



# 2009



## BILANCIO SOCIALE

Azienda Sanitaria Locale BR  
Brindisi



Regione Puglia





# 2009

## 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	La comunicazione	40
1.8	Qualità e formazione	44
1.8.1	Qualità	44
1.8.2	La gestione del rischio clinico	46
1.8.3	Formazione	49

## Parte seconda – Rendiconto economico 55

2.1	Analisi delle fonti disponibili	56
2.2	Analisi degli impieghi delle fonti disponibili	58
2.3	Il Bilancio d'esercizio	60
2.4	Analisi dei finanziamenti ricevuti	63
2.5	Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza	64
2.6	Costo della produzione per stakeholder	65
2.7	Investimenti	66

<b>3.1 Utenti</b>	70
3.1.1 Cittadini assistibili	70
3.1.1 a Attività di prevenzione	71
3.1.1 b Attività territoriale	79
3.1.1 c Attività ospedaliera	85
3.1.1 d Attività 118	91
3.1.1.e Attività di donazione e trapianto	92
3.1.1 f Attività oncologica	95
3.1.1 g Attività di screening	97
3.1.1 h Prenotazioni	99
3.1.1 i Tempi di attesa	104
3.1.1 l Attività socio-sanitaria	108
3.1.2 Anziani	115
3.1.3 Popolazione in età evolutiva (0-18)	116
3.1.4 Popolazione con disagio psichico	118
<b>3.2 Risorse umane</b>	120
3.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale	120
3.2.2 Relazioni sindacali	125
3.2.3 Sicurezza e salute sui luoghi di lavoro	125
3.2.4 Sistemi di valutazione e verifica	126
<b>3.3 Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e guardia medica</b>	127
<b>3.4 Farmacie</b>	129
<b>3.5 Fornitori</b>	131
<b>3.6 Strutture private accreditate</b>	134
<b>3.7 Pubblica Amministrazione</b>	135
3.7.1 Regione Puglia	135
3.7.2 Conferenza dei Sindaci	135
3.7.3 Altri Enti	136
<b>3.8 Associazioni di volontariato: il comitato consuntivo misto</b>	137
<b>3.9 Sistema ambientale</b>	141
3.9.1 Programma “tetti fotovoltaici”	142
3.9.2 Ecosistema urbano	143
<b>3.10 Ricerca</b>	144

<b>Appendici</b>	
Glossario	155
Piano di comunicazione	158
Risultati questionario di valutazione bilancio sociale anno 2007	158
Il Sole 24 Ore Sanità: Bilancio sociale, strumento spot	159
Gruppo di lavoro	160

# Presentazione

*Al Lettore*

*La pubblicazione della terza edizione del Bilancio sociale conferma la volontà di istituzionalizzare un appuntamento annuale con i principali interlocutori dell'Azienda, nonché consolidare un canale di comunicazione privilegiato con il quale esplicitare i risultati della propria attività.*

*Il processo integrato di rendicontazione sociale è il risultato di una verifica coordinata all'interno di un gruppo di lavoro multidisciplinare, che nel corso degli anni ha plasmato un vero e proprio strumento di consultazione che permette la valutazione degli obiettivi raggiunti e l'introduzione di ulteriori interventi di miglioramento.*

*Acquisita la definitiva consapevolezza dell'utilità di tale documento di rendicontazione sociale, dopo la pausa di riflessione dell'anno 2008, questa edizione prende in considerazione i dati aziendali riferiti al 2009 confrontati con l'anno precedente.*

*L'adozione del Bilancio Sociale è divenuta una prassi consolidata per l'Azienda nell'ottica di trasparenza della gestione, comunicazione dei risultati e rappresentazione degli effetti sul territorio.*

5

*È auspicabile che il percorso intrapreso possa diventare un continuum condiviso dagli attori coinvolti, materia di conoscenza ma soprattutto stimolo di riflessione per tutti noi.*

*Contiamo, per il futuro, nella partecipazione sempre più attiva dei portatori di interesse, ai quali è rivolto questo documento.*

**IL DIRETTORE GENERALE A.S.L. BR**  
*Dr. Rodolfo ROLLO*

# Introduzione

Il Bilancio Sociale costituisce per la ASL BR un tradizionale appuntamento di verifica delle politiche aziendali, delle sue strategie e dello stato delle relazioni tra l'Azienda ed i suoi stakeholder.

Nel corso degli anni - siamo ormai alla terza edizione - il Bilancio Sociale ha modificato gradualmente la propria funzione: da attività di raccolta ed analisi dei dati, si è giunti all'attuale fase che vede il Bilancio Sociale strumento di verifica e controllo continuo.

Il Bilancio Sociale è comunque solo un tassello della responsabilità sociale d'impresa, la realtà in cui opera l'Azienda è più complessa e variegata. Non crediamo ai facili ottimismo o alla tendenza dominante di chi descrive in termini solo positivi le imprese che praticano le tecniche dedicate alla responsabilità sociale (Bilancio Sociale, Bilancio Ambientale, Certificazioni Etiche, ecc.), dando l'illusione di un mondo ideale in cui le strategie di marketing sociale e di comunicazione agiscono da *rigeneratori* dei comportamenti aziendali, questi ultimi, nonostante i nostri sforzi, restano lontani dall'essere perfetti.

Pensiamo invece che per essere veramente responsabili o come si usa dire "sostenibili", un'azienda non possa vivere isolata nel proprio universo, ma debba essere consapevole dell'impatto e della relazione con la società.

Vogliamo concludere ringraziando chi ha voluto testimoniare attenzione al percorso fin qui seguito, le osservazioni e consigli sono per noi apporti preziosi.

Un ringraziamento va ai rappresentanti degli stakeholder coinvolti nel processo di produzione della salute ma anche di rendicontazione, per la partecipazione attenta ed interessata.

Infine un ringraziamento specifico va a tutti coloro che lavorano nella nostra Azienda, il nostro Capitale Umano, la cui motivazione ha reso possibile i risultati raggiunti.

Il Direttore Amministrativo  
*Dr. Alfredo RAMPINO*

Il Direttore Sanitario  
*Dr. Emanuele VINCI*



# Metodologia

Il Bilancio sociale anno 2009, a cura del Gruppo di lavoro interaziendale<sup>1</sup>, nominato dal Direttore Generale, contiene dati ed informazioni relativi al biennio 2008/2009, ed è alla sua terza edizione.

Il documento si ispira ai principi della *trasparenza, accuratezza, attendibilità, verificabilità, comparabilità*, nonché ai criteri della *chiarezza espositiva e sinteticità*.

