifumo).

Il trattamento clinico per i disturbi in età evolutiva di neuropsichiatria è affidato al NIAT, che nell'ambito di una programmazione triennale 2006-2008 ha attivato progetti per la definizione di percorsi clinici e terapeutici relativi a diverse patologie per le quali evidenze epidemiologiche ne hanno riscontrato l'incremento quali: i disturbi dello spettro

artistico, i disturbi del linguaggio, la disabilità grave ed il riconoscimento precoce dei disturbi dell'età adolescenziale.

Nello specifico l'attivazione ha riguardato:

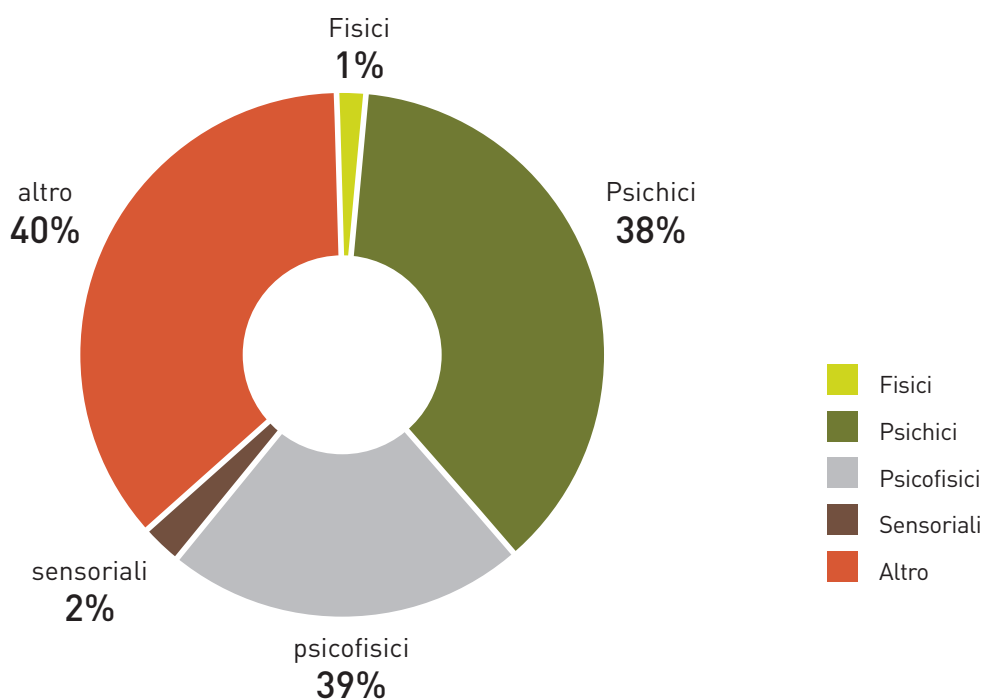
Progetto "autismo" che prevede avvio del programma individuazione precoce e sensibilizzazione pediatri – distribuzione opuscolo; definizione ed avvio della sperimentazione di programmi riabilitativi;

Progetto "Lalla" che prevede l'approccio multidisciplinare per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi del linguaggio con componente emotiva e con ricaduta sugli apprendimenti. Sono state predisposte sia procedure di valutazione, sia di trattamento dei disturbi del linguaggio;

Progetto "mettersi in gioco" rivolto a disabili gravi dei centri di Cellino e Francavilla F.na secondo il metodo "Globalità dei Linguaggi".

I minori 0-18 che nel corso del 2007 si sono rivolti al NIAT sia per valutazione diagnostica e/o presa in carico terapeutica e/o riabilitativa, sia per l'integrazione scolastica sono 2860. Costoro sono per il 61,% portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale, il restante 39% presenta disagio psicologico di varia natura.

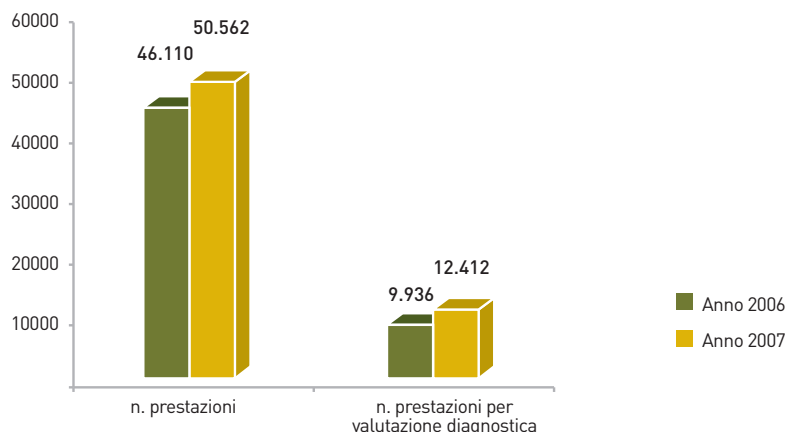
### Tipologia handicap



113

Le prestazioni erogate nel corso del 2007 sono 50.562 di cui effettuate 12.412 finalizzate alla valutazione diagnostica.

Il grafico di seguito riportato mette in risalto l'incremento delle prestazioni erogate nel 2007 rispetto al 2006. Tale incremento è particolarmente significativo per le prestazioni di valutazione diagnostica poiché il Servizio applica protocolli di valutazione per specifiche categorie professionali (psicologo, pedagogo, terapeuta della riabilitazione) come previsto dal sistema qualità UNI EN ISO 9001:2000 con cui il NIAT è certificato.



Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi agli utenti seguiti nel corso del 2007, comparati con il 2006:

Utenza	2006	2007	Incremento o decremento %
Utenti afferiti	2801	2860	2
Utenti in carico	2095	2063	- 1,5
Utenti presi in carico Integrazione scolastica	1226	1251	2
Utenti presi in carico per riabilitazione	524	505	-3,6
Utenti presi in carico per Integrazione scolastica e riabilitazione	345	306	- 11,3

Fonte: NIAT

### 3.1.4 Popolazione con disagio psichico

114



I servizi che a vario titolo intervengono a favore delle persone con disabilità sono molteplici, poiché il fenomeno investe in maniera trasversale tutte le fasce d'età. Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le varie articolazioni, CSM e NIAT, SPDC, si rivolge in maniera prevalente a questa tipologia di utenza.

Nel 2007 il DSM, attraverso la somministrazione di un questionario della "customer satisfaction" agli operatori interni, ha attivato azioni correttive volte al miglioramento del clima organizzativo. L'integrazione delle risorse secondo un modello di cambiamento bottom-up ha contribuito ad una migliore gestione dell'organizzazione del servizio facilitando l'introduzione di metodologie di qualità in un processo virtuoso.

Ha inoltre, definito risorse e procedure interfaccia omogenee tra CSM, SPDC, NIAT e procedure integrate tra le stesse unità, che hanno consentito l'istituzione di modelli di assistenza riproducibili volti a garantire l'equità ed una più consona gestione dell'organizzazione, anche attraverso la mobilità interna del personale.

Nell'ottobre 2007 la Direzione del DSM ha istituito il "Tavolo del Privato Sociale composto dai responsabili delle Strutture riabilitative del DSM e del Privato Sociale con l'intento di approfondire la conoscenza delle tematiche interessate e attivare proposte operative, a definire linee guida e buone prassi attraverso azioni integrate.

Nel corso dell'anno sono stati incentivati percorsi di formazione per aumentare le competenze degli operatori dei servizi interessati all'attivazione della L. 68 nel campo dell'integrazione socio-lavorativa dei disabili (formazione self) che ha favorito:

- l'inserimento in ambito lavorativo, in cooperative<sup>2</sup> di tipo B di 20 pazienti,
- l'attribuzione di borse lavoro<sup>3</sup> per n. 34 utenti.

<sup>2</sup>Svolge attività diverse: agricole, industriali, commerciali o di servizio. E' finalizzata all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate ai sensi delle L. n. 381/08/11/1992

<sup>3</sup>Per le borse lavoro con Progetto Individuale vengono utilizzati i fondi delle prestazioni socio-assistenziali ai pazienti psichiatrici di cui alla L.R. 07/09/1987, attualmente abrogata secondo le disposizioni della L.R. 10/07/2006, art.70.

I Centri di Salute Mentale hanno effettuato 1703 prime visite con prime prese in carico di 927 pazienti, fornendo prestazioni a 7708 utenti e per 4381 di essi è proceduto alla presa in carico da parte del servizio. Le prestazioni di assistenza domiciliare nel corso dell'anno 2007 hanno riguardato 16554 interventi.

La tabella evidenzia il confronto con il precedente anno

Tipo di prestazione/anno	2006	2007
Ambulatoriale	100.704	93.319
Domiciliare	17,329	16.554

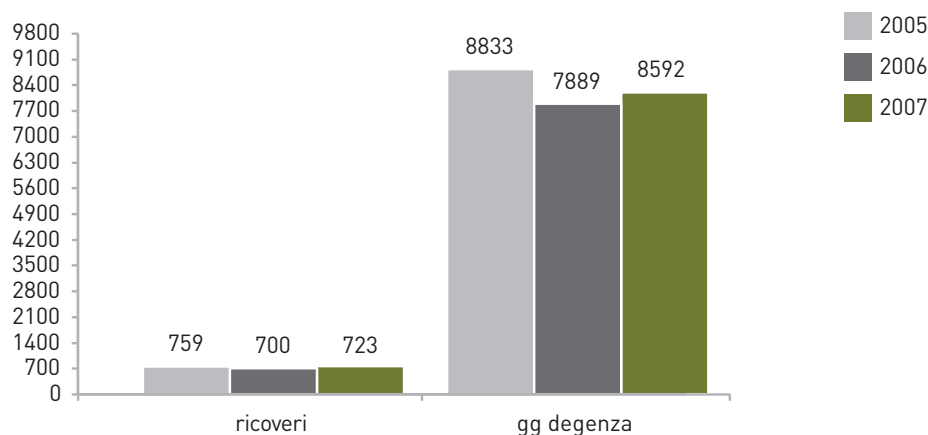
Fonte: UCG

Le richieste pervenute al Dipartimento di Salute Mentale per effettuare attività di volontariato a vario titolo, con profili professionali etoreginei, nelle unità afferenti al Servizio sono state 101.

Anche nell'anno 2007 i SPDC di S. Pietro V.co e Ceglie M.ca hanno aderito al "Progetto regionale per il miglioramento e valutazione della qualità dell'assistenza nei SPDC", rimodulando dei processi terapeutici volti a :

- Maggiore integrazione intra e inter dipartimentale;
- Continuità terapeutica;
- Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- Coinvolgimento attivo delle'utente , dei suoi familiari, delle associazioni di volontariato, del privato sociale e dei servizi;
- Riduzione della lotta alle varie forme di coercizione e contenzione;
- Formazione del personale per una idonea cultura della valutazione e per un miglioramento continuo della qualità.

Si riporta nel seguente grafico l'andamento triennale (2005-2007) relativo al numero dei ricoveri e ai giorni di degenza. Si registra una media dei giorni di ricovero attestata sugli 11 gg per gli anni considerati.



Fonte: elaborazione DSM su dati UCG

## DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'Azienda, in attesa della costituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche – di cui alla legge regionale n.27/99 – ha istituito, ai fini dell'attività di prevenzione e cura delle dipendenze, la Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche (S.S.D.P.). La Struttura comprende attualmente sei Servizi per le Tossicodipendenze (SERT) diffusi sul territorio aziendale, ed una sezione istituita presso la Casa Circondariale di Brindisi che fa riferimento al SERT della stessa città.

I SERT della nostra Azienda, nel corso del 2007, hanno preso in carico 1373 utenti, dei quali 281 nuovi avviati a svolgere ove possibile, un programma di tipo terapeutico riabilitativo; 87 utenti, di cui 39 donne, sono stati inseriti nelle comunità terapeutiche.

I SERT ricevono un crescente numero di segnalazioni sia da parte della prefettura che da parte del Servizio Sociale dei Minori su notifica del Tribunale preposto. I soggetti segnalati dalla Prefettura vengono avviati ad un programma riabilitativo, mentre i minori segnalati sono sottoposti ad un periodo di messa in prova, durante il quale svolgono un programma riabilitativo che coinvolge l'intero nucleo familiare. I suddetti programmi hanno una consistente ricaduta sul piano sociale, poiché intendono prevenire il passaggio da un uso saltuario di sostanze stupefacenti ad una vera e propria dipendenza.

Il SERT di Brindisi garantisce assistenza ai detenuti tossicodipendenti nella locale Casa Circondariale, mediante interventi psico-sociali, medici e programmi di tipo educativo-riabilitativo. Ai tossicodipendenti che devono scontare una pena inferiore ai sei anni, i SERT aziendali propongono un programma riabilitativo alternativo alla detenzione. Tale programma fornisce un'importante occasione di allontanamento dai circuiti delinquenziali, permette ai soggetti autorizzati dalla competente Autorità Giudiziaria, di lavorare per il sostentamento della propria famiglia; nel corso dell'anno 65 utenti hanno svolto un programma alternativo alla pena detentiva.

Nel corso dell'anno 2007, i SERT aziendali hanno seguito complessivamente 246 utenti con problemi correlati all'uso di alcol, di cui 61 nuovi; l'accesso al Servizio è stato di tipo volontario o è avvenuto tramite il medico di medicina generale o di altre strutture territoriali o ospedaliere. Il trattamento dei soggetti alcolodipendenti infatti prevede sia una fase di disassuefazione dalla sostanza, sia l'adozione di interventi integrati multidisciplinari di tipo medico, psicologico, rieducativi e sociale atti a favorire l'astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Molti utenti sono soggetti "policonsumatori".

I SERT aziendali sono impegnati nella realizzazione di interventi di prevenzione dei disturbi correlati a sostanze nelle Scuole Secondarie Inferiori e Superiori, in alcuni territori (San Pietro V.co e Ostuni) in rete con i Consultori e con i Dipartimenti di Salute Mentale, a Brindisi in collaborazione, ormai per il nono anno scolastico consecutivo, con la Polizia Municipale.

116

Il SERT di Ostuni partecipa, con i Piani di Zona, a programmi di risocializzazione attraverso borse lavoro, nell'ambito del Progetto denominato: "Cantieri di Lavoro 2007", rivolto ad utenti di Ostuni e Fasano il SERT di Francavilla Fontana ha attivato gruppi terapeutici di autoaiuto.

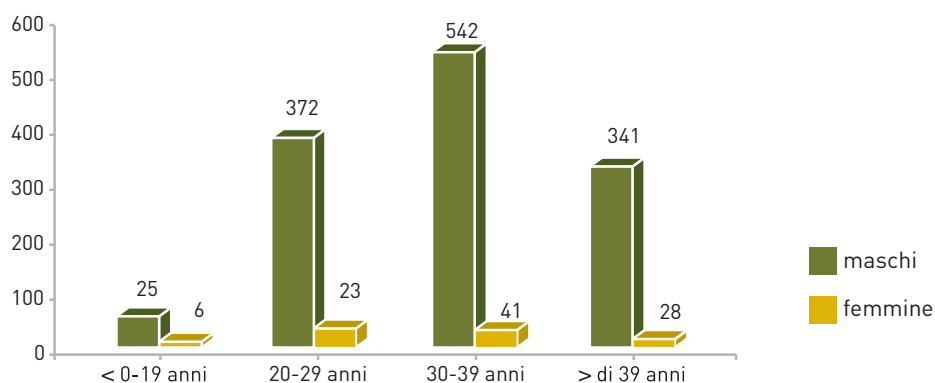
Nell'ottobre 2007 il SERT di Brindisi ha avviato il Progetto "Guida Sicura", per la prevenzione dei sinistri stradali connessi all'uso di sostanze. L'iniziativa prevede la realizzazione di lezioni interattive presso le autoscuole del capoluogo, destinate ai giovani che frequentano il corso di preparazione al conseguimento della patente B.

Nel novembre 2007 è stato avviato il Progetto "Scegli la strada della Sicurezza", finalizzato a formare i cosiddetti "Moltiplicatori della Prevenzione". La prima fase realizzata nel 2007 prevedeva la formazione di operatori (della SSDP e del Dipartimento di Prevenzione della ASL BR) che a loro volta realizzeranno la formazione dei moltiplicatori (insegnanti, istruttori di autoscuole, agenti di Polizia Municipale).

#### Numero di utenti della S.S.D.P.

	Maschi	Femmine	Totale
Nuovi Utenti	255	26	281
Utenti già in carico	1016	76	1092
Totale	1271	92	1373

Fonte: SERT



Dati riferiti al grafico sopra illustrato

Età	Maschi	Femmine
< 19 anni	25	6
20 – 29 anni	372	23
30 – 39 anni	542	41
> di 39 anni	341	28

#### Numero di utenti della S.S.D.P. Per consumo primario di sostanze stupefacenti

Allucinogeni	1
Amfetamine	35
Ecstasy e analoghi	3
Benzodiazepine	80
Cannabinoidi	433
Cocaina	312
Crack	1
Eroina	872
Metadone	161
Altri oppiacei	40
Alcol	107
Altro	95

117

Tipologia di prestazioni	Numero
Prestazioni mediche	10.588
Prestazioni psicologiche	3.062
Prestazioni educative	1.186
Prestazioni sociali	8.237
Prestazioni infermieristiche	147.265
Prestazioni domiciliari	2485

#### Utenti alcol dipendenti

Nuovi utenti		Utenti in carico		Totale
Maschio	Femmina	Maschio	Femmina	
55	6	170	15	246

Fonte: SERT

## 3.1.5 La famiglia

La politica familiare sviluppata, nel corso dell'anno 2007, dall'Azienda Sanitaria ha posto l'accento sul sostegno alle famiglie con situazioni di "fragilità".

### La famiglia che vive la fragilità



Esiste una fragilità da cui la famiglia in quanto tale è interessata nella sua struttura e nel suo funzionamento. In termini generali la condizione reddituale, patrimoniale, di disponibilità di reti di supporto sono fattori cruciali che contribuiscono all'identificazione di specifici profili di rischio e vulnerabilità della presenza della famiglia. Quando a vulnerabilità reddituali si aggiungono povertà relazionali si genera il massimo rischio di vulnerabilità sociale. La situazione si aggrava quando si aggiunge la scarsa disponibilità di offerta di servizi pubblici.

Osservando la famiglia, cogliamo in essa profonde trasformazioni che vale la pena di accennare, se pur in estrema sintesi,:

- il miglioramento delle condizioni di vita;
- la struttura della composizione della popolazione verso valori bassi di mortalità e natalità;
- la riduzione di dimensioni della famiglia e la modificazione dei rapporti tra i suoi componenti (dalla famiglia nucleare a quella personale e monoparentale).

Va anche ricordato che ci sono diversi tipi di fragilità a seconda della differente composizione delle famiglie: abbiamo famiglie dove spesso anziani vivono soli, e constatiamo l'aumento dei nuclei monogenitoriali, un segmento crescente della popolazione che vive in condizioni di povertà. I nuclei monogenitoriali sono circa l'11% dei nuclei familiari dove il fenomeno coinvolge tutti i comuni della Provincia, con un aumento considerevole nel Comune di Brindisi. L'aumento poi è significativo per quanto riguarda le donne, che rappresentano l'83,9% dei casi (vedove, divorziate o separate).

Anche il disagio sociale che fa riferimento alla popolazione impropriamente detta dei "senza dimora" ha spesso radici nella rottura di relazioni familiari con un accumulo di fattori di debolezza sociale: mancanza o perdita di lavoro e casa, sofferenza psichica, dipendenza da gioco, alcool, sostanze stupefacenti. Vi è dunque una relazione molto stretta tra emarginazione sociale e lacerazione dei legami familiari.

La famiglia si sente sollecitata ad essere al centro di una cultura dei legami e quindi di farsi carico della ricerca di soluzioni per la propria sussistenza. Ne è una prova la dinamica dei "lavori di cura" che può essere anche riletta come il grande desiderio delle famiglie di mantenere "a casa propria", fin quando si può, il proprio anziano non autosufficiente. Nel lavoro di cura la tenuta della struttura familiare è ancora apprezzabile.

La famiglia rimane il riferimento fondamentale per le persone con disabilità, gli aiuti ricevuti sono forniti prevalentemente da un parente più o meno prossimo molto spesso di sesso femminile. Fra i giovani, la condizione di disabilità comporta abitualmente la permanenza nel nucleo d'origine; si riscontra così che il 34% delle persone con disabilità di età 25-44 anni vive con i genitori (rispetto al 19% delle persone senza disabilità), mentre il 17% vive con un solo genitore (rispetto al 6% delle persone senza disabilità).

Le donne anziane con disabilità che vivono sole possono ancora contare sulla presenza dei figli che nell'89% dei casi vivono nelle vicinanze della persona e nell'87% dei casi le vanno a trovare almeno una volta alla settimana.



Anche nelle situazioni più gravi le esigenze di oltre il 75% degli anziani portatori di patologie complesse e di severa limitazione dell'autosufficienza appaiono risolte all'interno del nucleo familiare. L'impegno dei familiari è elevato, trattandosi spesso di mogli o mariti a loro volta anziani o molto anziani, aiutati da un numero ridotto di figli o figlie che, però, al tempo stesso, sono chiamati a gestire le rispettive famiglie e la propria ordinaria attività lavorativa.

Il modo principale con cui le famiglie tentano di far fronte a queste attese di accudimento e cura della fragilità, specialmente nel caso degli anziani, è consistita principalmente nello sviluppo dal basso di quello che è stato definito "welfare nascosto", imperniato sull'impiego, spesso informale, di donne immigrate.

Le famiglie costituiscono interlocutori privilegiati e riferimento nella comunità locale necessario alla realizzazione delle azioni di promozione della salute.

In quest'ottica, gli interventi effettuati si sono innestati e coordinati con l'attività dei servizi educativi, sia intrecciandosi con il sistema dell'istruzione, sia costruendo e realizzando piani di intervento integrati con i servizi sanitari, quali i consultori, il dipartimento di salute mentale, il servizio per le tossicodipendenze.

Le aree di intervento prioritario di rilevanza sanitaria e socio sanitaria risultano essere:

- il sostegno alla famiglia, in particolare, sono state effettuate prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica a favore delle donne, dei minori, delle coppie e delle famiglie, senza richiesta di oneri finanziari straordinari a carico dei comuni;
- aiuto e consulenza per il disagio psichico nella famiglia;
- sostegno ai bambini disabili;
- prevenzione e recupero del disagio e delle devianze minorili.

A fronte dei crescenti bisogni originati sia da dipendenze (alcol, tossicodipendenze, farmaci, fumo, gioco), sia da difficoltà psicologiche e relazionali, si è inoltre rilevata l'esigenza di individuare ulteriori modalità di rapporto fra le varie Amministrazioni comunali, ASL, in particolare Ser.T. e Dipartimento di salute mentale, Associazioni di volontariato e Terzo Settore, al fine di migliorare i percorsi comunicativi e di creare sinergie e collaborazioni tra gli interlocutori coinvolti.

Gli interventi si sono indirizzati ad offrire sostegno psicologico e relazionale ad individui, coppie e famiglie in difficoltà e supportare i nuclei al cui interno sia presente una persona con difficoltà, soprattutto per favorire la coesione familiare.

Si è offerto inoltre a molte famiglie un supporto per affrontare le difficoltà educative e di gestione dei pre adolescenti ed adolescenti che presentano problematiche di natura alimentare e/o di dipendenza.

In particolare gli interventi, nel corso dell'anno 2007, si sono sviluppati, sia in termini di analisi e programmazione che in termini di prestazione nelle seguenti aree:

### **Salute mentale**

Come evidenziato nella progettazione dei piani socio-sanitari di zona, il problema della salute mentale coinvolgerebbe una famiglia su due, almeno un quinto dell'intera popolazione. I dati rilevati sono, per certi versi, allarmanti. Ma di questi, una parte riguardano disturbi, circa il 65%, che per la maggior parte sono patologie legate all'ansia, alla sfera affettiva o al sonno.

Il 70% degli ammalati sarebbero donne, anche molto giovani.

Di fronte alla portanza di questi dati e alla pervasività del problema in ogni ceto sociale,

l'associazionismo dei familiari e le ricche esperienze di mutuo aiuto sul territorio sono un chiaro segno della capacità di protagonismo anche collettivo delle persone coinvolte da problemi di fragilità.

Un ulteriore aspetto ed azione è stata la promozione dell'associazionismo dei familiari per la salute mentale, ambito nel quale la stigmatizzazione è molto forte.

I familiari che si associano per la salute mentale rappresentano dunque l'unica espressione di attivazione associata territoriale in questo campo e sono fortemente sostenuti dall'Azienda Sanitaria Locale.

Si è promossa quindi, una concezione di cura non più secondo il luogo ma secondo le relazioni tra servizio e soggetto. È in questo contesto che si è cominciato a prestare maggiore attenzione alla famiglia, in quanto risorsa irrinunciabile in un progetto di cura.

Quanto vale per la salute mentale, vale anche per gli altri ambiti del disagio: i familiari che si associano sono una risorsa per affermare diritti e pari opportunità, per superare barriere e pregiudizi.

### **Disabilità**

Anche le famiglie di diversamente abili sono una grande risorsa, che chiedono per tutti una politica di abbattimento delle barriere, processi di inserimento nei percorsi educativi e formativi, superamento definitivo di ogni forma di istituzionalizzazione.

La progettazione in corso porterà ad un significativo cambiamento anche perché si apre una trasformazione radicale dell'idea di presa in carico: da un tradizionale sistema di istituzionalizzazione si passa a sistemi di sostegno sociale, al mantenimento nei luoghi di vita e familiari, a forme di accoglienza a carattere familiare, a politiche e servizi di inclusione sociale.

Si pensi al valore strategicamente importante di due preoccupazioni che hanno caratterizzato la programmazione dell'Azienda: il "dopo di noi", ovvero la preoccupazione per il futuro dei familiari, e tutto l'intervento di accoglienza dei soggetti non autosufficienti. Entrambi necessitano di una nuova presa in carico, che non gravi solo sulla famiglia e che si avvalga di risposte qualitativamente alte.

Il "dopo di noi", con la consapevolezza che va sperimentato "durante noi", è un indicatore straordinario della forza che promana dalla famiglia: esige una cultura sociale alternativa all'individualismo e un'impostazione tutta legata alla quantità e alla fragilità dei legami e delle reti affettive.

Le famiglie si pongono diversi ordini di problemi: quale tutela giuridica dare ai propri figli, in quali ambienti si potrà svolgere la vita dei figli dopo la loro scomparsa e con quale organizzazione, con quali fondi, sarà possibile garantire loro una permanenza sul territorio.

È un segnale forte di un cambiamento culturale, di riconoscimento che la persona disabile può essere inclusa con dignità e piena titolarità nella vita quotidiana della società.

### **Anziani**

Un'attenzione particolare è stata rivolta ai temi della vecchiaia. La tendenza all'invecchiamento, già evidenziata in altre parti, condiziona inevitabilmente anche la tenuta delle reti familiari: se nel 1950 ogni genitore anziano con età superiore ai 75 anni era sostenuto da non meno di 5 familiari adulti, oggi questo numero si è ridotto a 2 e si dimezzerà nell'immediato futuro. Le famiglie dunque saranno ancora più "lunghe" e "strette" di quanto siano oggi, con un minor numero di componenti e una maggiore coesistenza di generazioni diverse. Si pongono dunque problemi enormi anche sul piano delle strategie e delle scelte di investimento economico.

Le malattie cronico-degenerative costituiscono oggi il motivo principale di disabilità e di utilizzo delle risorse sanitarie. Gli ultra-75enni rappresentano il 7% della popolazione,

ma sono responsabili del 30% della spesa sanitaria locale e il loro numero è destinato a raddoppiare nei prossimi anni.

Ecco perché è importante, per una cultura familiare che esprime e promuove cura e dignità delle persone, porre attenzione al significato e all'organizzazione della rete socio-sanitaria.

Il potenziamento delle cure domiciliari intercetta questa evoluzione e in questo contesto è urgente un rapporto tra servizi formalizzati e reti familiari e informali.

Entro questi confini, qualificando la cultura dei servizi di prossimità, è possibile ripensare non solo all'evoluzione dei servizi, ma alla costruzione di una comunità solidale.

## **Dipendenze**

Emerge con evidenza la preoccupazione educativa di tante famiglie, in relazione a dati allarmanti che vengono diramati a proposito degli abusi tra i giovani. Assistiamo al crescere di fenomeni di dipendenza sempre più articolati e complessi, che rimandano ai processi di assunzione dei sistemi etici e valoriali da parte delle giovani generazioni. Per questo è importante una lettura attenta dei fenomeni, liberando la famiglia da una paura che finisce per darle un compito gravoso, insostenibile, che rischia di bloccare anziché liberare la sua dinamica educativa. Pensare alla famiglia come ad un soggetto che deve solo controllare i figli è depotenziare la risorsa famiglia, che invece chiede di essere coinvolta in una funzione che non sia principalmente di controllo ma di accompagnamento della crescita.

Il mercato delle sostanze stupefacenti ha oggi adottato strategie e terminologie tipiche della grande distribuzione e si sta spingendo verso la sfida di normalizzare totalmente l'uso di droghe nella società contemporanea.

Sono in gioco i modelli educativi e, di fronte alla complessità delle dipendenze, si chiedono risposte articolate, differenziate, sperimentazioni qualitativamente monitorate.

In questo quadro, alla famiglia vanno restituite conoscenze, informazioni, ma anche condivisione concrete in ordine alla prevenzione. L'attenzione al non suscitare falsi allarmi non significa né banalizzare né semplificare, ma promuovere una progettualità dove istituzioni, agenzie educative e soggetti sociali si aprono alla titolarità della famiglia in modo condiviso.

Dunque farsi carico delle famiglie con problemi di fragilità è un'esigenza etica sulla quale devono convergere ispirazioni culturali e sociali diverse.

Promuovere la famiglia, soprattutto quando si pone a confronto con le fragilità, esige strategie politiche fondate sulla solidarietà, superando qualsiasi assistenzialismo. A questo proposito va ripensata l'impostazione ideologica che sostiene la libera scelta nell'accesso ai servizi, senza prima definire i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili fra cui rientrano anche le prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie.

Sui molti temi connessi con il binomio fragilità e famiglia, è fondamentale dotarsi di una strategia formativa di ampio respiro, anche in riferimento agli iter universitari e alla didattica dedicata ai temi sociali.

Se alla famiglia va riconosciuto un compito positivo è evidente che non può essere sovraccaricata di ruoli insostenibili. La famiglia non è un sistema organizzato per far risparmiare sui servizi e nemmeno un soggetto a cui delegare compiti decisionali che non ha o che comunque non può portare avanti senza supporti adeguati. Proprio per questo è importante sostenere e valorizzare tutte le forme di volontariato, il mutuo aiuto già presente, riconoscendo un compito e una funzione anche programmatica e non solo genericamente consultiva.



### 3.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale

I dati relativi alla consistenza del personale (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato) impiegato nell'Asl brindisi risultano in linea con quanto rilevato a livello nazionale. Il personale del Servizio Sanitario Nazionale, infatti, rappresenta circa l'1% della popolazione italiana, analogamente a quanto riscontrato nel territorio della provincia di Brindisi. In particolare, il personale in servizio nell'ASL BR nel corso dell'anno 2007 risulta così distribuito:

Profilo del personale	Personale Comandato		Personale Dipendente		Personale SISH		Pers. Assimilato CO.CO.CO		Totale	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Ruolo Sanitario (escluso i Medici)	29	33	2.229	2.241	-	-	22	40	2.280	2.314
Medici	-	-	701	700	-	-	3	6	704	706
Ruolo Tecnico	4	6	444	410	-	-	9	6	457	422
Ruolo Amministrativo	-	1	428	435	-	-	4	7	432	443
Ruolo Professionale	-	-	7	6	-	-	4	5	11	11
Personale SISH*	-	-	-	-	161	134	1	-	162	134
<b>Totale Complessivo</b>	<b>33</b>	<b>40</b>	<b>3.809</b>	<b>3.792</b>	<b>161</b>	<b>134</b>	<b>43</b>	<b>64</b>	<b>4.046</b>	<b>4.030</b>

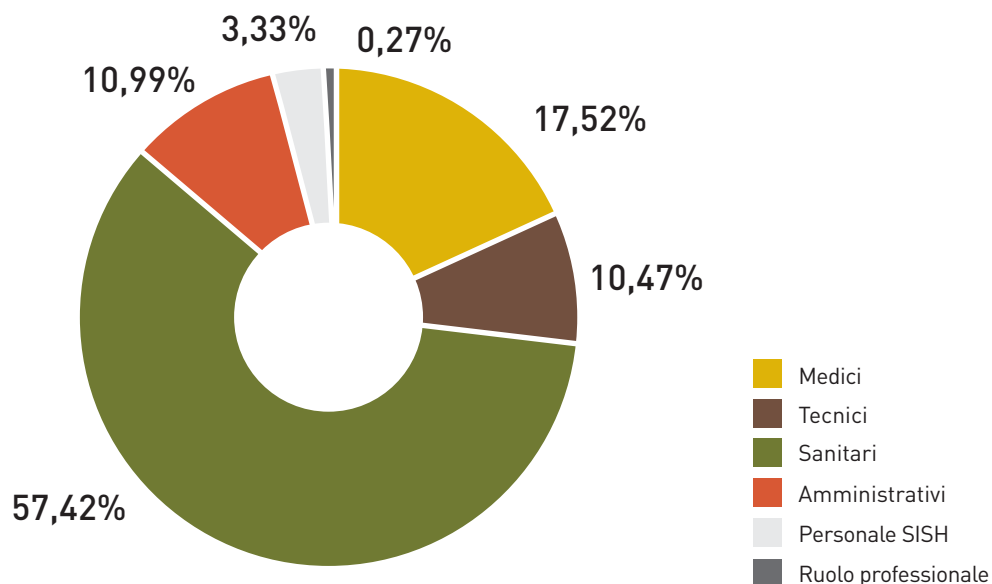
Fonte: elaborazioni ucg su dati area del personale.

\* Servizio di Integrazione Scolastica per i diversamente abili.

\*\* Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

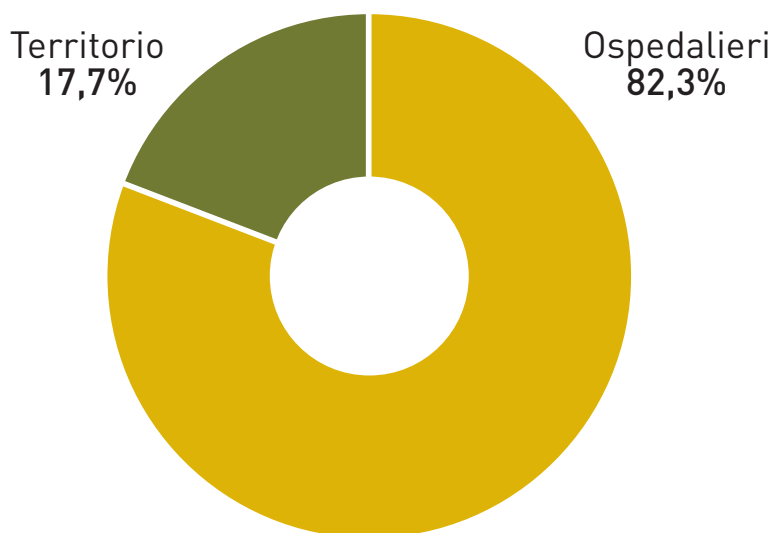
Il confronto tra i dati 2007 e quelli dell'anno precedente evidenziano una riduzione complessiva del numero del personale in servizio, determinata prevalentemente dalla contrazione del personale SISH e di quello del ruolo tecnico. È da segnalare, invece, la maggiore consistenza del personale del ruolo amministrativo e di quello sanitario.