La realizzazione del presente volume è stata supportata da un processo strutturato di reperimento delle informazioni e dei dati: in una prima fase attraverso la valutazione della pertinenza e disponibilità delle informazioni, in una seconda fase attraverso la condivisione dei contenuti e dei dati riportati nel volume. 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>- incontri del gruppo di lavoro</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 2008/2009 (laddove non c'è comparazione il dato è riferito ad indicatori il cui confronto temporale non è significativo o ad indicatori per i quali non è stato possibile recuperare i dati)</li> <li>- definizione degli indicatori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incontri del gruppo di lavoro</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>- impaginazione 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> </ul>

7

*Il Gruppo di Lavoro*  
Bilancio Sociale ASL BR anno 2009

<sup>1</sup> Atto deliberativo n. 2039 del 18/06/2010 "Adozione del Bilancio Sociale 2009 ASL BR e composizione del gruppo di lavoro del Bilancio Sociale 2009"

# 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.



8

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**

In questa parte si rappresenta l'assetto istituzionale ed organizzativo della ASL: dalla missione, visione, valori di riferimento agli obiettivi gestionali.

## **II SEZIONE RENDICONTO ECONOMICO**

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

## **III SEZIONE RELAZIONE SOCIALE**

Viene 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 2009 ed il loro livello di raggiungimento, in coerenza con la programmazione aziendale e in accordo con le direttive regionali.





# 1

## IDENTITÀ AZIENDALE

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi nasce nel 1995 a seguito dell'accorpamento delle sei ex Unità Sanitarie Locali, con il quale il territorio di riferimento della nuova 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 Azienda Ospedaliera.

Negli anni successivi si avvia e si consolida il nuovo modello gestionale ed organizzativo derivante dal processo di aziendalizzazione della seconda Riforma della Sanità<sup>2</sup>.

Nel 2002, a seguito di provvedimento della Giunta Regionale<sup>3</sup> viene nuovamente modificato l'assetto organizzativo con 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. I presidi ospedalieri vengono ridotti da sei a tre, secondo 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>4</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 hanno influito sull'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie. La legge n. 25 del 3.08.2006 "*Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale*", in particolare, ha introdotto cambiamenti che riguardano le funzioni del Collegio di Direzione, il potenziamento del Distretto Socio-Sanitario, la partecipazione democratica del cittadino attraverso le funzioni dei Comitati Consultivi Misti, il rispetto del principio di trasparenza con l'obbligo di pubblicazione degli atti adottati dalle Aziende. Questa legge, congiuntamente con le norme nazionali riguardanti la Pubblica Amministrazione in generale, hanno dato una forte spinta anche all'attività regolamentare dell'Azienda: negli anni 2008 e 2009 sono stati emanati atti, linee guida e regolamenti in diversi ambiti dell'attività aziendale.

Altre importanti innovazioni, tuttora in atto, sono quelle derivanti dal Piano Attuativo Locale aziendale<sup>5</sup>, adottato nel 2009 dalla ASL BR in applicazione delle direttive contenute nel Piano Regionale di Salute 2008-2010.

<sup>2</sup> Riferimenti normativi del processo di aziendalizzazione: L. 412/91; L.421/92; D.lgs 502/92; D.lgs 517/93; D. lgs 229/99.

<sup>3</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".

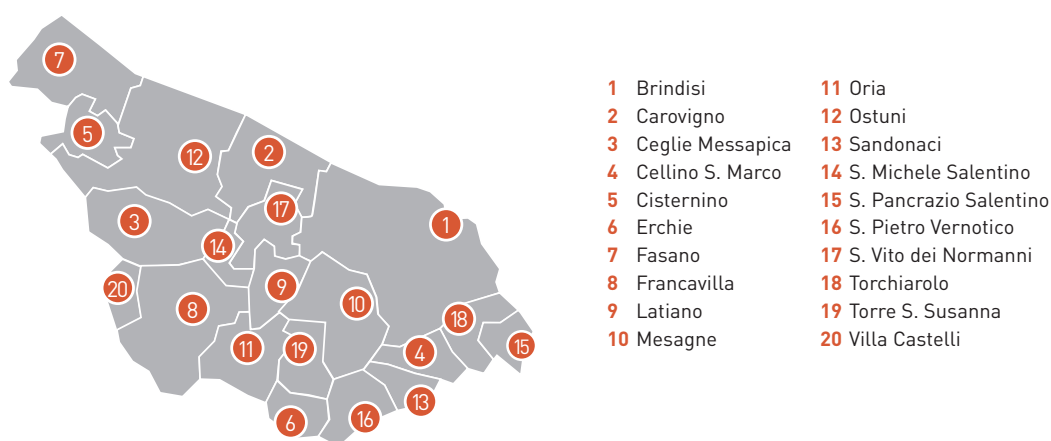
<sup>4</sup> Deliberazione di G.R. n. 1161 del 2002 "Piano sanitario regionale 2002-2004. Articolazione rete Distrettuale delle Aziende Unità Sanitarie Locali" e successive rimodulazioni.

<sup>5</sup> Deliberazione ASL BR n. 775 del 23.03.2009.

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale BR coincide con la provincia di Brindisi. A Nord confina con la provincia di Bari, a Sud con la provincia di Lecce, a Sud-Ovest con la provincia di Taranto.

Essa comprende venti Comuni e si estende su una superficie di Km<sup>2</sup> 1.839; il Comune di Brindisi ha la superficie più estesa: Km<sup>2</sup> 328,55, seguono per estensione Ostuni, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica e Fasano.

Il territorio provinciale è in buona parte pianeggiante - Km<sup>2</sup> 1.267 - ben quindici, dei venti Comuni, infatti, si trovano in pianura; solo cinque sono in zona collinare - Km<sup>2</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.



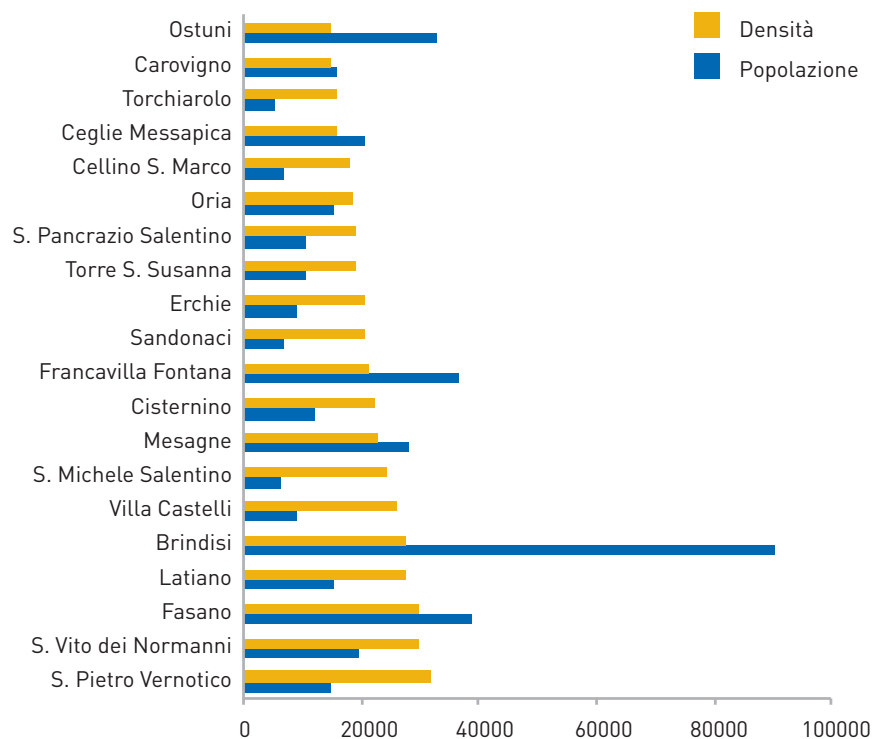
La ASL di Brindisi è suddivisa in quattro Distretti che raggruppano da un minimo di due Comuni (Distretto n. 1: Brindisi, S. Vito dei Normanni) ad un massimo di dieci (Distretto n. 4).