#### Personale suddiviso per ruolo

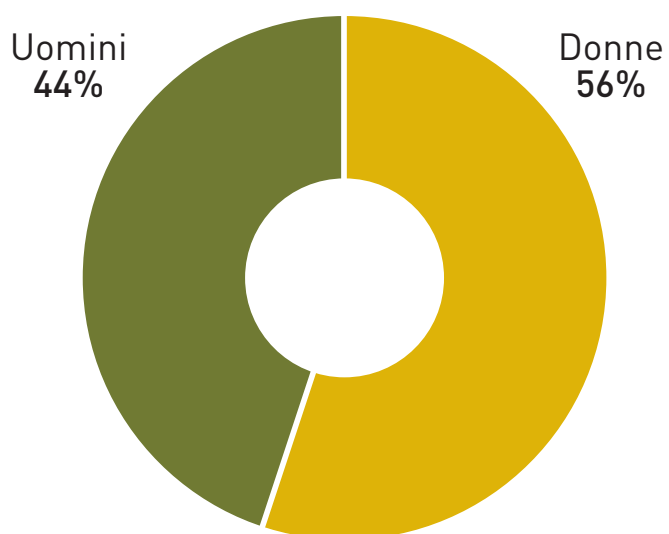


La distribuzione per ruoli riportata nel grafico precedente evidenzia la rilevante consistenza del personale medico in Azienda, con un'incidenza di oltre il 17% della forza lavoro. È da evidenziare, inoltre, che l'intero Ruolo Sanitario, comprensivo quindi anche dei Medici, rappresenta ben il 75% di tutto il personale in servizio.

#### Distribuzione del personale medico

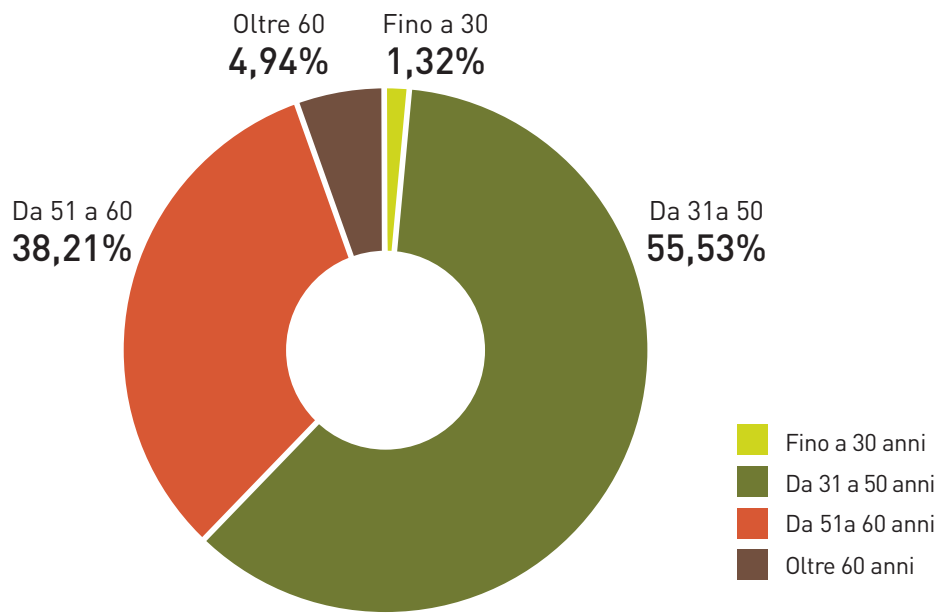


#### Distribuzione del personale per sesso



La distribuzione per sesso evidenzia anche per l'anno 2007 una prevalenza delle donne, con un divario tra i due sessi, oltre il 12%, in lieve aumento rispetto al dato dell'anno precedente.

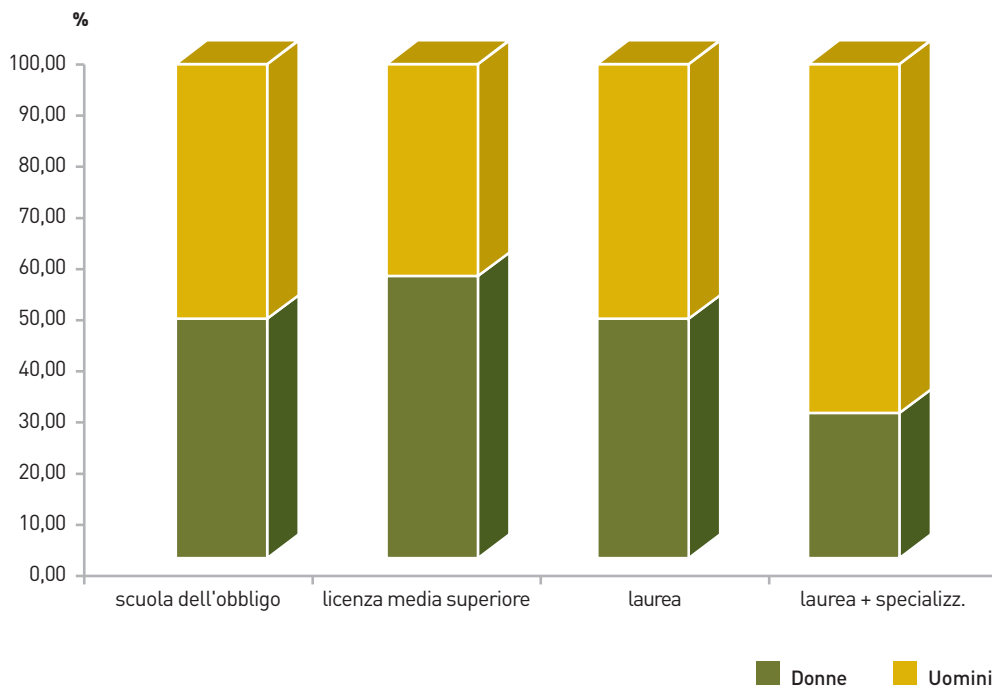
### Distribuzione per età



Come si può evincere dal grafico, analogamente a quanto rilevato per l'anno 2006, la distribuzione del personale per età indica una maggiore concentrazione di unità nella fascia da 31 a 50 anni. L'età media risulta invece lievemente aumentata e si attesta a circa 48 anni, rispetto ai 47 anni e mezzo dell'anno precedente.

124

### Dipendenti per titolo di studio



Il dato relativo al personale laureato risulta sottostimato a causa dell'incompleto aggiornamento dell'anagrafica circa i corsi di laurea triennali.

### Età media per ruolo

Ruolo Amministrativo	51,6
Ruolo Sanitario	47,1
Ruolo Professionale	54,6
Ruolo Tecnico	51,3
Ruolo SISH	47,4

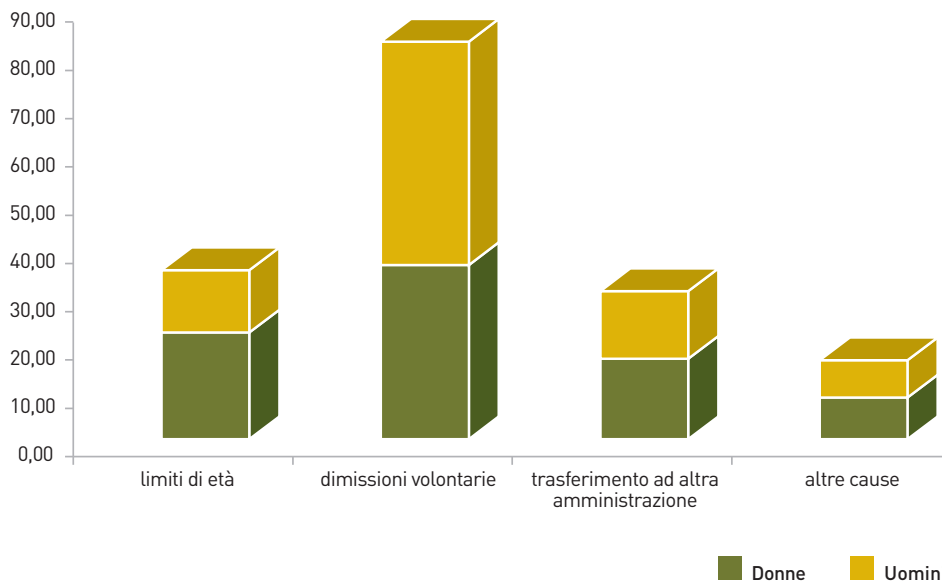
### Personale RUOLO SANITARIO più giovane

Medico	30 Anni
Infermiere	23 Anni

### Personale RUOLO AMMINISTRATIVO più giovane

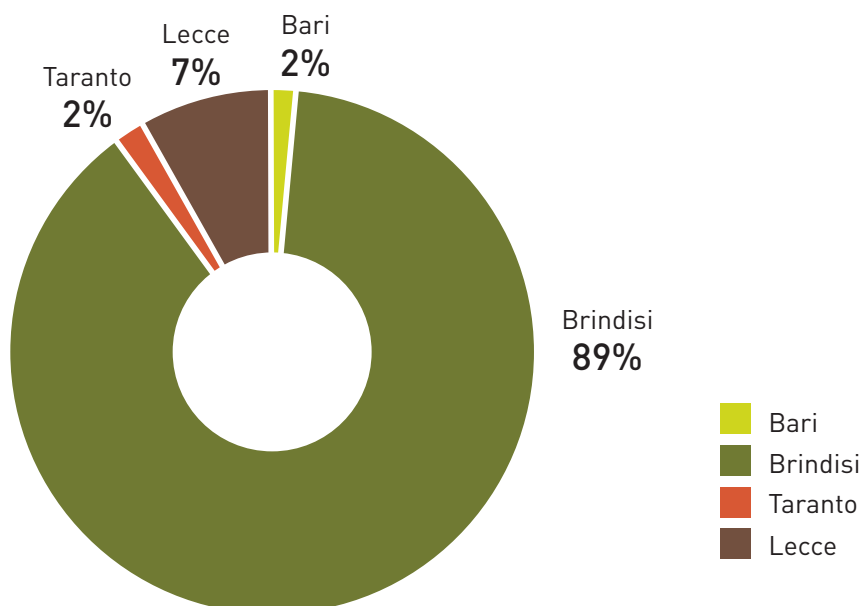
Personale Dipendente	36 Anni
----------------------	---------

### Cessazioni



125

### Distribuzione personale per provincia di domicilio



Come si rileva dal grafico, la quasi totalità del personale in servizio ha il proprio domicilio nella Regione Puglia, con la percentuale dell'89% nella sola provincia di Brindisi, mentre vi sono 18 unità (una in più del 2006) in comando che sono domiciliate fuori regione.

Il personale domiciliato nella provincia di Brindisi è pari a 3.552 unità e risulta essere così distribuito tra i 20 Comuni del territorio:

<b>Domicilio</b>	<b>Numero Dipendenti</b>
Brindisi	831
Carovigno	113
Ceglie M.	168
Cellino S.M.	41
Cisternino	100
Erchie	34
Fasano	250
FrancaVilla	322
Latiano	103
Mesagne	413
Oria	104
Ostuni	417
Sandonaci	43
San Michele S.	35
San Pancrazio S.	62
San Pietro V.	212
San Vito	155
Torchiarolo	31
Torre S. S.	83
Villa Castelli	35
<b>Totale</b>	<b>3.552</b>

126

Tra le attività istituzionali svolte nell'anno 2007, dirette all'acquisizione di personale (assunzioni – comandi – mobilità – Co.Co.Co. – progetti regionali), al fine di garantire i normali servizi erogati alla collettività, si segnalano in particolare:

- a) stipulazione contratti individuali di lavoro:
  - n. 150 personale a tempo determinato;
  - n. 155 contratti a tempo indeterminato;
  - n. 691 proroghe di contratti già in essere;
- b) stipulazione di n. 20 contratti di collaborazione coordinata e continuativa;
- c) autorizzazione a nuovi 10 comandi e proroga di 30 comandi precedentemente autorizzati;
- d) indizione dell'avviso per l'incarico quinquennale di Direttore di S.C. Anestesia e Rianimazione;
- e) indizione dei seguenti concorsi pubblici:
  - n. 2 posti di Dirigente medico di Ematologia;
  - n. 2 posti di Dirigente medico di Anestesia e Rianimazione;
  - n. 2 posti di Dirigente medico di Chirurgia Generale;
  - n. 2 posti di Dirigente medico di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza;
- f) conclusione dei seguenti concorsi:
  - n. 4 posti di Dirigente medico di Malattie dell'apparato respiratorio;
  - n. 1 posto di Dirigente medico di Medicina nucleare;
  - n. 1 posto di Dirigente medico di Otorinolaringoiatria;
  - n. 1 posto di Dirigente medico di Cardiologia;



- n. 1 posto di Dirigente Fisico;
- n. 3 posti di Dirigente Farmacista;
- n. 2 posti di Dirigente Medico di Psichiatria;
- n. 2 posti di Dirigente Medico Nefrologia;
- n. 6 incarichi quinquennali di Direttore di S.C. di Psichiatria;
- n. 1 incarico quinquennale di Direttore di S.C. di Neurochirurgia;

- n. 1 incarico quinquennale di Direttore di S.C. di Chirurgia Generale.

In relazione al Servizio di Integrazione scolastica per i diversamente abili (SISH), l'Azienda ha assicurato anche per l'anno 2007 le attività assistenziali in favore degli alunni diversamente abili della provincia di Brindisi già promosse nell'anno precedente. Il servizio è stato reso possibile dalla gestione di operatori sanitari assegnati ai Centri Aperti, organizzati dal NIAT, ed operatori non sanitari operanti presso vari Comuni della provincia.

## 3.2.2 Relazioni sindacali

Nell'anno 2007 è stato dato corso, ai fini della valorizzazione e riqualificazione professionale dei dipendenti, alle progressioni verticali di cui agli artt. 18 e 19 del CCNL 19/04/2004, ed al conferimento degli incarichi provvisori di coordinamento, da lungo tempo in discussione, in applicazione dell'art. 10 comma 7 del CCNL 20/09/2001, Il biennio economico 2000-2001.

Anche con le Organizzazioni sindacali delle Aree dirigenziali si è costantemente sviluppato uno stabile sistema di relazioni sindacali ed un continuo confronto. Nel corso dell'anno 2007, in particolare, il clima collaborativo esistente ha consentito di far fronte, attraverso l'acquisizione di prestazioni aggiuntive a carico del bilancio aziendale, a continue richieste diagnostiche e strumentali ritenute ad alta "criticità erogativa", concorrendo così all'abbattimento delle liste di attesa.

127

## 3.2.3 Sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

L'ASL Brindisi considera la sicurezza e la salute un obiettivo di primaria importanza per una corretta gestione dell'Azienda. In tal senso, ottemperando a quanto previsto dal decreto legislativo n. 81 del 2008 ( ex 626\94), opera da tempo il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale in staff alla Direzione Generale, con compiti di individuazione e valutazione dei rischi e di proposizione di misure per il miglioramento del livello di sicurezza.

Lo stesso non è limitato alla sola funzione di copertura degli obblighi del datore di lavoro in merito alla sicurezza e alla formazione dei dipendenti (attività che ha comportato una riduzione del 5% dei premi INAIL pagati dall'ASL negli anni 2006 e 2007 ), ma ha mantenuto la competenza di MEDICINA DEL LAVORO per la salvaguardia sia dei pazienti che vengono ospitati nell' ASL che dei dipendenti esposti a rischi di contrarre malattie del lavoro ed infortuni (infatti del miglioramento degli ambienti di lavoro dell'ASL ne beneficiano sia i malati che i lavoratori).

Il tutto si traduce in prestazioni multi disciplinari collegate alla funzionalità respiratoria, alle malattie allergiche ed alle contaminazioni biologiche e infine, in consulenze all'interno per i lavoratori delle aziende brindisine e degli stessi medici di base.

La tabella sotto riportata evidenzia i dati di attività del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale- Medicina del Lavoro.

Dati di attività	anno 2007
<b>SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE-MEDICINA DEL LAVORO</b>	
<b>Dipendenti ASL</b>	
Accertamenti sanitari	5.174
idoneità lavorativa e notturna	7.230
sopralluoghi aziendali	227
relazioni	227
altro(Test allergici-audiometrie-spirometrie-Mantoux-)	150
<b>Dipendenti ditte esterne</b>	
Accertamenti sanitari	732
prelievi venosi	478
idoneità lavorativa	725
spirometrie	433
audiometrie	414
altro(Test allergici-sopralluoghi-relazioni)	90
<b>Formazione lavoratori ASL D.Lgs 626\94</b>	
ore di formazione	180
personale formato	1.250
Crediti ECM	3.309

## 3.2.4 Sistemi di valutazione e verifica

### 1. Personale del comparto.

Nel corso dell'anno 2007 si è proceduto alla valutazione della performance individuale del personale di Comparto ed all'erogazione dei compensi per la Produttività Collettiva. A tal fine, sono state predisposte e distribuite 2513 schede di valutazione secondo il modello approvato con il Contratto Collettivo Integrativo decentrato del 3.10.2006. Nel rispetto della contrattazione vigente, per le schede recanti annotazioni di dissenso della proposta di valutazione espressa dal dirigente valutatore, il Nucleo di Valutazione ha attivato la procedura di gravame prevista, ascoltando le parti interessate.

Nel corso dell'anno 2007 sono state iniziate 57 cause da parte del personale dipendente innanzi al giudice del lavoro.

### 2. Personale della dirigenza.

La valutazione dei dirigenti rappresenta un meccanismo operativo centrale del processo di gestione di un'organizzazione. Per l'anno 2007, è stata conclusa la procedura di valutazione della Dirigenza dei ruoli Tecnico-Amministrativo-Professionale e si è in attesa di procedere al pagamento della relativa retribuzione di risultato. E' stata avviata, altresì, ed è in corso di ultimazione la valutazione della dirigenza medica e sanitaria.

Nel corso dello stesso anno sono state avviate e concluse, a seguito del processo valutativo portato a termine dai relativi Collegi Tecnici, 45 procedure di verifica del personale dirigenziale (dirigenti medici, dirigenti sanitari e dirigenti veterinari). In virtù delle verifiche positive dei competenti Collegi, si è proceduto all'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia superiore a quei dirigenti che hanno terminato il primo quinquennio di servizio ed al passaggio alla fascia superiore della indennità di esclusività per i dirigenti che hanno maturato l'esperienza professionale pari a quindici anni.

Si è provveduto, altresì, alla predisposizione degli atti per l'attribuzione della retribuzione di posizione minima unificata, ai sensi degli artt. 3 e 4 del CCNL. 8.6.2000 Il biennio economico, 37 e 42, CCNL. 3.11.2005 I biennio economico, e 5 del CCNL 5.7.2006 Il biennio economico - area della dirigenza medica e veterinaria - ed ai sensi degli artt. 3 e 4 del CCNL. 8.6.2000 Il biennio economico, 37 e 44, CCNL. 3.11.2005 I biennio economico, e 3 del CCNL 5.7.2006 Il biennio economico - area della dirigenza sanitaria, in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari in servizio a tempo indeterminato e con rapporto esclusivo presso questa Azienda, a seguito delle verifiche positive da parte dei Collegi tecnici, liquidando, contestualmente, le somme spettanti a titolo di arretrati.

# Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e guardia medica

## 3.3



Le cure Primarie sono garantite prevalentemente da risorse professionali che hanno con la ASL di Brindisi un rapporto di convenzione: Medici di Medicina Generale (MMG) Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale; al 31 dicembre 2007 il personale convenzionato è pari a:

- 332 Medici di Medicina Generale
- 57 Pediatri di Libera Scelta

con la seguente distribuzione per distretto sanitario:

Distretto	mmg	%	pls	%	Totale
Distretto 1	94	27,1	17	29,8	107
Distretto 2	71	21,4	11	19,3	82
Distretto 3	82	24,7	13	22,8	95
Distretto 4	89	26,8	16	28,1	105
<b>Totale</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>389</b>

Fonte: SISR

129

Inoltre, operano nella nostra Azienda 85 medici di continuità assistenziale (guardia medica), distribuiti in 20 postazioni; nel 2007 il servizio è stato attivo per complessive n. 33.341 ore.

Essi svolgono, per conto della ASL, il ruolo principale di erogatore dell'assistenza primaria e di regolatore dell'accesso dell'assistenza farmaceutica, alla specialistica ambulatoriale ed ai ricoveri.

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, mette i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta nella condizione di governare i percorsi diagnostici terapeutici, favorendo la continuità e l'integrazione tra i diversi livelli di cura. In questo processo si avvalgono dei Medici di continuità assistenziale e di altri professionisti presenti nei presidi distrettuali.

Il peso crescente delle patologie croniche degenerative, che si caratterizzano per un elevato carico assistenziale in termini anche di continuità delle cure e, l'esigenza di governare i percorsi di diagnosi e cura, perseguendo l'appropriatezza delle prestazioni, inducono il singolo professionista a ricercare la collaborazione di altri colleghi e di altre figure professionali.

In particolare, le forme strutturate di assistenza primaria attualmente attive sul territorio consistono in:

Medici	In rete	In gruppo	In associazione	Totale
MMG	60	76	90	226
PLS	1	6	22	29

Fonte: SISR

Tale mappatura, se confrontata con quella corrispondente a qualche anno addietro, consente di evidenziare i seguenti aspetti: una tendenza positiva circa la costituzione di forme strutturate di assistenza primaria a crescente complessità organizzativa nell'ambito della medicina generale, che attualmente interessa il 65% di tutti i medici di medicina generale dell'ASL di Brindisi, è importante quindi sottolineare come questa tendenza all'associazione, nelle sue varie forme, ha prodotto ormai una cultura del "lavoro di gruppo" tra i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

Riguardo al tema dell'attenta ridefinizione e riqualificazione concertata della funzione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, quali soggetti attivi di regolazione della domanda, onde evitare il ripetersi di impieghi impropri delle risorse, l'Azienda ha mantenuto un dialogo costante con i Medici di Medicina Generale (M.M.G.) e con i Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.), sia a livello di confronto che di concertazione, allo scopo di ridefinire e riqualificare la loro funzione, considerato che gli stessi sono elemento centrale del sistema in quanto regolano, a regime, l'accesso a diverse tipologie di prestazioni, quali prestazioni di ricovero ospedaliero non urgenti, prestazioni diagnostiche, prestazioni di assistenza domiciliare, prescrizioni farmaceutiche ed altro ancora. Pertanto, senza rinunciare ad esercitare la dovuta azione di controllo, l'ASL BR ha ricercato il costante coinvolgimento dei M.M.G. e dei P.L.S. circa le scelte di fondo della programmazione ed organizzazione sanitaria all'interno del territorio aziendale, facendoli sentire protagonisti del rimodellamento funzionale in atto oltre che corresponsabili dell'equilibrio economico complessivo.

Il coinvolgimento dei M.M.G. e P.L.S., finalizzato alla ridefinizione e riqualificazione della loro funzione è un processo che la Azienda sta favorendo attraverso le seguenti azioni:

- regolare convocazione dei rappresentanti delle rispettive OO.SS. a tutte le riunioni tra Direzione strategica e Direzioni operative dedicate a problematiche di ordine economico-funzionale;
- condivisione preventiva del modello di assistenza domiciliare;
- sottoscrizione del Protocollo di intesa per la gestione dell'Ospedale di Comunità di Cisternino;
- realizzazione di momenti formativi con la partecipazione di M.M.G., P.L.S. e Medici Ospedalieri, finalizzati alla definizione di linee-guida diagnostico-terapeutiche per la gestione di percorsi assistenziali condivisi circa le condizioni di patologia più diffuse nella popolazione.

Inoltre, il processo di riqualificazione della funzione dei M.M.G. e P.L.S. non può prescindere dalla definizione puntuale delle prestazioni all'interno di un nomenclatore unico, il quale deve indicare tutte le prestazioni erogate a favore del cittadino, tra cui quelle richieste dai M.M.G. e P.L.S., fungendo da strumento di base per la predisposizione di "schede di budget" ad uso di tutte le Direzioni operative territoriali (Distretti, Aree Sovradistrettuali, Dipartimento di Prevenzione).

Il nomenclatore comune delle attività risponde anche all'esigenza di evitare che soggetti residenti in territori diversi ricevano trattamenti diversi per la stessa tipologia di bisogno e costituisce un valido strumento di programmazione e valutazione della spesa, oltre ad essere assolutamente necessario per la predisposizione del "budget" dei M.M.G. e P.L.S., nell'ambito del "budget" di Distretto. A tale proposito, l'Azienda ha già avviato una serie di riunioni operative.

I Pediatri di Libera Scelta, collaborano con il NIAT per l'attivazione di procedure finalizzate alla diagnosi precoce dell'autismo e per la presa in carico precoce dei disturbi del linguaggio.



Il territorio della ASL di Brindisi comprende 103 farmacie convenzionate distribuite nel territorio provinciale, con un totale di 4.004.036 ricette emesse, per una spesa di euro/mgl 82.859 per il totale degli abitanti presenti sul territorio, e per un costo unitario per assistito di euro 206<sup>4</sup>.

Tra i risultati raggiunti nell'anno di riferimento ricopre una particolare importanza il contenimento della spesa farmaceutica. In linea con gli obiettivi della legge 405/2001<sup>5</sup>, la ASL ha utilizzato una serie di strumenti e risorse finalizzati ad evitare inutili sprechi, tra le quali l'attività di verifica sull'appropriatezza delle prescrizioni

e delle dispensazioni svolte dall'équipe di farmacisti costituitasi presso L'Area Farmaceutica. Tale attività è supportata dalla competenza professionale della Commissione Tecnica Farmaceutica Aziendale e dalla Commissione sull'appropriatezza delle prescrizioni, entrambe con poteri decisionali in merito all'adozione di eventuali provvedimenti di addebito nei confronti di farmacisti e medici<sup>6</sup>.

Nel corso dell'anno di riferimento sono state inoltrate note di richiamo, ed in alcuni casi note di addebito nei confronti di medici e farmacisti, per prescrizioni inappropriate di farmaci. Inoltre è stata svolta una capillare campagna di informazione nei confronti della classe medica, attraverso incontri presso le varie sedi distrettuali, in cui si è discusso sulla normativa inerente la farmacovigilanza, con le conseguenti modalità applicative, e sull'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci.

La ragione del graduale decremento di spesa, è ascrivibile anche al minor costo sostenuto per l'acquisto dei farmaci inseriti nel prontuario ospedaliero (PHT)<sup>7</sup>, grazie al maggiore sconto di cui usufruiscono le Aziende Sanitarie rispetto alle farmacie convenzionate; tali farmaci sono comunque erogati dalle farmacie convenzionate, che ricevono soltanto un rimborso per il servizio fornito.

Di seguito si riporta graficamente l'analisi della spesa farmaceutica 2007 confrontata con l'anno 2006:

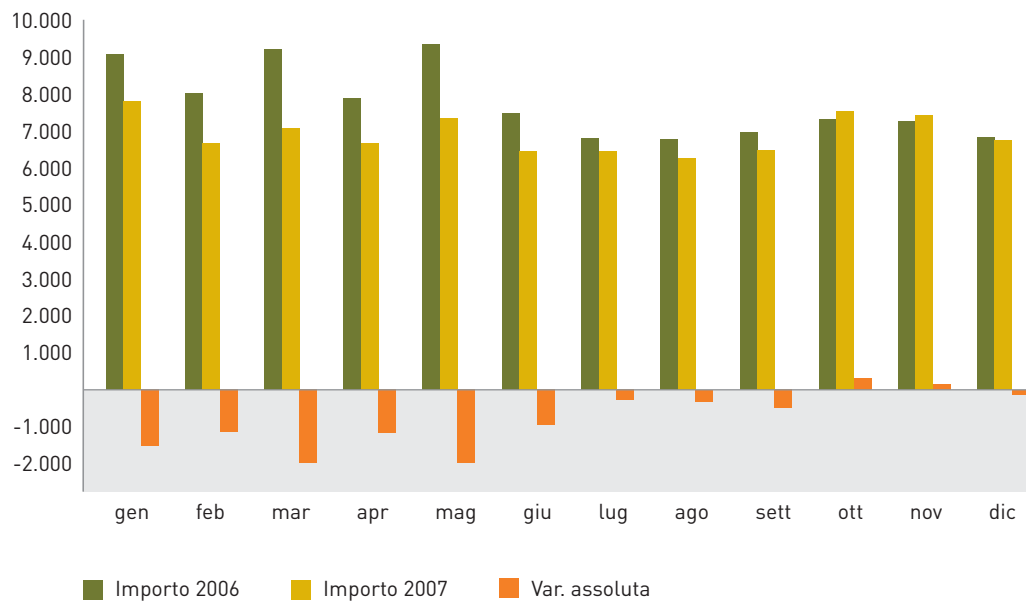
<sup>4</sup> i dati presenti nel paragrafo sono estrapolati dalla Fonte Reportistica 2007- Unità Controllo Gestione

<sup>5</sup> Legge 16 novembre 2001, n. 405 «Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria»

<sup>6</sup> tale attività è esplicitata grazie al controllo delle ricette SSN che viene effettuato dal Servizio Farmaceutico, che o le esamina singolarmente o si avvale di adeguati sistemi informatici: IMS HEALTH, OPTIFARM, SVIM.

<sup>7</sup> Accordo Ares-Federfarma, reso esecutivo a partire dal giugno 2006, D.G.R. n. 1721/2005.

### Spesa Farmaceutica euro/000



Fonte: UCG - Servizio Farmaceutico

L'analisi del grafico evidenzia una progressiva contrazione della spesa farmaceutica soprattutto nel primo semestre del 2007, che ha inciso sulla diminuzione della spesa in tutto l'anno 2007, nonostante un aumento delle ricette emesse nel territorio provinciale.

Con riferimento al costo dell'assistenza farmaceutica per assistito, la tabella di seguito riportata<sup>8</sup> evidenzia il costo medio per assistito per singolo distretto:

132

Costo unitario 2007	Euro
Dss Brindisi	205,00
Dss Fasano	199,00
Dss Francavilla F.na	197,00
Dss Mesagne	220,00
<b>Totale</b>	<b>206,00</b>

<sup>8</sup> Fonte: Reportistica 2007-Unità Controllo Gestione



La ASL BR, nell'espletamento dell'attività contrattuale relativa alla fornitura di beni e servizi, utilizza prevalentemente lo strumento della procedura aperta volto ad assicurare la massima partecipazione ed adesione alle gare d'acquisto; mediante la pubblicazione dei bandi di gara e dei relativi avvisi su quotidiani locali e nazionali, lettere di invito a partecipare ed informazioni reperibili sul sito aziendale, sul quale è stato attivato un apposito spazio per le gare bandite dall'Azienda. Per le forniture di

importo minimo, oltre ai fornitori abituali, vengono contattati tutti coloro che iscritti nell'apposito Albo Aziendale dei fornitori, ne facciano richiesta, purchè in possesso dei requisiti necessari.

In situazioni eccezionali, di effettiva urgenza, l'Area preposta può contattare direttamente o attraverso strumenti più facilmente gestibili della procedura ordinaria il contraente.

I **tempi medi di pagamento** sono di circa 185 gg: i ritardi sono da attribuire allo sfasamento temporale tra il sostenimento dei costi e l'ottenimento dei flussi finanziari regionali. Al fine di non allungare i tempi medi di pagamento, l'Azienda nel corso dell'anno 2007 ha fatto ricorso in maniera sistematica all'anticipazione di cassa. Le procedure monitorie ed esecutive tra fornitori e ASL BR attivate nell'anno 2007 sono 20, tutte riconducibili a contestazioni relative ai ritardi nei tempi di pagamento, mentre sono 5 i contenziosi ancora pendenti con due laboratori di analisi per il riconoscimento dell'adeguamento dei tetti di spesa assegnati dalla Regione.

Relativamente all'attività di fornitura di beni e servizi, la ASL BR ha adottato 230 provvedimenti che hanno determinato aggiudicazioni e/o affidamenti forniture, del valore complessivo di Euro/mgl 31528.

Il contenzioso in relazione alle procedure di gara, prodotto dalle ditte concorrenti a tutela dei loro interessi, ha riguardato nel 2007 n. 10 ricorsi: 8 rigettati e 2 accolti.

#### HELP

I **tempi medi di pagamento** sono un indice di bilancio patrimoniale e sono pari al rapporto tra il totale dei debiti verso i fornitori ed il totale di acquisti di beni mobili, immobili e servizi, moltiplicato 360 gg commerciali.

## La ricaduta sul territorio

### Pagamenti per area geografica (euro/000)

Area geografica	Totale pagamenti 2006	Totale anno 2006	Totale pagamenti 2007	Totale anno 2007
PUGLIA	83.066	44,9%	85.594	45%
NORD	66.602	36%	70.521	37%
CENTRO	34.359	18,6%	32.665	17%
SUD	727	0,4%	2.464	1%
ISOLE	99	0,1%	217	0%
<b>Totale</b>	<b>184.853</b>	<b>100%</b>	<b>191.461</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione A.Finanziaria su dati contabilità anno 2007

Il confronto delle due tabelle evidenzia che il flusso dei pagamenti effettuati dalla ASL nei confronti di fornitori di beni e servizi ricade per quasi la metà sul territorio regionale (45%), mentre la restante parte è distribuita su tutto il territorio nazionale, con una predominanza dei pagamenti nei confronti del nord, a seguito della presenza in Lombardia sedi delle maggiori aziende farmaceutiche.

### Pagamenti in Puglia per area geografica (euro/000)

Distribuzione 6 province della Puglia	Valore pagamenti 2006	Totale	Valore pagamenti 2007	Totale
BRINDISI	52.684	63,4%	54.495	64%
BARI	13.580	16,4%	12.298	14%
LECCE	12.274	14,8%	13.742	16%
TARANTO	2.859	3,4%	2.511	3%
FOGGIA	1.423	1,7%	2.291	3%
BAT	246	0,3%	252	0%
<b>Totale</b>	<b>83.066</b>	<b>100%</b>	<b>85.589</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione A.Finanziaria su dati contabilità anno 2007



L'analisi dei pagamenti in Puglia evidenzia una forte concentrazione della ricaduta del flusso sulle aziende insistenti sul territorio della provincia di Brindisi (64%), in crescita rispetto allo scorso anno, e nelle province di Bari (14%) e Lecce (16%).

#### Pagamenti nella provincia di Brindisi per comune (euro/000)

Comuni provincia di Brindisi	Pagamenti effettuati 2006	Composizione %
BRINDISI	26.969	51,2%
OSTUNI	10.831	20,6%
FRACAVILLA FONTANA	3.084	5,9%
CAROVIGNO	1.800	3,4%
MESAGNE	1.724	3,3%
LATIANO	1.573	3%
FASANO	1.571	3%
CEGLIE M.CA	917	1,7%
SAN DONACI	838	1,6%
ORIA	604	1,1%
SAN MICHELE SALENTINO	578	1,1%
CISTERNINO	521	1%
SAN PIETRO V.CO	519	1%
TORRE S. SUSANNA	426	0,8%
CELLINO S. MARCO	329	0,6%
SAN VITO DEI NORMANNI	288	0,5%
SAN PANCRAZIO S.NO	88	0,2%
TORCHIAROLO	21	0%
ERCHIE	3	0%
VILLA CASTELLI	0	0%
<b>Totale</b>	<b>52.684</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione A.Finanziaria su dati contabilità anno 2007

135

#### Pagamenti nella provincia di Brindisi per comune (euro/000)

Comuni provincia di Brindisi	Pagamenti effettuati 2007	Composizione %
BRINDISI	22.326	43%
OSTUNI	18.243	33%
FRACAVILLA FONTANA	2.845	5%
CAROVIGNO	1.874	3%
MESAGNE	1.462	3%
LATIANO	1.974	4%
FASANO	643	1%
CEGLIE M.CA	405	1%
SAN DONACI	1.098	2,5%
ORIA	737	1%
SAN MICHELE SALENTINO	800	0,4%
CISTERNINO	734	1%
SAN PIETRO V.CO	466	1%
TORRE S. SUSANNA	386	1%
CELLINO S. MARCO	224	0,1%
SAN VITO DEI NORMANNI	51	0%
SAN PANCRAZIO S.NO	49	0%
TORCHIAROLO	120	0%
ERCHIE	52	0%
VILLA CASTELLI	6	0%
<b>Totale</b>	<b>54.495</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione A.Finanziaria su dati contabilità anno 2007

# 3.6

## Strutture private accreditate



Sono chiamate "Accreditate" le strutture di proprietà privata che erogano prestazioni sanitarie, sia in forma ambulatoriale che di ricovero, con oneri a carico della ASL, e che sono in possesso dei particolari requisiti di carattere organizzativo, strutturale e strumentale definiti dalla Regione Puglia con apposito Regolamento n° 3 del 1995 per garantire gli standard di qualità richiesti per lo svolgimento delle attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale .

I rapporti con la ASL sono regolati da specifici contratti, a valenza annuale, nei quali vengono specificati, sulla base delle esigenze della popolazione e delle potenzialità delle strutture aziendali in gestione diretta, il numero e la tipologia delle prestazioni da erogarsi, il corrispondente valore economico e quindi il tetto massimo di spesa che la ASL può assumere a proprio carico .

Con l'atto contrattuale, sottoscritto con le singole strutture, si definisce, fra l'altro, la quantità delle prestazioni da acquistare con pagamento a tariffa intera, la quantità da remunerare con una diminuzione percentuale della tariffa, nonché la remunerazione, ben più rilevante, da riconoscere in caso di erogazioni di prestazioni in eccedenza al "tetto massimo" assegnato a ciascuna struttura. Tale ultimo istituto contrattuale, volontariamente accettato da tutte le Strutture per l'anno 2007, ha consentito di garantire la erogazione di prestazioni per l'intero anno ,nel rispetto del principio della "libera scelta" del cittadino nell'individuazione della struttura di propria fiducia, con ciò conseguendosi un doppio risultato positivo:

- a) non si è registrato da parte dei cittadini il noto disagio conseguente alla interruzione della erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private nell'ultimo periodo dell'anno a causa dell'esaurimento del "tetto massimo" assegnato a ciascuna struttura ;
- b) non si sono sovraccaricate di attività le strutture in gestione diretta con la conseguenza dell'allungamento delle "liste d'attesa" .

Operano nel territorio della Provincia n° 2 Case di Cura private, n° 28 Laboratori di analisi, n° 4 sudî radiologici, n° 2 Odontoiatrici, n° 1 Cardiologico e n° 5 Istituti di fisiokinesiterapia . Si riportano di seguito i dati sintetici di attività delle citate strutture sia in termini di numero di prestazioni erogate che di costi sostenuti dalla ASL :

Branca Specialistica	N° Strutture	N° Prestazioni Erogate	Costo Complessivo
Cardiologia	1	3.119	53.975,88
Fisiokinesiterapia	5	415.566	1.309.444,68
Odontoiatria	2	19.694	485.782,96
Radiologia	4	55.363	2.742.392,38
Laboratori Analisi	28	2.014.908	5.671.560,51
Istituti Termali			
<b>Totali</b>	<b>40</b>	<b>2.508.650</b>	<b>10.263.156,41</b>

Fonte: UCG



## 3.7.1 Regione Puglia

La Regione Puglia ha specifiche competenze in materia sanitaria attraverso l'emanazione di leggi e di atti amministrativi. Provvede, altresì, a determinare il finanziamento di ciascuna azienda sanitaria sulla base di una quota capitaria nonché al finanziamento di specifici progetti regionali attuati dalle ASL.

Altra importante funzione svolta dall'Ente Regionale è quella di vigilanza e controllo sulle aziende sanitarie e di valutazione dei risultati raggiunti dal Direttore Generale. Nel-

l'ambito delle attività di Pianificazione e Programmazione, la Regione individua per ciascuna azienda sanitaria gli obiettivi da raggiungere, che sono coerenti con la Pianificazione fatta per l'intera Regione. Tali obiettivi, aventi validità coincidente con la durata dell'incarico del Direttore Generale, vengono annualmente aggiornati con quanto previsto nel Documento Regionale di Indirizzo Economico-Funzionale (DIEF).

Nel corso dell'anno 2007 l'ASL Brindisi ha provveduto a rendicontare alla Regione Puglia, con periodicità trimestrale, in merito al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale.

Un'importante funzione di raccordo tra gli atti di amministrazione attiva posti in essere dall'Azienda e le linee programmatiche dell'Ente Regionale è svolta dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES) istituita con Legge Regionale n.24 del 13/08/2001.

Tra i diversi compiti attribuiti all'ARES dal predetto atto istitutivo si segnalano:

- collabora all'elaborazione delle proposte per la predisposizione del Piano Sanitario Regionale (PSR);
- fornisce alla Regione il supporto tecnico per l'elaborazione dei principi e dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- elabora la relazione annuale in ordine allo stato di attuazione del PSR vigente, sui risultati di gestione del SSR e sugli orientamenti delle risorse per l'anno successivo;
- collabora con l'Osservatorio epidemiologico regionale per la valutazione dei bisogni di salute e dell'offerta relativi ai servizi sanitari necessari;
- elabora le direttive di organizzazione, di programmazione strategica, di pianificazione delle attività, di vigilanza e controllo delle Aziende ASL ed Enti del SSR per la valutazione dei risultati conseguiti che saranno proposte alla Giunta Regionale dall'Assessore alla sanità;
- fornisce la necessaria assistenza alle Aziende Sanitarie ed agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione;
- determina i criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie, degli IRCCS, degli enti ecclesiastici e delle strutture sanitarie accreditate;
- fornisce alla Regione supporto tecnico per la definizione dei criteri preventivi ai fini della valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Al fine dell'elaborazione del Piano Regionale di Salute, la Regione Puglia, a cura dell'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Assessorato alla Trasparenza e Cittadinanza Attiva, ha promosso una campagna di ascolto rivolta ai cittadini avvalendosi della collaborazione di ogni singola ASL. A questo proposito, l'ASL BR ha attuato un Piano di comunicazione per garantire la partecipazione attiva di cittadini, Enti, Associazioni, Organizzazioni ed Enti vari. Sono stati utilizzati differenti strumenti di ascolto, come incontri diretti e web per raccogliere proposte su tematiche considerate prioritarie quali sanità e differenza di genere, tutela dei soggetti deboli, funzionalità dei servizi, rapporto tra pazienti e operatori sanitari.

### 3.7.2 Altri enti

Per quanto riguarda le collaborazioni con Enti quali Provincia, Comuni, Scuole e Forze Armate, sono stati riportati i singoli progetti realizzati negli specifici ambiti di intervento nella terza parte relativa alla Relazione Sociale. Dette attività sono regolamentate da Accordi e Protocolli di intesa.

Tra i più importanti, nel corso dei primi mesi dell'anno 2007, sono stati sottoscritti, con i Comuni associati, gli Accordi di programma per la realizzazione dei progetti previsti nei Piani di Zona. Sono stati sottoscritti quattro Accordi di Programma, ai sensi del T.U.E.L., con gli ambiti territoriali di Brindisi, Mesagne, Francavilla F. e Fasano, riguardo:

- la costituzione di Coordinamenti Istituzionali quali Enti Gestori del programma del Piano di Zona;
- la costituzione di Uffici di Piano deputati alla realizzazione dei progetti di cui sopra;
- Il finanziamento dei progetti a carattere socio-sanitario per la parte di competenza ASL.

138

Una consolidata opportunità nella determinazione delle politiche sanitarie aziendali è rappresentata dalla Conferenza dei Sindaci, istituita presso l'Azienda come organismo consultivo previsto dalla normativa. Composta da cinque membri in rappresentanza dei venti comuni della provincia, ha la funzione principale di rappresentare le esigenze della popolazione avendo la facoltà di fornire linee di indirizzo sulla definizione dei piani programmatici. Nel 2007 è stata presieduta dal Sindaco della città di Brindisi fino ad elezione come nuovo presidente del Sindaco della città di S. Vito dei Normanni, avvenuta in ottobre.

Nell'anno è stata convocata quattro volte per trattare i seguenti argomenti:

- Esame e parere sulla deliberazione n. 469 del 28 febbraio 2007 avente ad oggetto: "Bilancio economico preventivo 2007 e bilancio economico pluriennale 2007- 2009";
- Insediamento dei componenti della rappresentanza dei sindaci ed elezione del nuovo presidente;
- Presentazione della bozza del Piano regionale della salute;
- Discussione e proposte per la redazione del Piano della salute della ASL BR.

Fra i più rilevanti Protocolli di Intesa sottoscritti con l'Amministrazione provinciale di Brindisi, sono da riportare "Gestione dell'Osservatorio Provinciale sulle Politiche Sociali"; "Istituzione della Consulta provinciale sulle Migrazioni, mentre con la Prefettura di Brindisi è stato stipulato un Protocollo di Intesa sulla costituzione di un Osservatorio.



## Il Comitato Consultivo Misto ASL BR

Le associazioni di volontariato e organismi di tutela nella provincia di Brindisi continuano a svolgere funzione di grande supporto al sistema sanitario aziendale. La partecipazione all'attività di programmazione sanitaria ha avuto una spinta notevole a seguito della campagna di ascolto e di coinvolgimento attuata dall'Assessorato alla Trasparenza e Cittadinanza Attiva propedeutica alla ste-

sura del Piano Regionale della Salute.

Sono 130 le associazioni di volontariato censite sul territorio provinciale che operano nel settore socio-sanitario con funzioni di assistenza, promozione della salute e di tutela dei diritti dei cittadini, mentre sono 40 quelle accreditate presso il Comitato Consultivo Misto con le quali prosegue una collaborazione sempre più organica e costante nel tempo a partire dal 2004.

Questo organismo, costituito da parte aziendale e referenti di associazioni, rappresenta una grande opportunità di partecipazione democratica per il cittadino e un'importante occasione di ascolto e di confronto per la Direzione Aziendale. Tavoli di lavoro tematici, a cui hanno aderito associazioni affini, propongono suggerimenti per il miglioramento dei servizi ed elaborano progetti per iniziative comuni.

Anche il 2007 è stato un anno denso di attività e di collaborazione tra Azienda e Volontariato. Sono state convocate n. 6 riunioni dell'assemblea plenaria e 11 del Coordinamento Operativo, che si riunisce una volta mese per proporre iniziative in rappresentanza dell'assemblea o coordinare i lavori in itinere. Per quanto riguarda l'attività dei tavoli di lavoro:

- Donazione e trapianto: durante l'anno è stato approvato e diffuso su tutto il territorio (soprattutto nelle scuole) il bando per la partecipazione al I concorso provinciale su donazione di organi e di sangue "Il tuo modo di donare la vita" fotografia, disegno, pittura, video e slogan, realizzato insieme all'AIDO Brindisi, AIDO Francavilla Fontana, AIDO Fasano, AIDO Erchie, AVIS provinciale e comunale di Brindisi, ANED di Brindisi e ATO Brindisi. Idea innovativa nata per sensibilizzare maggiormente anche la popolazione giovanile sul significato della cultura della donazione.
- Terza età e disabilità: la ASL ha donato un'auto all'AUSER da utilizzare per l'accompagnamento di soggetti fragili per necessità sanitarie.
- Prevenzione oncologia: i componenti del tavolo hanno condiviso un progetto elaborato dal GNA per l'apertura di un Hospice a Latiano, presentato all'Assessorato alla Politiche della Salute della Regione Pubblica, e un progetto dell'ARCA per l'istituzione del Registro Tumori e del Registro delle Cause di Morte.

Con il sostegno e l'ospitalità dell'Azienda presso il complesso Di Summa a Brindisi ad aprile è stato inaugurato l'ambulatorio infermieristico gestito dalla Croce Rossa. Attraverso la collaborazione con l'Ordine dei Medici sono stati reclutati medici volontari, mentre l'Ordine dei Farmacisti fornisce l'approvvigionamento gratuito di materiale sanitario di consumo. Con l'ANTEAS di Brindisi sono stati organizzati due incontri sull'organizzazione e sull'attività aziendale rivolti ai soci dell'associazione.

I componenti del Comitato Consultivo Misto sono stati coinvolti come parte attiva nel progetto regionale dell'AUDIT Civico, finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza e delle cure "dal punto di vista dei cittadini". La rilevazione è stata effettuata in alcune strutture aziendali nei mesi di gennaio e febbraio da operatori URP aziendali e da TDM, ANTEAS e Medicina Democratica.

Le associazioni sono state consultate dall'Azienda per raccogliere proposte sul Piano regionale di salute aziendale nella fase di elaborazione del Piano di Salute regionale, importante occasione di partecipazione in cui sono stati coinvolti cittadini e operatori sanitari. Hanno dato anche contributo attivo nell'organizzazione della Conferenza dei Servizi.

Oltre alla collaborazione con le Associazioni attraverso il C.C.M., rimangono attive le convenzioni in settori quali: emergenza sanitaria 118, assistenza oncologica, donazione sangue, disabilità.

Nei locali siti presso l'Ospedale di Summa, attraverso contratti di comodato d'uso gratuito sono inoltre ospitate le Associazioni di seguito riportate:

- A.I.S.T.O.M. - Associazione Pugliese Stomizzati
- A.I.D.O. - Associazione Italiana Donazione Organi, provinciale e comunale
- ADMO - Associazione Donatori Midollo Osseo
- ANT - Associazione Nazionale Tumori
- A.P.C.A.T.- Associazione Provinciale Club Alcolisti in Trattamento
- A.V.I.S. - Associazione Volontari Italiani Sangue, provinciale e comunale
- Centro di formazione permanente Brundisium ONLUS
- AIC - Associazione Italiana Celiachia
- Brindisi Cuore - Associazione Provinciale per la Lotta contro le malattie cardio-vascolari
- AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla ONLUS
- AIPD - Associazione Italiana Persone Down
- Tribunale per i Diritti del Malato (presso l'Ospedale Perrino)
- ISTEBA - Istituto Italiano per lo studio e la terapia psicoanalitica dei bambini e degli adolescenti

140

### **Associazioni di volontariato e organismi di tutela accreditate presso la ASL BR**

#### **VOLONTARIATO PER L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA**

A.I.P.D. Associazione Italiana Persone Down - Brindisi

**Finalità:** integrazione sociale, scolastica, lavorativa, delle persone down.

ANTEAS Associazione nazionale terza età attiva

**Finalità:** promozione e integrazione delle persone anziane.

**Sedi:** Brindisi, Francavilla Fontana.

AUSER - Autogestione Servizi Solidarietà - Brindisi

**Finalità:** servizi e solidarietà alla persona.

BRINDISI CUORE - Associazione Provinciale per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari - Brindisi

**Finalità:** prevenzione e lotta alle malattie cardiovascolari.

Centro di Formazione Permanente Brundisium - Brindisi

**Finalità:** formazione in campo sanitario

C.I.F. - Centro Italiano Femminile - Erchie

**Finalità:** contribuire alla crescita e allo sviluppo delle persone e della famiglia nella vita sociale, culturale e politica.

Il Giglio - Brindisi

**Finalità:** tutela della famiglia e del minore

Inner Wheel Club - Brindisi

**Finalità:** associazione socio-culturale

La Rinascita – S. Pietro Vernotico

**Finalità:** inserimento sociale di portatori di handicap.

Libreria delle Donne - Brindisi

**Finalità:** valorizzazione delle donne e dei percorsi femminili

Centro Studi Europei "Il Segno Mediterraneo"

**Finalità:** valorizzazione delle donne e dei percorsi femminili

#### VOLONTARIATO PER L'EMERGENZA SANITARIA

E.A.M. Associazione Euro Assistenza Mobile - Ostuni

**Finalità:** servizio di soccorso primario ambulanza per le emergenze.

A.V.P.C. Associazione Volontari Protezione Civile - Latiano

**Finalità:** servizio emergenza radio – protezione civile.

C.I.S.O.M. Cavalieri Ordine di Malta - Corpo Italiano di Soccorso - Brindisi

**Finalità:** attività di soccorso e intervento in caso di calamità.

Croce Rossa Italiana - Brindisi

**Finalità:** attività sociosanitarie ed assistenziali, primo soccorso, servizio ambulanza, trasporto infermi.

141

Misericordia Brindisi

**Finalità:** servizio di soccorso per le emergenze sanitarie e trasporto infermi.

**Sedi:** Brindisi.

#### VOLONTARIATO PER LA LOTTA AI TUMORI

A.N.T. - Associazione Nazionale Tumori

**Finalità:** assistenza domiciliare gratuita ai malati neoplastici in fase terminale.

**Sedi:** Brindisi, Mesagne.

BRIN AIL - Associazione Italiana contro le Leucemie - Brindisi

**Finalità:** assistenza emopatici e loro familiari, promozione ricerca e studio delle malattie del sangue.

G.N.A. - Gruppo Assistenza Neoplastici - Ostuni

**Finalità:** assistenza domiciliare ai pazienti oncologici.

L'ARCA - Associazione di Assistenza e Ricerca sul Cancro - San Vito dei Normanni

**Finalità:** attività di ricerca e prevenzione tumori.

L.I.L.T. Lega Italiana Lotta Contro i Tumori - Brindisi

**Finalità:** prevenzione e diagnosi precoce dei tumori. Assistenza domiciliare oncologica a pazienti terminali. Corsi di disassuefazione dal fumo.