Distretti	Superficie (km <sup>2</sup> /q)	Abitanti (n°),	Densità abitanti (km <sup>2</sup> /q)	Differenza 2008/2009
Distretto 1 Brindisi	394,9	109.638	277,6	-0,57
Distretto 2 Fasano	406,6	82.802	203,6	-0,10
Distretto 3 Francavilla F.	555,6	104.163	187,5	0,68
Distretto 4 Mesagne	482,4	106.288	220,3	-0,37
<b>Totale ASL BR</b>	<b>1839,5</b>	<b>402.891</b>	<b>219,0</b>	<b>0,02</b>

Fonte: dati ISTAT - Elaborazione Un.e.S.

Il Distretto n. 1 ha il maggior numero di abitanti ed è anche quello più densamente popolato. Il Comune che vanta la maggiore densità abitativa è S. Pietro Vernotico.

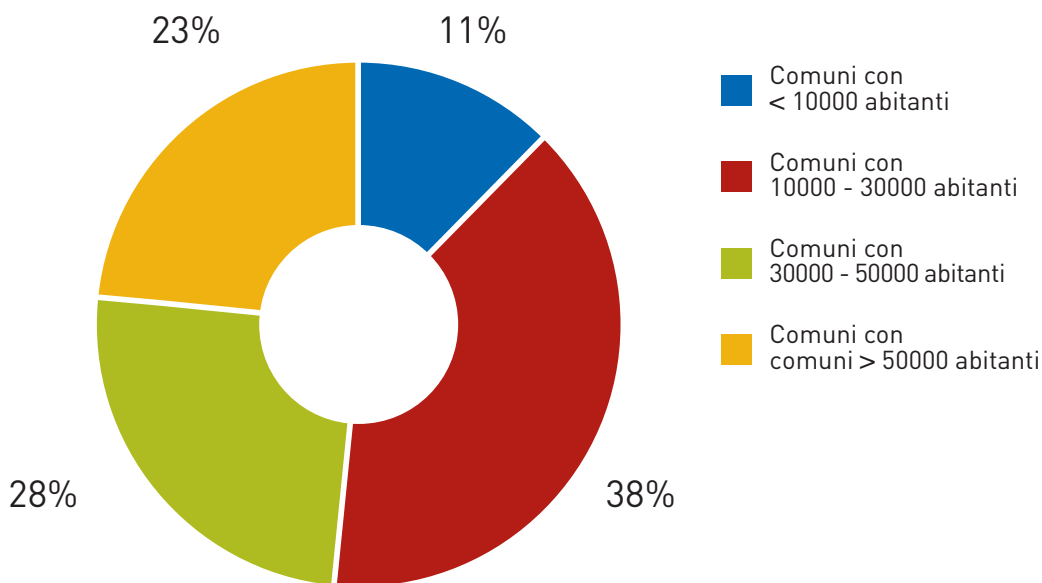
### Anno 2009 Densità e Popolazione per Comune



Fonte: Un.E.S

Il 22,33% della popolazione vive nel Capuologo, unico Comune a superare i 50.000 abitanti, il 10,71% 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 2009



Fonte: Un.E.S



## La popolazione della provincia di Brindisi

La popolazione della provincia di Brindisi al 1/1/2009 è composta da **402.891** abitanti, di cui **193.305 maschi** e **209.586 femmine**.

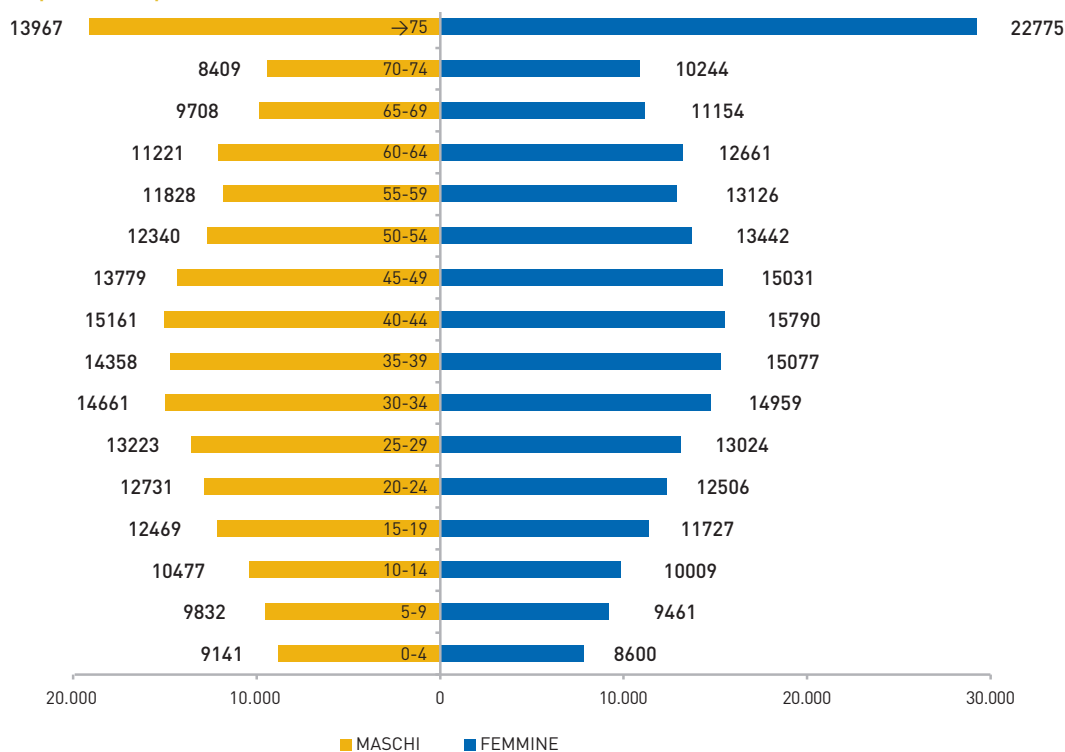
COMUNE	Maschi	Femmine	Totale	%
Brindisi	42.948	46.743	89.691	22,3
Carovigno	7.902	8.148	16.050	4,0
Ceglie Messapica	9.843	10.863	20.706	5,1
Cellino S. Marco	3.207	3.549	6.756	1,7
Cisternino	5.732	6.182	11.914	3,0
Erchie	4.334	4.661	8.995	2,2
Fasano	18.614	19.846	38.460	9,5
FrancaVilla Fontana	17.586	19.017	36.603	9,1
Latiano	7.342	7.730	15.072	3,7
Mesagne	13.144	14.673	27.817	6,9
Oria	7.424	7.949	15.373	3,8
Ostuni	15.261	17.167	32.428	8,0
Sandonaci	3.389	3.698	7.087	1,8
S.Michele Salentino	3.126	3.246	6.372	1,6
S. Pancrazio Salentino	5.036	5.363	10.399	2,6
S. Pietro Vernotico	6.797	7.676	14.473	3,6
S. Vito Dei Normanni	9.530	10.417	19.947	5,0
Torchiarolo	2.499	2.614	5.113	1,3
Torre S. Susanna	5.084	5.492	10.576	2,6
Villa Castelli	4.507	4.552	9.059	2,2
<b>TOTALE</b>	<b>193.305</b>	<b>209.586</b>	<b>402.891</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT

15

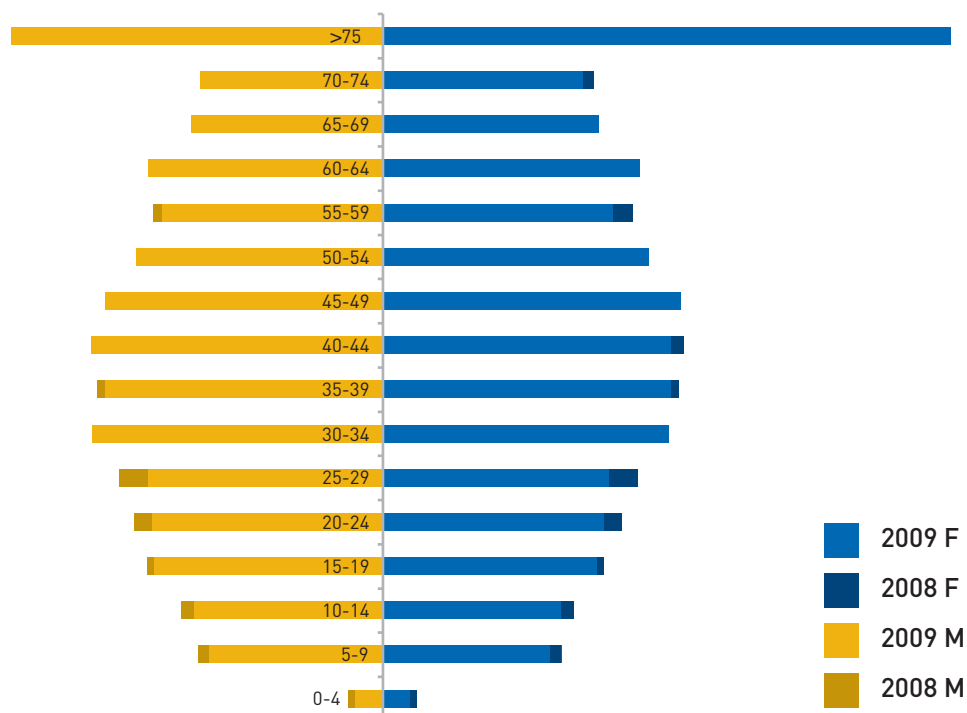
La piramide dell'età anche per quest'anno conferma la presenza di un maggior numero di maschi nella fascia d'età tra 0 e 4 anni, ma mostra anche, il progressivo invecchiamento della nostra popolazione ed evidenzia il grosso divario esistente tra le fasce d'età giovanili e quella della popolazione maggiore di 75 anni.

## Popolazione per fasce d'età e sesso anno 2009



Il grafico successivo riporta la comparazione 2008-2009 per fasce di età e sesso.

#### Differenza anni 2008/2009



TOTALE 2008: 402.985 ab.  
 TOTALE 2009: 402.891 ab.  
 Dati fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S

La tabella 1 mostra, secondo le stime effettuate dall'ISTAT, una decrescita naturale dello 0,5 per mille e complessivamente una crescita totale di segno positivo, sebbene inferiore allo stesso dato nazionale e ai dati stimati per il Sud e la Puglia.

Tabella 1 - Bilanci demografici Confronti- Anni 2006-2009 (per 1.000 abitanti)

	Crescita Naturale				Saldo Migratorio Totale				Crescita Totale			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
<b>Brindisi</b>	0,3	-0,4	-0,1	-0,5	-2,6	0,8	-0,1	1,0	-2,3	0,4	-0,2	0,5
Puglia	1,3	0,9	1,0	0,6	-1,7	0,7	-0,2	0,5	-0,4	1,6	0,8	1,1
Sud	1,2	0,9	0,8	0,4	-1,8	2,8	0,3	0,9	-0,6	3,7	1,1	1,3
<b>ITALIA</b>	0,0	-0,1	-0,1	-0,3	6,2	8,4	7,3	5,3	6,2	8,3	7,1	5,0

\*Stima

Fonte: stime ISTAT

L'ISTAT ha rilevato che il tasso generico di natalità rivela un decremento rispetto a quanto segnalato nel 2006 passando dal 9 al 8,9; il tasso generico di mortalità passa dal 8,7 per mille abitanti del 2006, all'9,4 calcolato dall'ISTAT per il 2009. Per quanto riguarda la nuzialità si nota come il tasso di nuzialità sia in crescita rispetto al 2006.

**Tabella 2 - Tassi generici di natalità, mortalità e nuzialità 2006-2009 (per 1.000 abitanti)**

	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008**	2009*
Brindisi	9,0	8,8	8,9	8,9	8,7	9,2	9,0	9,4	3,8	4,3	4,6	4,8
Puglia	9,3	9,4	9,4	9,3	8,0	8,5	8,4	8,7	4,5	4,8	4,8	4,7
Sud	9,7	9,7	9,6	9,5	8,5	8,8	8,8	9,1	4,8	5,0	4,9	4,8
<b>ITALIA</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>9,6</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>9,6</b>	<b>9,8</b>	<b>9,8</b>	<b>4,2</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>	<b>4,0</b>

\*Stima

\*\*Dato provvisorio.

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Anche i tassi di natalità e mortalità contribuiscono a delineare una situazione negativa. Questa situazione è poi peggiorata da un saldo migratorio totale di appena 1,0 per mille contro il 5,3 a livello nazionale.

**Tabella 3 - Tassi generici di migratorietà 2006-2009 (per 1.000 abitanti)**

	Saldo migratorio interno				Saldo migratorio con l'estero				Saldo migratorio per altro motivo				Saldo migratorio totale			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Brindisi	-2,3	-1,9	-2,3	-0,9	-0,1	2,6	2,2	2,1	-0,2	0,0	0,0	-0,2	-2,6	0,8	-0,1	1,0
Puglia	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8	0,9	3,6	2,8	2,5	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2	-1,7	0,7	-0,2	0,5
Sud	-3,1	-2,9	-3,2	-2,0	1,2	5,0	3,7	3,2	0,1	0,7	-0,2	-0,3	-1,8	2,8	0,3	0,9
<b>ITALIA</b>	<b>0,3*</b>	<b>0,2*</b>	<b>0,3*</b>	<b>0,3*</b>	<b>3,7</b>	<b>8,3</b>	<b>7,6</b>	<b>6,0</b>	<b>2,2</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,6</b>	<b>-1,0</b>	<b>6,2</b>	<b>8,4</b>	<b>7,3</b>	<b>5,3</b>

\*\*Il motivo per cui il saldo migratorio interno non è pari a zero, a livello nazionale è da imputare allo sfasamento temporale tra data di cancellazione di una persona dal comune di emigrazione e data di iscrizione della stessa presso il comune di immigrazione.