VOLONTARIATO PER LA DONAZIONE DI ORGANI, SANGUE,  
EMODIALIZZATI, STOMIZZATI, CELIACI, TALASSEMICI

A.I.C. Associazione Italiana Celiachia - Brindisi

**Finalità:** promuovere l'assistenza ai soggetti celiaci e/o affetti da celiachia.

A.I.D.O. - Associazione Italiana per la Donazione Organi e Tessuti

**Finalità:** attività di sensibilizzazione per diffondere la cultura della donazione degli organi.

**Sedi:** Brindisi provinciale, Brindisi comunale, Erchie, Fasano, Francavilla Fontana.

A.I.S.M. - Associazione Italiana Sclerosi Multipla - Brindisi

**Finalità:** assistenza e riabilitazione psicologica.

A.I. STOM - Associazione Italiana Stomizzati - Brindisi

**Finalità:** assistenza sanitaria e protesica, riabilitazione psicologica.

A.N.E.D. - Associazione Nazionale Emodializzati - Brindisi

**Finalità:** prevenzione nefropatie e tutela emodializzati.

AVIS - Associazione Volontari Italiani Sangue

**Finalità:** attività di sensibilizzazione per favorire la donazione del sangue.

**Sedi:** Brindisi provinciale, Brindisi comunale.

VOLONTARIATO PER LA TUTELA DEI DIRITTI

Ass. COLIBRÌ Brindisi

**Finalità:** promozione e integrazione sociale disabili.

Associazione Esposti Amianto - Brindisi

**Finalità:** tutela le persone esposte alle fibre di amianto.

Informazioni sui danni patologici causati dall'amianto e sulle tecniche di bonifica.

Centro Studi "Don Luigi Sturzo" - Torchiarolo

**Finalità:** tutela dei diritti del cittadino e attività culturali.

Lega Consumatori ACLI - Brindisi

**Finalità:** tutela dei diritti del cittadino.

Medicina Democratica - Brindisi

**Finalità:** tutela della salute con iniziative giuridiche e politiche.

T.D.M. - Tribunale per i Diritti del Malato - Cittadinanzattiva

**Finalità:** tutela dei diritti del malato.

**Sedi:** Brindisi e Fasano

Unione Mutilati ed invalidi per servizio - Brindisi

**Finalità:** tutela dei mutilati ed invalidi per servizio e loro familiari





I Presidi Ospedalieri ed i loro Stabilimenti afferenti nello svolgimento dell'attività sanitaria producono rifiuti classificati in speciali e pericolosi. Detti rifiuti, sono gestiti attraverso registri di carico/scarico e formulari di identificazione, regolarmente conferiti a ditte terze specializzate. Nelle tabelle sottoelencate vengono descritti i rifiuti gestiti nell'anno 2007:

## P.O. Francavilla Fontana- Ceglie Messapica

Codice Rifiuto	Categoria	Quantità in Kg
170605	Materiali da costruzione contenenti amianto / stato solido non polverulento	800
180103	Rifiuti a rischio infezioni/ stato solido non polverulento	178.504,10
090107	Carta e pellicola per fotografia, contenenti argenti o composti dell'argento/ stato solido non polverulento	1.160,00
180106	Sostanze chimiche pericolose/stato liquido	
160506	Sostanze chimiche di laboratorio contenenti sostanze pericolose/stato liquido non polverulento	206,00
170405	Rottami di ferro e acciaio/ stato solido non polverulento	10.000,00
180104	Rottami di ferro e acciaio/ stato solido non polverulento	550,00
180109	Medicinali diversi/stato solido non polverulento	56,00

Fonti: mud anno 2007

## P.O. Perrino-Mesagne-S. Pietro Vernotico

Codice Rifiuto	Categoria	Quantità in Kg
060101	Acido solforico e solforoso / stato liquido	16
090101	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa/stato liquido	1.430
180103	Rifiuti a rischio infezioni/ Stato solido non polverulento	433.520
180106	Sostanze chimiche pericolose/ stato liquido	12.452
180108	Medicinali citotossici e citostatici/ stato solido non polverulento	5

Fonti: mud anno 2007

### P.O. Ostuni-Fasano-Cisternino

Codice Rifiuto	Categoria	Quantità in Kg
090104	Soluzioni fissative /stato liquido	320
090101	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa/stato liquido	600
180103	Rifiuti a rischio infezioni/ Stato solido non polverulento	48.222
180106	Sostanze chimiche pericolose/ stato liquido	4.105

Fonti: mud anno 2007

## 3.9.1 Programma “tetti fotovoltaici”

A dicembre 2006 sono entrati in funzione gli impianti fotovoltaici per la conversione dell'energia solare in energia elettrica realizzati presso gli stabilimenti ospedalieri di S. Pietro V.co, Mesagne, Ceglie M.ca e Villa Castelli.

L'ASL BR ha partecipato al bando regionale del programma “tetti fotovoltaici, approvato dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio, presentando un progetto di finanziamento pari a Euro 439.162,50 , di cui euro 273.500 come quota a carico della Regione Puglia. Nella fase di realizzazione degli impianti si è avuta un'economia di spesa pari a complessive Euro 40.056,87, che, ai sensi dell'art.12 del bando regionale, comportano la diminuzione del contributo regionale, lasciando, invece, invariata la quota a carico della ASL BR.

144

ENERGIA PRODOTTA A ZERO EMISSIONI TRAMITE SISTEMI FOTOVOLTAICI		RISPARMIO DI FONTI ENERGETICHE TRADIZIONALI (PETROLIO, GAS) E QUANTITÀ DI ANIDRIDE CARBONICA NON IMMESA NELL'AMBIENTE		
SEDE IMPIANTO	POTENZA NOMINALE	POTENZA EFFETTIVA	COMBUSTIBILI FOSSILI BRUCIATI PER PRODURRE ENERGIA EQUIVALENTE IN KWH	QUANTITÀ DI ANIDRIDE CARBONICA EMESA NELL'ARIA PER PRODURRE LA STESSA ENERGIA
S.O. MESAGNE	20KWP	19,89KWP	50,92KWH	10,54KG
S.O. S. PIETRO VERNOTICO	20KWP	19,89KWP	50,92KWH	10,54KG
S.O. CEGLIE MESSAPICA	20KWP	19,89KWP	50,92KWH	10,54KG
POLIAMB. VILLA CASTELLI	10KWP	9,95KWP	25,47KWH	5,27KG

Fonte: Area Gestione Tecnica



### La ricerca migliora l'assistenza

La ricerca viene considerata un'attività strettamente connessa con l'assistenza sanitaria. Anche se non è compito specifico del servizio sanitario effettuare ricerca, molti professionisti uniscono alla pratica medica l'osservazione scientifica e la sua comunicazione in congressi e su riviste scientifiche. La pubblicazione di lavori scientifici su riviste che prevedono il sistema della "peer review" cioè della revisione tra pari, rappresenta un risultato molto importante in quanto assicura un'elevata qualità degli articoli sottomessi ed apre il gruppo proponente al confronto ed alla critica da parte della comunità scientifica. Il tutto a vantaggio della formazione ed in ultima analisi della qualità della stessa assistenza sanitaria.

Le riviste scientifiche con particolari caratteristiche di qualità sono censite da alcune importanti banche dati internazionali. Abbiamo quindi cercato su una delle più importanti tra queste, MEDLINE, lavori pubblicati nel 2007 da sanitari della ASL Brindisi o da enti accreditati o partecipati dalla ASL. Sono stati pubblicati lavori nel campo della pediatria e della neonatologia, dell'ematologia, della medicina del lavoro, della neurologia, dell'economia sanitaria, della pneumologia, della cardiologia, dell'oncologia e della nutrizione clinica. Inserendo nel motore di ricerca [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov) il nome di un autore è possibile leggere il riassunto di ciascun articolo.

Caiulo VA, Latini G, Cataldi L, De Felice C.  
Nephrogenic rests: their frequency and their fate.  
J Pediatr Hematol Oncol. 2007 Jun;29(6):361-3.

Rosati E, Butera G, Bossone E, De Felice C, Latini G.  
Inhaled nitric oxide and oral nifedipine in a preterm infant with bronchopulmonary dysplasia and pulmonary hypertension.  
Eur J Pediatr. 2007 Jul;166(7):737-8. Epub 2006 Nov 14. No abstract available.

Trabacca A, Profice P, Costanza MC, Gesualdi M, De Rinaldis M.  
Levetiracetam in nonconvulsive status epilepticus in childhood: a case report.  
J Child Neurol. 2007 May;22(5):639-41.

Mele G, Pinna S, Melpignano A, Romano A, Brocca MC, Coppi MR, Quarta G.  
What is the best salvage therapy for treatment of isolated CNS relapse in elderly patients with imatinib-responsive Ph(+) ALL?  
Leuk Res. 2007 Oct;31(10):1445-7. Epub 2007 Apr 25.

Palmiero P, Maiello M, Passantino A, Wasson S, Reddy HK.  
Aortic valve sclerosis: is it a cardiovascular risk factor or a cardiac disease marker?  
Echocardiography. 2007 Mar;24(3):217-21.

Piscitelli P, Iolascon G, Gimigliano F, Muratore M, Camboa P, Borgia O, Forcina B, Fitto F, Robaud V, Termini G, Rini GB, Gianicolo E, Faino A, Rossini M, Adami S, Angeli A, Distante A, Gatto S, Gimigliano R, Guida G; SIOMMMS study group; CERSUM research group.

Incidence and costs of hip fractures compared to acute myocardial infarction in the Italian population: a 4-year survey.

Osteoporos Int. 2007 Feb;18(2):211-9. Epub 2006 Oct 24.

Mazzotta M, D'Ettorre G, Cazzato RG, De Giorgio N.

[Acute lumbago prevalence of health workers exposed to a moderate level of exposure index MAPO]

G Ital Med Lav Ergon. 2007 Jul-Sep;29(3 Suppl):572-3. Italian.

Mazzotta M, d'Ettorre G, Cazzato RG, De Giorgio N.

[Urinary 1-OHP excretion of urban traffic exhausts exposed workers]

G Ital Med Lav Ergon. 2007 Jul-Sep;29(3 Suppl):539-41. Italian.

Caroli M.

[New standard growth curves of WHO: rationale, project and validation]

Minerva Pediatr. 2007 Oct;59(5):510-1. Italian. No abstract available.

Cinieri S, Orlando L, Fedele P, Cusmai A, D'Amico M, Rizzo P, Chetri MC.

Adjuvant strategies in breast cancer: new perspectives, questions and reflections at the end of 2007 St Gallen International Expert Consensus Conference.

Ann Oncol. 2007 Jun;18 Suppl 6:vi63-5. Review.

Valerio G, Salerno FG, Bracciale P.

The i.v. infusion of mannitol decreases airway responsiveness to methacholine in asthma.

Respir Physiol Neurobiol. 2007 Jun 15;156(3):374-7. Epub 2007 Jan 12.

146

Sono stati prodotto diversi lavori scientifici (alcuni dei quali sotto l' egida dell'IBCSG International Breast Cancer Study Group).

Pedrazzoli P, Cinieri S, Lorusso V, Gamucci T, Secondino S, Silvestris N.

Darbepoetin alpha coming of age.

Anticancer Res. 2007 Nov-Dec;27(6C):4419-24. Review.

Orlando L, Colleoni M, Fedele P, Cusmai A, Rizzo P, D'Amico M, Chetri MC, Cinieri S.

Management of advanced breast cancer.

Ann Oncol. 2007 Jun;18 Suppl 6:vi74-6. Review.

S Cinieri, F peccatori, S Burlizzi, L Orlando, P Fedele.

La gestione del carcinoma mammario in gravidanza: curare la mamma tutelando il nascituro

La Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia anno 4, n 14, 2007.

Torrisi R, Balduzzi A, Ghisini R, Rocca A, Bottiglieri L, Giovanardi F, Veronesi P, Luini A, Orlando L, Viale G, Goldhirsch A, Colleoni M.

Tailored preoperative treatment of locally advanced triple negative (hormone receptor negative and HER2 negative) breast cancer with epirubicin, cisplatin, and infusional fluorouracil followed by weekly paclitaxel.

Cancer Chemother Pharmacol. 2008 Sep;62(4):667-72. Epub 2007 Dec 7.

## PROTOCOLLI ATTIVATI IN ONCOLOGIA

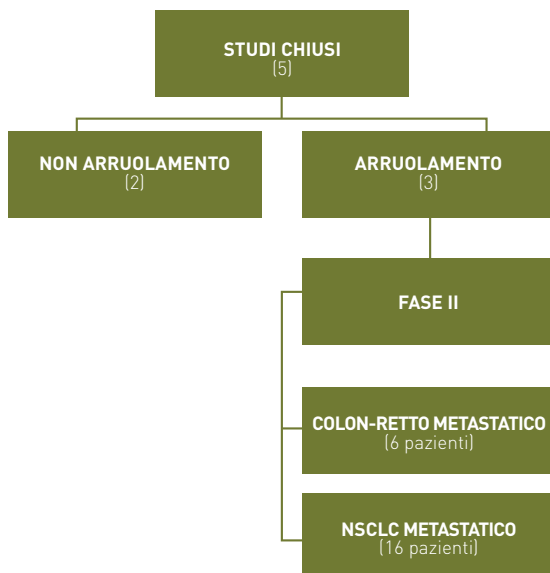
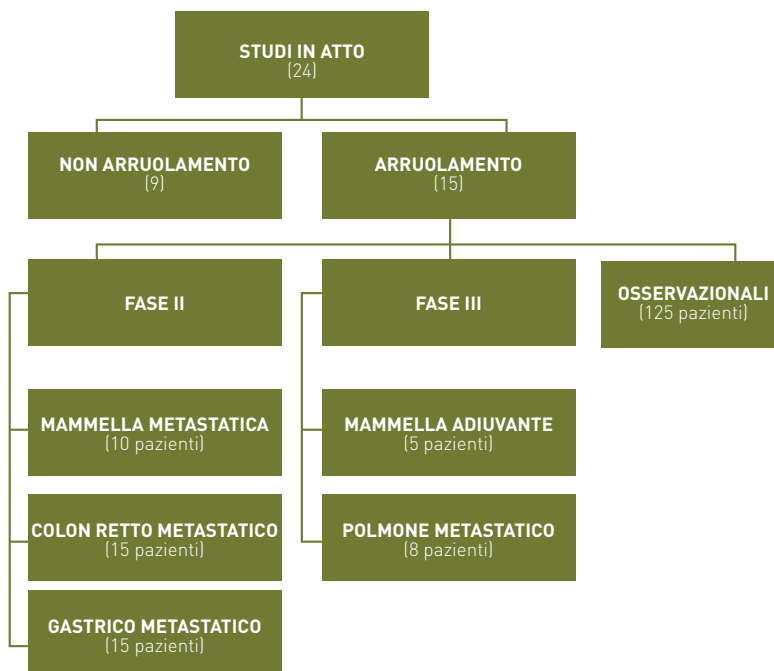
Fino ad oggi sono stati censiti 29 studi clinici di cui 24 in atto e 5 conclusi.

Sono stati arruolati 189 pazienti .

Ogni protocollo prevede infatti criteri di inclusione e di esclusione allo studio che permettono di selezionare pazienti con caratteristiche analoghe e predefinite in modo da rendere la sperimentazione il più possibile omogenea e di limitare eventuali *bias*. Per tale ragione non tutti i protocolli hanno arruolato pazienti, in particolare 2 studi non hanno trovato pazienti con requisiti tali da soddisfare i criteri di inclusione presso il nostro Centro.

Come si evince dai seguenti diagrammi, il numero dei pazienti arruolati negli studi varia in funzione di una serie di variabili riferite all'area geografica, all'incidenza della patologia, allo sviluppo del centro etc.

### Censimento studi svolti presso l'UOC di Oncologia Medica P.O."A.Perrino" Brindisi dal 2007 ad oggi



## Consorzio ISBEM

L'ISBEM è un istituto scientifico multi-istituzionale e trans-disciplinare avente sede amministrativa e laboratori di ricerca, formazione e servizi sia nella Cittadella della Ricerca di Brindisi che nel Convento dei Cappuccini di Mesagne. Questo istituto è stato fondato il 25 maggio 1999 dai seguenti Soci fondatori: Università di Pisa, Università di Lecce (ora Università del Salento), Azienda Sanitaria Locale Brindisina, Banca del Salento (poi Banca 121 ed ora MPS), PASTIS-CNRSM: Parco Scientifico Tecnologico Ionico Salentino. L'ASL di Brindisi detiene il 11,80% delle quote consorziali della Società, mentre le restanti quote sono detenute da altre aziende pubbliche e private, enti locali, università, comitati di ricerca.

### PRINCIPALI PROGETTI DI RICERCA/FORMAZIONE/ASSISTENZA/SERVIZI NEL CORSO DEL 2007

A) CERSUM: Centro Europeo Ricerca Sviluppo Ultrasuoni Medicina.

A1) Attività di Laboratorio avviate con il progetto CERSUM

Elettrocardiogramma a riposo	Indicatori pre-clinici danno arterioso
Holter ECG e Holter Pressorio	(i)
Ecocolor Doppler carotideo	<b>Osteoporosi e Rischio Cardiovascolare</b>
Ecocardiografia	Tonometria vascolare periferica non invasiva
Impedenziometria (valutazione stato idratazione corpo)	con Sphygmo Cor
Valutazione di arteropatie periferiche	Contour Wave Analysis
Mineralometria Ossea Computerizzata ad ultrasuoni	Augmentation Index
Sindrome Metabolica - Aging vascolare	ABI Ankle Brachial Index 1
	Stiffness e Distention arteriosa

B) Master Internazionale Ultrasuoni in Cardiologia (MIUCA).

C) Impatto della Neutropenia sulla chemioterapia - studio osservazionale italiano.

D) A Novel Biochemical Method for The Diagnosis of Aortic Dissection.

E) Metanalisi Italiana Studi sugli Effetti a breve termine dell'inquinamento Atmosferico (MISA).

F) Relazione sullo Stato di Salute.

G) Metodologie e Strumenti per la Standardizzazione di Percorsi Diagnostici e Terapeutici.

H) Progetto di raccordo fra i dipartimenti e il territorio, inclusi i medici di base, per una gestione integrata dei servizi, della ricerca e della formazione.

I) Progetto Sanità Amica: telemedicina, integrazione socio sanitaria, assistenza primaria.

J) Esperto in Gestione dell'Innovazioni e Nuove Tecnologie in Sanità (E-GINTS).

K) Formazione di Ricercatori per la realizzazione di Biomateriali Polimerici.

L) Progetto di ricerca sugli effetti del Sonno sulla salute dell'uomo SON-VIGIL Puglia.

M) IFTS - Tecnico Superiore per i Sistemi di Qualità.

N) Studio COORTE: Osteoporosi.