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

**Tabella 4 – Indicatori strutturali della popolazione al 1 gennaio 2009**

	Italia 2009				
	Italia	Meridionale	Puglia	Brindisi '08	Brindisi '09
% pop. 0-14 anni	14,0	15,4	15,1	<b>14,49</b>	<b>14,28</b>
% pop. 15-64 anni	66,1	66,8	67	<b>66,86</b>	<b>66,80</b>
% pop. 65 anni o più	20,1	17,7	18,0	<b>17,59</b>	<b>18,93</b>
Indice di dipendenza strutturale	51,89	49,43	49,50	<b>49,56</b>	<b>49,71</b>
Indice di dipendenza anziani	20,13	17,71	18,03	<b>18,64</b>	<b>18,92</b>
Indice di vecchiaia	143,38	115,17	119,54	<b>128,66</b>	<b>132,57</b>
Età media	42,64	40,62	40,97	<b>41,28</b>	<b>41,60</b>

Dati fonte ISTAT - elaborazione Un.E.S.

Permane il trend negativo ed è evidente che la nostra è una provincia che *“invecchia”* sempre più.

L'indice di vecchiaia si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14), valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

Formula: I.V.=  $(P_{\geq 65}/P_{\leq 14}) \times 100$

## Gli stranieri

La popolazione straniera residente che al 1/1/2009 ammontava a 5.905 unità, al 31 dicembre 2009 registra un incremento di 781 unità fino a raggiungere quota 6.686 residenze.

### Popolazione straniera residente al 31/12/2009 per sesso

	Provincia di Brindisi 2008	Provincia di Brindisi 2009	Puglia2009	Italia Meridionale 2009	Italia 2009
Maschi	2.715	2.994	39.517	174.739	2.063.407
Femmine	3.190	3.692	44.803	219.316	2.171.652
<b>Totale</b>	<b>5.905</b>	<b>6.686</b>	<b>84.320</b>	<b>394.055</b>	<b>4.235.059</b>

\*Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S

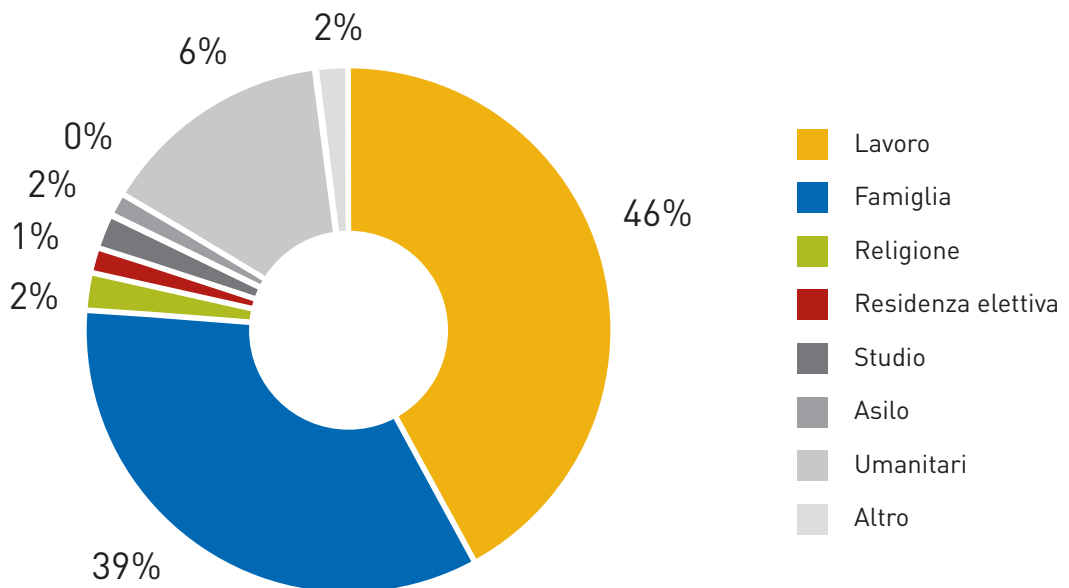
Si nota come la componente femminile sia maggioritaria rispetto a quella maschile. I permessi di soggiorno concessi sono n. 3.102, in calo rispetto al 2007 (3.278); essi vengono concessi per il 46%, per motivi di lavoro, il 39% per motivi familiari, solo il 2% per asilo politico ed altrettanto per motivi religiosi, il 6% per motivi umanitari e politici e solo 1% come residenza elettiva.

### Permessi di soggiorno dei cittadini extracomunitari per provincia e sesso, per motivo della presenza, al 1° gennaio 2008. Maschi e femmine.

	Lavoro	Famiglia	Religione	Residenza elettiva	Studio	Asilo	Richiesta asilo	Umanitari	Salute	Altro	Totale
Brindisi	1.411	1.216	62	18	75	69	4	190	14	43	3.102
Puglia	20.220	13.543	475	215	1.233	398	155	2.438	191	419	39.287
Sud	112.137	56.345	2.701	876	3.435	1.404	587	5.129	1.017	1.536	185.167
ITALIA	1.239.263	680.225	24.297	11.452	45.458	9.996	4.232	21.559	10.407	16.238	2.063.12

\*Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S

### Brindisi - Permessi di soggiorno per motivo della presenza



## Mortalità

### Decessi annuali ogni 100.000 abitanti (tasso grezzo)\*

	Maschi				Femmine			
	1998 2000	2001 2003	2004 2006	2007 2008	1998 2000	2001 2003	2004 2006	2007 2008
Malattie infettive e parassitarie	7,6	3,3	5,4	5,4	9,9	5,6	3,5	5,5
Tumori	270,9	280,9	277,9	285,7	164,6	187,5	172,9	195,9
Malattie ghiandole endocrine, nutrizione e metabolismo e disturbi immunitari	6,1	10,9	21,3	30,2	11,5	19,0	32,9	44,9
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	3,7	3,1	2,1	1,8	3,5	3,5	5,4	2,4
Disturbi psichici	5,3	12,9	13,8	10,9	7,3	14,5	14,2	18,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	11,5	14,7	27,5	27,9	9,6	16,3	23,9	39,1
Malattie del sistema circolatorio	388,5	356,5	308,7	332,2	423,2	402,3	364,5	378,0
Malattie dell'apparato respiratorio	34,5	71,4	78,6	82,5	31,4	46,4	41,6	42,2
Malattie dell'apparato digerente	49,6	57,5	51,2	49,9	38,0	39,9	38,0	44,2
Malattie dell'apparato genitourinario	23,3	16,9	18,0	20,9	24,8	15,8	15,6	22,2
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,3	0,2	0,5	0,5	0,0	1,3	0,8	1,9
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,5	0,3	1,7	2,8	0,9	2,1	4,1	7,2
Malformazioni congenite	1,9	3,5	3,6	4,1	2,5	3,3	2,1	2,6
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	4,9	2,2	2,9	2,3	3,0	1,3	1,9	2,4
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	32,1	20,0	32,3	37,5	34,3	36,7	36,8	43,0
Traumatismi ed avvelenamenti	48,4	41,2	43,9	47,3	11,7	11,8	16,1	27,9
<b>Totale deceduti</b>	<b>889,1</b>	<b>895,5</b>	<b>889,3</b>	<b>942,0</b>	<b>776,5</b>	<b>807,1</b>	<b>774,4</b>	<b>878,0</b>

Le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di morte. Si nota però una riduzione negli ultimi dieci anni presi in esame. La mortalità per tumore, seconda causa di morte, pur se non in modo costante, mostra un trend in aumento. La terza causa di morte sono le malattie dell'apparato respiratorio, in forte incremento, specie nel sesso maschile. Nel sesso femminile è da segnalare l'importante crescita della mortalità per traumi ed avvelenamenti.

19

### Decessi annuali per tumore ogni 100.000 abitanti (tasso grezzo)

	Maschi				Femmine			
	1998 2000	2001 2003	2004 2006	2007 2008	1998 2000	2001 2003	2004 2006	2007 2008
Tumori maligni labbro, cavità orale e faringe	6,3	4,5	5,7	7,0	1,4	1,1	1,1	1,4
Tumori maligni esofago	4,1	3,3	3,3	2,1	0,5	0,2	0,3	1,0
Tumori maligni stomaco	12,7	10,5	14,2	15,3	6,6	9,7	6,2	8,4
Tumori maligni colon	14,6	16,2	13,7	22,0	12,9	18,2	15,6	20,3
Tumori maligni retto, giunzione rettosigmoidea e ano	6,5	6,4	4,5	6,5	6,0	3,0	4,0	5,3
Tumori maligni fegato e dotti biliari intraepatici	23,9	20,2	15,6	15,8	10,9	12,0	9,3	7,2
Tumori maligni laringe	6,5	5,2	5,5	4,1	0,0	0,5	0,2	0,0
Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni	80,6	83,9	80,5	77,0	10,4	12,8	14,8	16,0
Tumori maligni mammella della donna	0,0	0,0	0,0	0,0	30,5	33,2	28,2	35,6
Tumori maligni collo utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	1,4	1,7
Tumori maligni altre e non specificate parti dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	8,2	10,2	7,5	7,2
Tumori maligni prostata	26,5	30,9	25,7	30,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumori di hodgkin ed altri tumori dei tessuti linfatico ed ematopoietico	10,7	12,3	12,6	10,9	9,3	10,4	8,8	6,2
Leucemie	8,1	11,6	8,8	8,5	7,3	7,8	5,7	5,7
Altri tumori maligni	68,2	73,8	82,3	83,8	58,2	65,5	64,8	75,2
Carcinomi in situ, tumori benigni, di comportamento incerto e di natura non specificata	2,2	2,2	5,5	2,3	1,9	2,2	4,9	5,0
<b>Totale</b>	<b>270,9</b>	<b>280,9</b>	<b>277,9</b>	<b>285,7</b>	<b>164,6</b>	<b>187,5</b>	<b>172,9</b>	<b>188,5</b>

Permane la maggiore incidenza di mortalità per tumore nel sesso maschile rispetto a quello femminile.

I tumori dell'apparato respiratorio sono, tra le patologie neoplastiche, la più importante causa di morte nei maschi, anche se in lieve diminuzione; nelle femmine, invece, benché rappresenti la terza causa di morte, sono in costante aumento.

Il tumore della mammella che, nel sesso femminile, è la più importante causa di morte, ha avuto un incremento nell'ultimo biennio.

In aumento, in ambedue i sessi, è la mortalità per tumore dello stomaco, ma soprattutto del colon.

L'Azienda Sanitaria Locale BR ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio Sanitario Regionale, impiegando nel processo d'assistenza le risorse ad essa assegnate in modo efficiente.

Per missione aziendale si deve intendere la ragione fondante e legittimante l'esistenza dell'Azienda che alla sua base ha la centralità del cittadino/utente e la risposta ai suoi bisogni di salute:

*“Realizzare risultati di eccellenza per la soddisfazione dei cittadini/utenti con il minimo uso di risorse in un sistema di compatibilità e di massime sinergie possibili e con la tensione verso il miglioramento continuo”.*

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

Gli obiettivi aziendali, intesi quali risultati che le aziende devono raggiungere per realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione sociosanitaria regionale e dai documenti attuativi assunti dai Direttori Generali all'atto del conferimento del loro incarico.

*La missione aziendale si fonda alcuni valori essenziali:*

- orientamento al cliente (sia esso il cittadino/utente o il cliente interno)
- centralità del cliente 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.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità d'accesso dei cittadini ai servizi sociosanitari. La visione dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare i bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

**Obiettivi**

Nella programmazione delle proprie attività l'Azienda adotta il metodo della pianificazione strategica, intesa come correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le attività da compiere per il loro raggiungimento. Gli obiettivi sono fissati annualmente sulla base della programmazione elaborata dalla Regione Puglia con la redazione del Piano Sanitario Regionale<sup>6</sup>, coerentemente con quanto definito a livello nazionale dal Piano Sanitario Nazionale.

Nel corso dell'anno 2009 l'azione dell'Azienda è stata orientata, tra l'altro, al raggiungimento degli obiettivi assegnati in sede di nomina del Direttore Generale<sup>7</sup>, nonché di quelli individuati con il Documento di indirizzo economico-funzionale<sup>8</sup> relativo allo stesso anno.

Strumento essenziale per la piena efficacia dell'attività di pianificazione, ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati, è il Piano Attuativo Locale Aziendale<sup>9</sup>, soggetto all'approvazione regionale, la cui stesura scaturisce dall'analisi del contesto sociale e dei bisogni del cittadino, oltre che dalla verifica dell'organizzazione aziendale per individuare gli elementi di forza e quelli di debolezza, che richiedono opportuni interventi correttivi.

In fase di predisposizione del Piano, per attuare scelte mirate e garantire un'adeguata azione dell'Azienda, è fondamentale favorire il confronto con i diversi attori presenti sul territorio. A tal fine, vengono promossi incontri con i Sindaci dei Comuni della provincia, con le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni ed Organismi di Tutela, in quanto rappresentanti dei cittadini, per valutare attentamente suggerimenti e proposte.

Decisivo, in tale fase, è il contributo di tutti gli operatori sanitari operanti sul territorio, inclusi i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta e gli Specialisti ambulatoriali, al fine di raccogliere ogni elemento utile per definire un percorso di ristrutturazione della rete dei servizi sanitari, derivante, appunto, 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 2009 hanno riguardato:

**1. area assistenza ospedaliera**

- potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero;
- miglioramento dei livelli di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, con il conseguimento di una riduzione del tasso di ospedalizzazione e promozione del day hospital e del day surgery;
- attuazione delle disposizioni in materia di governo del rischio clinico;
- sviluppo ed implementazione di percorsi-diagnostico-terapeutici;
- adeguamento delle prestazioni ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- attuazione del piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale;
- attuazione del progetto regionale trapianti.