O) Corso ECM: il paziente ad alto rischio cardio-metabolico: criteri ultrasuonografici riconoscimento di fattori di rischio.

P) Distretto Salute Domani (presentato alla Regione Puglia sul Bando dei Distretti produttivi ad alto contenuto tecnologico).

Q) Valutazione Ottimale del Risk Management ottimale in Sanità.

R) COPU (Corso di Orientamento Pre Universitario) - PIANETA SALUTE.

S) Progetto MIOT Puglia.

# 4

## RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI



La Giunta Regionale, con deliberazione n. 1.400 del 3 Agosto 2007 (Documento di indirizzo Economico-Funzionale del Sistema Sanitario Regionale) ha assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, per l'anno 2007, gli obiettivi di miglioramento che si riportano nell'elenco seguente; di alcuni si è già riferito nella presente relazione; per altri sono in corso i processi di ingegnerizzazione per i quali si relazionerà più avanti; per altri ancora si renderà necessaria una esplicitazione circa le cause della mancata collimazione ai parametri fissati dall'Organo Regionale e le conseguenti iniziative intraprese al fine della risoluzione delle problematiche presenti.

Per una organica e razionale esposizione si è ritenuto articolare il presente capitolo raggruppando gli obiettivi assegnati con il provvedimento regionale secondo il medesimo ordine contenuto nella norma, esplicitando i livelli organizzativi Aziendali interessati e gli strumenti operativi da utilizzarsi per un razionale approccio.

Si elencano di seguito gli obiettivi dell'anno 2007 e il loro livello di raggiungimento (● non raggiunto, ● parzialmente raggiunto o in fase di implementazione, ● raggiunto).

## 1. OBIETTIVO GENERALE: REALIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING DIAGNOSTICO

### A)



**Obiettivo specifico:** realizzazione dei programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori con la corretta realizzazione dei fondi finalizzati

**Indicatore:** 1) predisposizione di procedure di acquisto per la strumentazione necessaria 2) pubblicizzazione in ambito provinciale dell'attività da svolgere 3) predisposizione delle attività necessarie alla realizzazione del progetto 4) diffusione capillare del progetto sul territorio 5) completamento della strumentazione necessaria

**Grado di raggiungimento del risultato:** in corso di implementazione.

### B)



**Obiettivo specifico:** Dare attuazione alle azioni previste dal piano regionale per la prevenzione adottato con deliberazione di G.R. n.824 del 28-6-05 e n. 157 del 21/02/06

**Indicatore:** 1) pubblicizzazione in ambito provinciale dell'attività da svolgere

**Grado di raggiungimento del risultato:** in corso di implementazione

Struttura Referente: UNES

## 2. OBIETTIVO GENERALE: IMPLEMENTAZIONE DI ADEGUATI LIVELLI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA



**Obiettivo specifico:** Assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria e valorizzazione delle attività territoriali

**Indicatore:** 1) Avvio di intese con le Amministrazioni Comunali e Provinciali 2) Monitoraggio quali-quantitativo delle prestazioni assistenziali domiciliari 3) indizione di nuova gara d'appalto

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo raggiunto

Struttura Referente: Distretti Socio sanitari, Area Servizi Socio Sanitari

## 3. OBIETTIVO GENERALE: RISPETTO DEI TETTI FISSATI PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA



**Obiettivo specifico:** Assicurare il rispetto dei tetti fissati per l'assistenza farmaceutica previsti nella misura del 13% per la spesa territoriale e del 16% per la spesa complessiva, dall'art.48 del D.L. 269/03 convertito nella L.326/03.

**Indicatore:** Monitoraggio delle attività di controllo da parte della commissione

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo non raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Servizio Farmaceutico.



#### 4. OBIETTIVO GENERALE: RISPETTO DEI TETTI FISSATI FISSATI PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

**Obiettivo specifico:** Assicurare il rispetto dei tetti fissati per l'assistenza farmaceutica previsti nella misura del 13% per la spesa territoriale e del 16% per la spesa complessiva, dall'art.48 del D.L. 269/03 convertito nella L.326/03.

**Indicatore:** Monitoraggio delle attività di controllo da parte della commissione

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo non raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Servizio Farmaceutico



#### 5. OBIETTIVO GENERALE: IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

**Obiettivo specifico:** Promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi-diagnostico-terapeutici sia per il livello ospedaliero che per quello territoriale allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio di gestione. In tale contesto promuovere l'adesione e l'osservanza delle linee-guida e percorsi adottati a livello regionale

**Indicatore:** attività professionali dei medici di base e pediatri di libera scelta

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo in corso di implementazione

Struttura Referente: Presidi Ospedalieri, Medici di base e Pediatri di Libera scelta



#### 6. OBIETTIVO GENERALE: MIGLIORAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

**Obiettivo specifico:** Migliorare i livelli di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera assicurando il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo tendenzialmente un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari pari a 144 e ricoveri diurni pari a 36 per mille abitanti.

**Indicatore:** Trasferimento dei ricoveri con DRG a basso peso da regime ordinario a Day Hospital evitando, nel contempo, la contrazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo parzialmente raggiunto

Struttura Referente: Presidi Ospedalieri



151

#### 7. OBIETTIVO GENERALE: ASSICURARE I FLUSSI INFORMATIVI

**Obiettivo specifico:** Assicurare i flussi informativi riguardanti i dati delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche ed ospedaliere gestiti con sistemi informatici in attuazione di quanto previsto dall'art. 87 della L. 388/2000 e s.m. nonché dell'art.50 del D.L. 30-9-03 n.269, convertito con modificazioni della L. 326/03; a seguito dell'accordo da sancire in conferenza Stato-Regioni, i flussi informativi riguarderanno anche i dispositivi medici

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Servizio Farmaceutico, Unità Controllo Gestione



## 8. OBIETTIVO GENERALE: ASSICURARE GLI ADEMPIMENTI INFORMATIVI



**Obiettivo specifico:** Assicurare, nel rispetto dei termini, gli adempimenti informativi di cui ai DD.MM. 16-2-01, 28-5-01, 29-4-03, 18-6-04, 24-6-04, 28-6-04 sostituito dal D.M. MEF e Min. Salute 22-7-05

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo raggiunto

Struttura Referente: UNES

## 9. OBIETTIVO GENERALE: ASSICURARE I FLUSSI INFORMATIVI



**Obiettivo specifico:** Assicurare i flussi informativi dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Servizio Farmaceutico, Unità Controllo Gestione

## 10. OBIETTIVO GENERALE: ASSICURARE I FLUSSI INFORMATIVI



**Obiettivo specifico:** Assicurare i flussi informativi finalizzati ad elaborare gli indicatori di cui al D.M. 12-12-01 e successive modificazioni ed integrazioni

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Servizio Farmaceutico, Unità Controllo Gestione

152

## 11. OBIETTIVO GENERALE: ASSICURARE I FLUSSI INFORMATIVI



**Indicatore:** In ogni caso garantire tutti i flussi informativi previsti dalle norme di legge in vigore nonché dalle intese/accordi Stato-Regioni con particolare riferimento ad edempimenti e debiti informativi oggetto di verifica da parte dei tavoli di monitoraggio dell'assicurazione dei LEA di cui all'intesa del 23.03.05

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Servizio Farmaceutico, Unità Controllo Gestione, UNES

## 12. OBIETTIVO GENERALE: TENERE LA CONTABILITA' ANALITICA



**Indicatore:** Tenere la contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati di ciascuna azienda sanitaria

**Indicatore:** 1) Certificazione da parte dei livelli interessati 2) adozione del piano dei centri di costo e dei criteri per un corretto ribaltamento dei costi

Grado di raggiungimento del risultato: obiettivo raggiunto

Struttura Referente: Area Gestione Risorse Economiche Finanziarie, UNES

### 13. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE

**Obiettivo specifico:** Dare attuazione al piano regionale per l'aggiornamento una volta adottato dalla Giunta regionale e notificato alle Aziende Sanitarie

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo raggiunto

**Struttura Referente:** Ufficio Sviluppo Organizzativo



### 14. OBIETTIVO GENERALE: RISPETTO DEL VINCOLO DI CRESCITA

**Obiettivo specifico:** Assicurare il rispetto del vincolo di crescita annuo del 2% dei costi di produzione, al netto dei costi per il personale, rispetto a quelli esposti nel bilancio di esercizio 2004

**Indicatore:** monitoraggio da parte dell'Area Referente

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo raggiunto

**Struttura Referente:** Area Gestione Risorse Economiche Finanziarie



### 15. OBIETTIVO GENERALE: INVIO TELEMATICO DEL CONTO ECONOMICO

**Obiettivo specifico:** Assicurare l'invio trimestrale, per via informatica, alla Regione, al Ministero dell' Economia e Finanze ed al Ministero della Salute, della certificazione di accompagnamento del conto economico trimestrale in ordine alla coerenza dei risultati con gli obiettivi assegnati dalla regione con particolare riferimento ai limiti di spesa

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo raggiunto

**Struttura Referente:** Area Gestione Risorse Economiche Finanziarie, UNES



153

### 16. OBIETTIVO GENERALE: INVIO DEI DATI RIGUARDANTI LA SPESA SANITARIA

**Obiettivo specifico:** Assicurare l'invio secondo i tempi previsti al Ministero dell' Economia e Finanze dei dati riferiti al monitoraggio della spesa sanitaria ai sensi dell' art.50 del D.L. 30-9-03, n.269, convertito con modificazioni dalla L.326/03 nonché del D.M. 28-4-06 e D.M. 30/03/2007; il mancato adempimento comporta non solo penalizzazioni nella ripartizione del FSR ma anche penalizzazioni per il mancato controllo delle ricette farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere afferenti il suddetto monitoraggio

**Indicatore:** Certificazione da parte dei livelli interessati

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo raggiunto

**Struttura Referente:** UCG, Ufficio Convenzioni, Area Gestione Servizio Farmaceutico, UNES



### 17. OBIETTIVO GENERALE: RIDUZIONE TEMPI LISTE DI ATTESA

**Obiettivo specifico:** Dare attuazione al programma per la riduzione delle liste di attesa di cui alle DGR n. 1200 del 04/08/2006b e n. 68 del 06/02/2007

**Indicatore:** Attività di Monitoraggio

**Grado di raggiungimento del risultato:** obiettivo in corso di implementazione

**Struttura Referente:** UCG



## Glossario

**Accantonamento:** è una scrittura contabile che definisce l'iscrizione in bilancio di fondi destinati alla copertura di rischi di: natura determinata, esistenza certa o probabile, ma di ammontare o data di sopravvivenza indeterminati alla chiusura dell'esercizio

**Accreditamento:** è un procedimento attraverso il quale un organismo indipendente verifica il comportamento di enti e organismi di certificazione e, quando accerta che operano in conformità alle norme di riferimento, accredita l'ente o l'organismo, sorvegliandone il comportamento nel tempo. L'ente di accreditamento italiano per la certificazione volontaria (sistemi di gestione, prodotti, personale) è il SINCERT. L'accREDITAMENTO per la certificazione etica (SA 8000).

**Densità di popolazione:** la densità di popolazione è una misura del numero di persone che abitano in una determinata area. Si misura in "abitanti per chilometro quadrato". Il valore si ottiene semplicemente dividendo il numero di abitanti di un determinato territorio per la superficie del territorio stesso

**Accountability:** è un aspetto del controllo di accesso e si basa sulla concetto di "responsabilità" all'interno di un sistema. Accountability è, in fondo, l'esatto contrario di arbitrio, presuppone trasparenza, garanzie, assunzione di responsabilità e rendiconto sulle attività svolte, nonché l'impegno a dichiararsi. Da ciò consegue, per tutti coloro che partecipano al progetto, la trasparenza, la condivisione e la capacità di fornire prestazioni.

**A.D.I.:** Assistenza Domiciliare Integrata

**A.G.R.E.F.:** Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

**A.L.S.:** Advances Life Support. Termine riferito alle postazioni medicalizzate del Servizio 118

**A.R.D.:** Assistenza Respiratoria Domiciliare

**A.R.E.S.:** Agenzia Regionale Sanitaria

**B.P.C.O.:** Broncopneumopatia cronica ostruttiva

**Budget:** un piano espresso in termini quantitativi (di solito monetari), riferito ad un periodo di tempo determinato (in genere un anno) ed articolato per centri di responsabilità. Nel budget sono indicati gli obiettivi dell'Azienda; permette di verificare i risultati conseguiti con grandezze standard di riferimento e di effettuare correzioni sulla base di procedure che consentono di ipotizzare l'andamento futuro del processo gestionale.

**C.C.M.** Comitato Consultivo Misto

**C.E.:** Conto Economico

**CO.CO.CO.:** tipologia di contratto di lavoro: Collaborazione coordinata e continuativa

**Costi Capitalizzati:** la voce contiene le sterilizzazioni effettuate sugli ammortamenti delle immobilizzazioni, se queste sono state pagate con risorse finanziarie provenienti dalla Regione. La sterilizzazioni è effettuata per neutralizzare l'effetto sul risultato d'esercizio dei costi di ammortamento per gli acquisti effettuati con finanziamenti della Regione.

**C.S.M.:** Centro di Salute Mentale

**C.U.P.:** Centro Unico Prenotazioni

**Customer Satisfaction:** Letteralmente "soddisfazione del cliente". E' riferito alle indagini effettuate per rilevare il gradimento dei servizi offerti.

**Database:** Banca dati

**Day Hospital:** Letteralmente "ospedale di giorno", il day hospital è una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (di solito mezza giornata o una giornata) e poi ritorna al proprio domicilio senza occupare un posto letto

**Day Surgery:** regime di ricovero breve, limitato alle sole ore del giorno. Si possono effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive in anestesia locale, loco-regionale, e generale

**D.I.E.F.:** Documento di Indirizzo Economico e Finanziario.

**D.LGS.:** Decreto Legislativo

**D.S.M.:** Dipartimento di Salute Mentale

**D.S.S.:** Distretto Socio Sanitario

**Front-office:** (letteralmente ufficio davanti), indica l'insieme delle strutture di un'organizzazione che gestiscono l'interazione con l'utente. Si contrappone al back office e può essere chiamato anche sportello.

**Governance:** l'insieme di regole, di ogni livello, (leggi, regolamenti etc..) che disciplinano la gestione dell'azienda stessa. Include anche le relazioni tra gli stakeholders e gli obiettivi per cui l'azienda è amministrata.

**G.R.:** Giunta Regionale

**L.R.:** Legge Regionale

**L.E.A.:** I Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono prestazioni e servizi garantiti a tutti i cittadini dal servizio sanitario nazionale, la cui erogazione è gratuita in compartecipazione alla spesa.

**M.M.G.:** Medico di Medicina Generale

**Mobilità attiva:** i ricavi per mobilità attiva si riferiscono alle prestazioni sanitarie erogate dalle

strutture sanitarie della ASL nei confronti di utenti non residenti nella provincia di Brindisi.

**Mobilità passiva:** i costi per mobilità passiva si riferiscono alle prestazioni sanitarie erogate da altre Aziende Sanitarie pubbliche o private convezionate, regionali o nazionali, nei confronti di utenti residenti nella provincia di Brindisi.

**M.U.D.:** Modello Unico Dichiarazione ambientale, attraverso il quale le aziende denunciano le quantità di rifiuti pericolosi da smaltire

**N.I.A.T.:** Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale

**Non profit:** è una locuzione giuridica di derivazione inglese che significa senza scopo di lucro e si applica ad organizzazioni i cui avanzi di gestione utili sono interamente reinvestiti per gli scopi organizzativi. In italiano si traduce generalmente con non lucrativo.

**O.L.T.:** Ossigenoterapia a lungo termine

**On line:** è un termine inglese che significa letteralmente in linea. Si riferisce a tutti i contenuti che sono disponibili o fruibili immediatamente in via telematica.

**OO.SS.:** Organizzazioni sindacali

**P.A.I.:** Piano di Assistenza Individuale

**P.L.S.:** Pediatra di Libera Scelta

**Presidio Ospedaliero (P.O.):** Stabilimento singolo o più stabilimenti funzionalmente accorpati ed organizzati in un sistema di rete capace di garantire una organizzazione integrata o livelli di assistenza di medio-alta specializzazione

**Profit:** è una locuzione giuridica di derivazione inglese che significa "a scopo di lucro"

**Recall servizio di richiamo telefonico** attraverso il quale l'Azienda ha conferma della prenotazione effettuata dall'utente per usufruire di una prestazione sanitaria.

**Risk management:** metodologia finalizzata alla gestione dei rischi legati alle responsabilità degli operatori sanitari, che pone particolare attenzione sull'efficienza dei processi di erogazione delle prestazioni ed alla funzionalità di sistemi di controllo

**R.S.A.:** Residenza Sanitaria Assistenziale assicura i trattamenti sanitari in particolare di riabilitazione soprattutto a persone anziane non autosufficienti che non sono assistibili nel proprio ambito familiare o nel contesto ospedaliero. Prevede una permanenza per brevi periodi, ha lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia, mantenere le capacità fisiche, mentali, affettive e relazionali dell'utente

**S.D.O.:** Schede di Dimissione Ospedaliera

**SER.T:** Servizio per le tossicodipendenze

**S.I.A.N.:** Servizio di Igiene degli alimenti e della nu-

trizione. Svolge attività di tutela della salute pubblica dai rischi legati all'alimentazione.

**S.I.A.T.A.:** Sistema integrato assistenza territoriale ambulatoriale

**SI.AV:** Servizio Veterinario

**S.I.S.H.:** Servizio di Integrazione Scolastica per i diversamente abili

**S.I.S.P.:** Servizio Igiene e Sanità Pubblica. Svolge attività di tutela della salute pubblica nei luoghi di vita e di prevenzione delle malattie infettive.

**S.I.S.R.:** Sistema Informativo sanitario Regionale.

**S.P.D.C.:** Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

**S.P.E.S.A.L.:** Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Svolge attività di tutela, prevenzione e sicurezza della salute pubblica negli ambienti di lavoro.