<sup>6</sup> Piano Regionale di Salute L.R. n. 23 del 19.09.2008

<sup>7</sup> D.G.R. n. 723 del 9.05.2008

<sup>8</sup> D.I.E.F. approvato con D.G.R. n.1442/2009

<sup>9</sup> P.A.L. approvato con Deliberazione ASL BR n. 775 del 23.03.2009



## **2. area assistenza territoriale**

- realizzazione di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria e di valorizzazione delle attività territoriali;
- adesione al percorso Porta Unica di Accesso (PUA) definito a livello regionale per garantire l'accesso integrato alla rete dei servizi e la presa in carico del paziente;
- contenimento delle liste di attesa;
- potenziamento delle funzioni di competenza dei consultori familiari, con particolare riferimento alle attività di prevenzione ed educazione alla maternità e paternità responsabile;
- attuazione all'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia".

## **3. prevenzione**

- realizzazione di programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori;
- attuazione delle azioni previste dal Piano Regionale per la Prevenzione;
- attuazione delle norme sul randagismo.

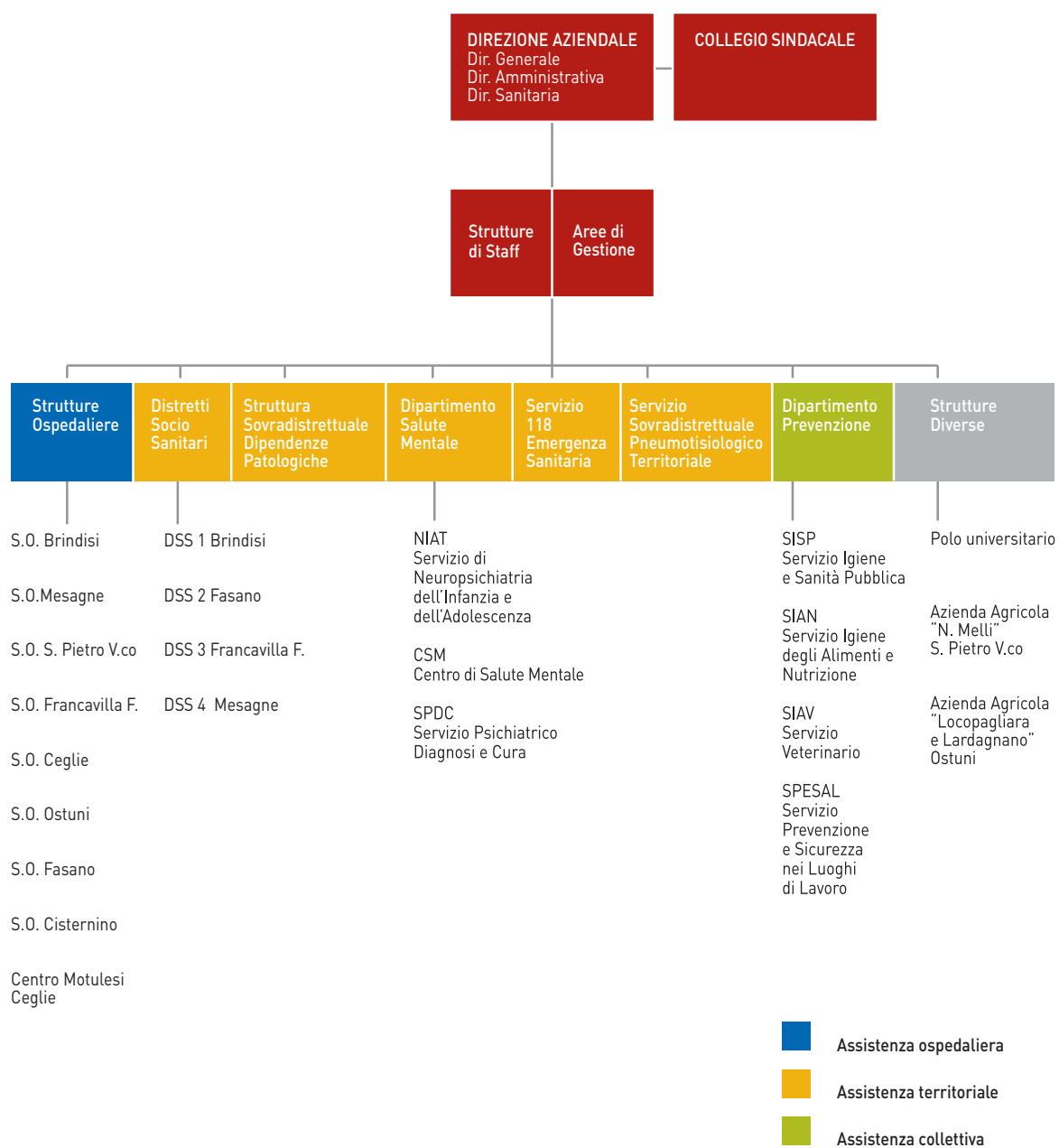
## **4. obiettivi generali**

- 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;
- attuazione del Piano Regionale per l'aggiornamento;
- attivazione di progetti di miglioramento della qualità;
- intensificazione delle attività di verifica delle strutture accreditate;
- attivazione, espletamento e/o conclusione delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi;
- attuazione delle disposizioni relative alla Sanità Elettronica ed ai sistemi informativi sanitari;
- rispetto della normativa in materia di contenimento della spesa del personale.

# 1.5

## Organi di governo

L'attuale assetto aziendale discende dalle vigenti normative nazionali e regionali<sup>10</sup>.



<sup>10</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**

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**

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. 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 le 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, istituita con la principale funzione di rappresentare le esigenze della popolazione, è composta dai venti Comuni della provincia. Al suo interno sono istituiti la Rappresentanza dei Sindaci ed il Comitato dei Sindaci del Distretto (non ancora attivo in questa ASL) ai sensi della recente normativa regionale<sup>11</sup>. È presieduta dal Sindaco Capoluogo.

Svolge le seguenti funzioni:

- Fornisce linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività delle Aziende Sanitarie;
- esprime parere obbligatorio sul Piano Attuativo Locale (PAL), nonché attraverso il Comitato dei Sindaci di distretto sul Piano Attuativo territoriale (PAT);
- esprime parere sulla nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria;
- esprime parere in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale;
- esamina il bilancio pluriennale di previsione e l'atto aziendale dell'Azienda, e trasmette le proprie valutazioni e proposta all'Azienda Sanitaria ed alla Regione;
- verifica la gestione del PAL elaborato da parte dell'Azienda sanitaria e sui risultati trasmette le proprie valutazioni e proposte all'Azienda Sanitaria ed alla Regione;
- elegge i propri quattro componenti della Rappresentanza, in quanto il Sindaco del comune capoluogo è membro di diritto;
- Designa, attraverso la propria Rappresentanza, il componente in seno al Collegio Sindacale.