**S.S.N.:** Servizio Sanitario Nazionale

**Stabilimento Ospedaliero (S.O.):** Singolo ospedale afferente al Presidio Ospedaliero di competenza

**Stakeholder:** Con il termine stakeholder si individua il soggetto "portatore di interesse" nei confronti di una qualunque attività di un'impresa pubblica o privata.

**Struttura Protetta per anziani non autosufficienti:** la struttura protetta a carattere residenziale assicura i trattamenti assistenziali e socio-sanitari di base a persone anziane non autosufficienti che non sono assistibili nel proprio ambito familiare. Prevede una permanenza per lunghi periodi, ha lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia, mantenere le capacità fisiche, mentali, affettive e relazionali dell'utente.

**S.VA.M.A.:** scheda di valutazione multidimensionale. Analizza tutti gli aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica), rappresentando lo strumento di riferimento per decidere le azioni più opportune.

**Tasso grezzo:** è il rapporto tra il numero di casi in cui si presenta la caratteristica in studio e la popolazione di riferimento

**TB:** Tubercolosi

**UN.E.S.:** Unità di epidemiologia e statistica

**U.O.:** Unità Operativa

**U.O.C.:** Unità Operativa Complessa

**U.R.P.:** Ufficio Relazioni con il Pubblico

**Welfare:** welfare state (stato di benessere tradotto letteralmente dall'inglese), conosciuto anche come stato assistenziale o stato sociale, è un sistema di norme con il quale lo stato cerca di eliminare le diseguaglianze sociali ed economiche fra i cittadini, aiutando in particolar modo i ceti meno abbienti.

# Piano di Comunicazione

Per diffondere la conoscenza del documento sono state previste azioni tra loro diversificate:

- comunicati stampa sulle testate giornalistiche locali e nazionali;
- diffusione di locandine e pieghevoli nelle strutture esterne e interne;
- spazio dedicato sul sito aziendale [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it), con area download ed e-mail per comunicazioni e suggerimenti;
- circolari e focus group con personale aziendale;
- pubblicazione del documento su supporto cartaceo, informatico e telematico;
- momenti di incontro istituzionale a livello locale e regionale: Conferenza dei servizi, Conferenza dei sindaci, Organizzazioni sindacali, Associazioni ecc.;
- invio diretto del documento ad Istituzioni, Ordini, Enti, Autorità locali, ASL, ecc..

La lettura del Bilancio sociale si completa di un questionario di valutazione del gradimento del documento da consegnare all'Azienda via fax o via mail. I dati raccolti e analizzati vengono trasmessi alla Direzione Generale e pubblicati nello spazio dedicato al Bilancio Sociale sul sito aziendale.

## Feed-back

La metodologia di lavoro del Bilancio Sociale ha previsto la fase del feed-back, come attività di ascolto per la valutazione del gradimento e dell'efficacia del documento.

Per l'edizione 2006 questi aspetti sono stati verificati attraverso diverse modalità:

- incontro con i dipendenti aziendali;
- focus group con alcuni stakeholder (associazioni di volontariato)
- analisi dei questionari di valutazione ricevuti.

# Questionario di valutazione Bilancio Sociale anno 2006

156

All'edizione del Bilancio Sociale anno 2006 è stato allegato un questionario di valutazione per rilevare il gradimento del documento.

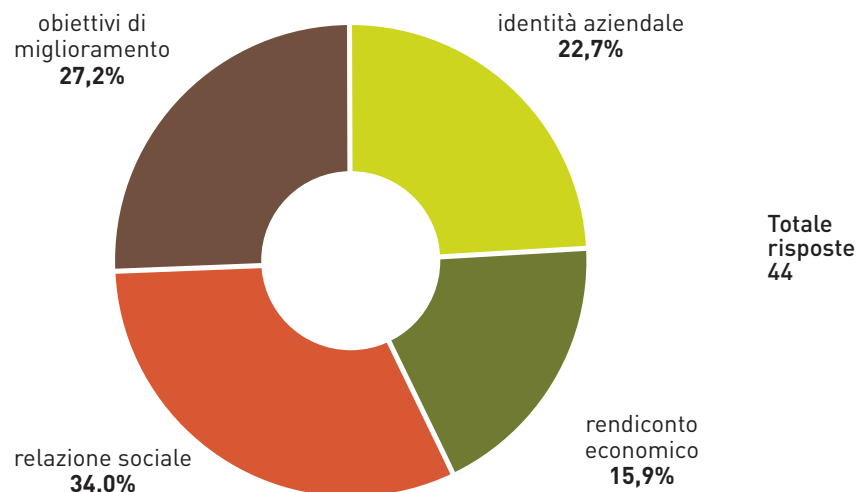
Il feed-back, necessario per raccogliere proposte migliorative per la successiva edizione, non è stato quello atteso, probabilmente per le difficoltà di approccio a documenti troppo ricchi di informazioni, oppure per una carenza del piano di comunicazione.

Si prende comunque atto dei risultati dell'elaborazione dei 22 questionari consegnati al gruppo di lavoro.

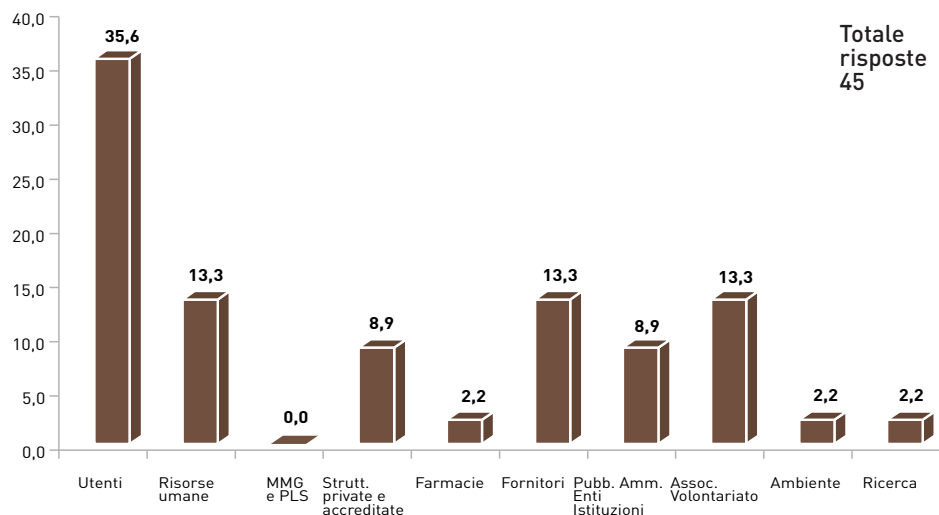
Il questionario, di tipo semistrutturato, è composto da 8 domande utili a conoscere il profilo dell'intervistato, il giudizio sommario sui contenuti e sulla struttura del documento, le proposte per migliorare le prossime edizioni.

I dati vengono rappresentati con l'ausilio di tabelle e grafici.

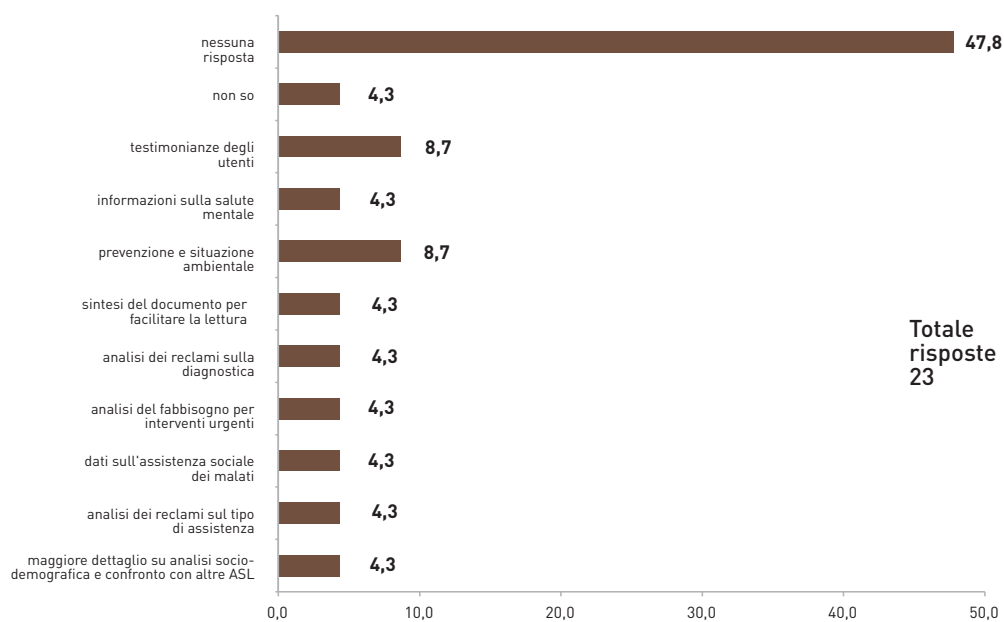
## 1. Quale sezione del documento ha letto?



## 2. Se ha la letto la relazione sociale, quali argomenti ha ritenuto più interessanti?

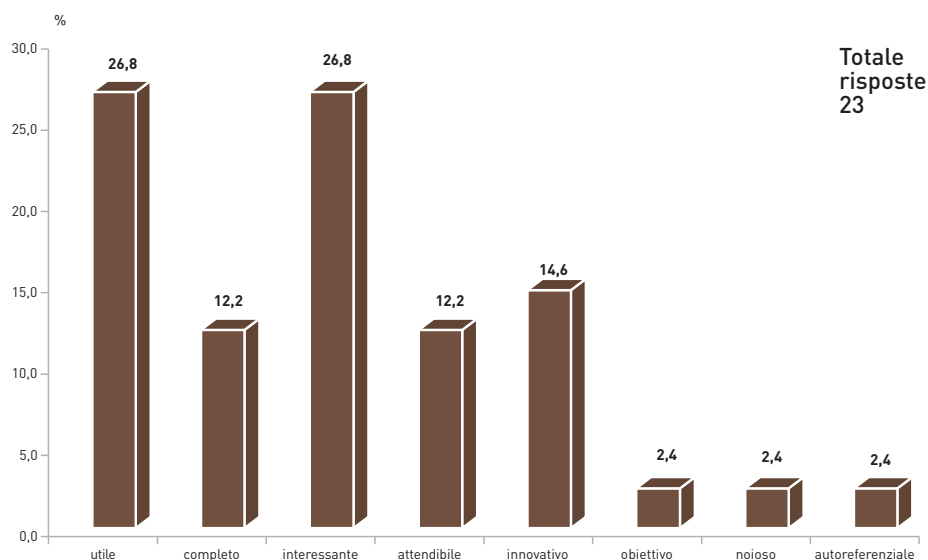


## 3. Quali sono le informazioni mancanti che andrebbero trattate nel documento?

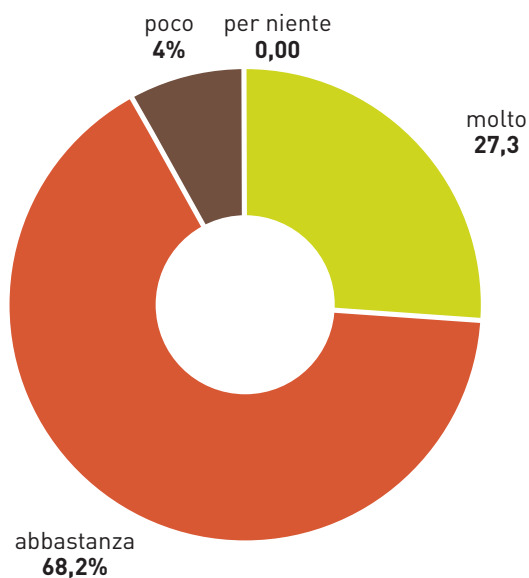


157

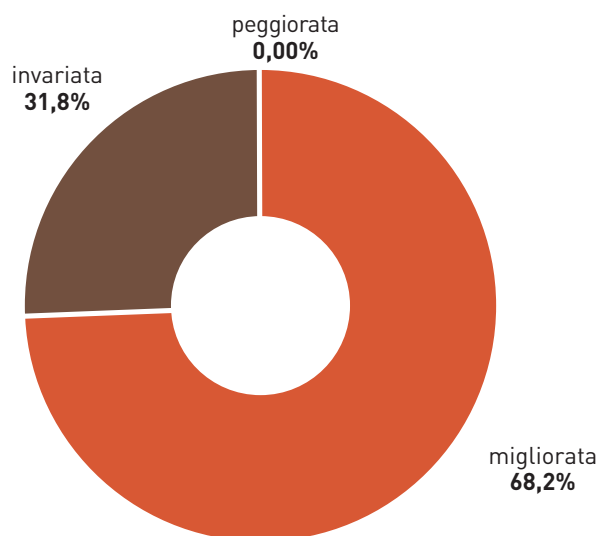
## 4. Come definirebbe questo bilancio sociale?



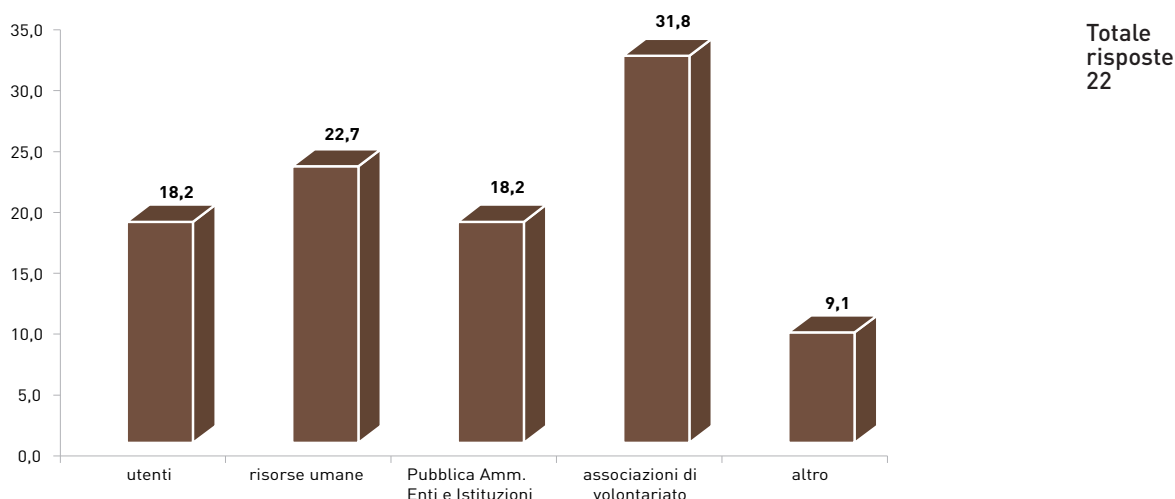
## 5. La lettura del documento ha migliorato la sua conoscenza dell'Azienda



## 6. Dopo aver letto il documento la sua opinione dell'Azienda è



## 7. Categoria principale degli stakeholder intervistati



158

La relazione sociale e gli obiettivi di miglioramento sono le parti più lette dai portatori di interesse che hanno compilato il questionario. Seguono l'identità aziendale e il rendiconto economico. L'argomento ritenuto più interessante della relazione sociale è la parte riferita agli utenti (35,6%). Risorse umane, fornitori e associazioni di volontariato per il 13,3%, strutture private accreditate e pubblica amministrazione/enti per l'8,9%, interesse di molto inferiore per la parte riferita ai restanti stakeholder. I suggerimenti principali sulle informazioni mancanti che andrebbero trattate nel documento riguardano le testimonianze degli utenti e prevenzione e situazione ambientale. La maggioranza degli intervistati non ha fornito alcune indicazioni.

Il giudizio complessivo sulla prima edizione del documento è molto positivo. Il Bilancio Sociale è ritenuto utile e interessante, strumento innovativo completo e attendibile, è considerato noioso e autoreferenziale per il 2,4%.

La lettura del documento ha contribuito ad aumentare la conoscenza dell'Azienda per la maggioranza degli intervistati, e a migliorare complessivamente anche l'opinione che si aveva in precedenza.

I portatori di interesse che hanno restituito il questionario dopo la lettura del documento sono associazioni di volontariato per il 31,8%, dipendenti aziendali (22,7%), pubblica amministrazione/enti e istituzioni (18,2%), utenti (18,2%), ed altre categorie (9,1%).

Per questa seconda edizione ci auguriamo una maggiore partecipazione che solleciti il gruppo di lavoro a migliorare il lavoro in tutte le sue parti.



# Gruppo di Lavoro

Bilancio Sociale ASL BR anno 2007

Gianluca <b>CAPOCHIANI</b>	Coordinatore Bilancio Sociale – AGREF
Angelo <b>CAMPANA</b>	Servizi Socio-Sanitari
Roberta <b>COCCILOLO</b>	Dipartimento di Salute Mentale – Niat
Claudia <b>D’ONOFRIO</b>	Unità Controllo di Gestione
Vanessa <b>GIANNUZZI</b>	Collaboratrice esterna AGREF
Carlo <b>LEO</b>	Unità Controllo di Gestione
Prassede <b>MARTINA</b>	Ufficio per lo Sviluppo Organizzativo
Ottavio <b>NARRACCI</b>	Ufficio per lo Sviluppo Organizzativo
Maurizio <b>PORTALURI</b>	Radioterapia Ospedale Perrino
Giuseppe <b>SPAGNOLO</b>	Unità di Statistica ed Epidemiologia
Ida <b>SANTORO</b>	Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e Marketing
Giuseppina <b>SCARANO</b>	Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e Marketing
Viviana <b>SCARANO</b>	Dipartimento di Salute Mentale
Stefano <b>TERMITE</b>	SISP Dipartimento di Prevenzione

*Si ringraziano tutti coloro che con il loro contributo  
hanno reso possibile la stesura del documento.*

**Progetto Grafico**  
Leo Tropicano

**Foto di Ida Santoro**  
pg. 53, 108, 118, 122, 133, 137, 143

Stampato su carta riciclata





**Asl Brindisi**

Via Napoli, 8  
72100 - Brindisi  
Tel. 0831.536111

[www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it)  
[bilanciosociale@asl.brindisi.it](mailto:bilanciosociale@asl.brindisi.it)



**Regione Puglia**