<sup>11</sup> Regolamento Regionale 18 Luglio 2008 n. 16

## 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.

Nel 2009 l'Azienda ha adottato un nuovo Regolamento per il suo funzionamento<sup>12</sup>.

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.

È 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.

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.

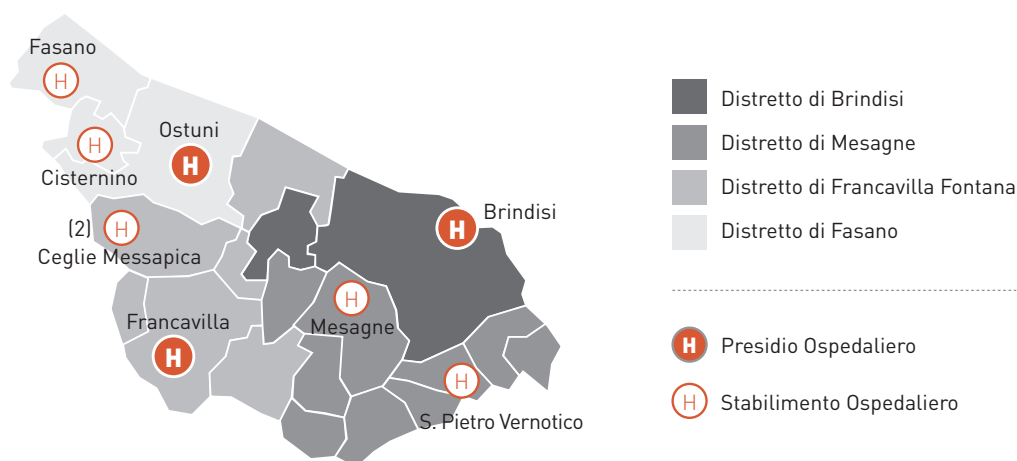
Il Comitato, in particolare, esamina, per i medesimi aspetti, casi specifici sottoposti da parte di singoli operatori, di articolazioni organizzative, di cittadini, di associazioni, di istituzioni, esprimendosi in merito; valuta protocolli terapeutici e diagnostici, pratiche assistenziali ed eventuali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

<sup>12</sup> Regolamento del Collegio di Direzione approvato con deliberazione ASL BR n. 3134 del 29.10.2009

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 2009.

**ANNO 2009 - posti letto medi totali (ordinari + day hospital) HSP22/bis modello ministeriale (elaborati da modelli inviati dall'UNES dati arrotondati all'unità)**

REPARTO	P.O. Perrino - Mesagne S. Pietro - Ceglie Neurom					P.O. Ostuni - Fasano Cisternino				P.O. Francavilla Ceglie			TOTALE ASL BR
	St. Brindisi	St. Mesagne	St. San Pietro Vernotico	Centro di Riabilitazione Neuromotulesi	TOTALE	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	TOTALE	St. Francavilla Fontana	St. Ceglie Messapica	TOTALE	
CARDIOLOGIA	27				27	4			4	14		14	45
CHIRURGIA GENERALE	24	25	2		51	25	10		35	19	15	34	120
CHIRURGIA PLASTICA	20				20								20
CHIRURGIA VASCOLARE	20				20								20
DERMATOLOGIA	12				12								12
EMATOLOGIA	20				20								20
ENDOCRINOLOGIA	12				12								12
GERIATRIA	50		20		69								69
GRANDI USTIONATI	11				11								11
LUNGODEGENZA		24	19		43		9	26	35	9	22	31	109
MALATTIE INFETTIVE	20				20								20
MEDICINA INTERNA	32	24	20		76	24	25		49	22	10	32	156
NEFROLOGIA	20				20					16		16	36
NEONATOLOGIA	12				12								12
NEUROCHIRURGIA	20				20								20
NEUROLOGIA	32				32								32
NEURORIABILITAZIONE			60		60								60
NIDO	0				0	0	0		0	0		0	0
OCULISTICA	20				20								20
ONCOLOGIA	10				10								10
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 1	28	5			33	25	5		30	24	17	41	104
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2	27				27								27
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	53				53	19	18		37	29		29	119
OTORINOLARINGOIATRIA	20				20								20
PEDIATRIA	19			19	19	20		39	20		20	77	
PNEUMOLOGIA			22		22		25		25				47
PSICHIATRIA			12		12						13	13	25
RECUPERO E RIABILITAZIONE				45	45								45
TERAPIA INTENSIVA	16				16								16
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8				8								8
UNITÀ CORONARICA	8				8					8		8	16
UROLOGIA	27				27								27
TOTALE	567	78	94	105	844	115	111	26	253	161	77	238	1.334

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

**IDENTITÀ AZIENDALE**

## 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 mantenuto dal 21/12/2001 il Sistema Qualità certificato ISO 9001:2008.

- **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:

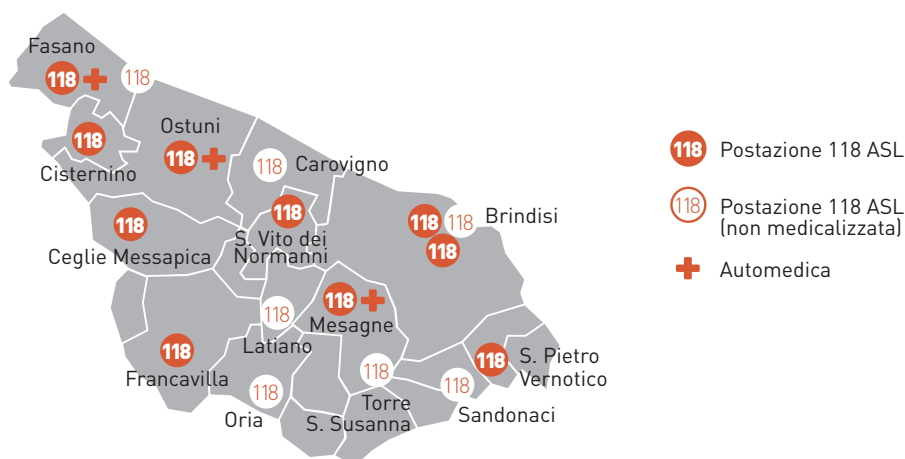
- *Riallenamento allo sforzo*
- *Disostruzione bronchiale*
- *Esercizi respiratori*
- *Programmi educazionali*
- *Riabilitazione in pazienti con cannula tracheostomica*
- *Ventilazione meccanica*

### 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)



## 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-am-

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

bientale, sanitaria, alimentare e lavorativa è il Dipartimento di Prevenzione. 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.

35

#### **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 di leggi o 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.

Qualora il reclamo abbia per oggetto la violazione dei principi, fatti propri dalle Carte dei Diritti, l'analisi dello stesso può essere deferito alla Commissione Mista Conciliativa, composta da parte aziendale e rappresentanti di Associazioni di Volontariato e Tutela. La Commissione viene convocata per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

#### **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., utente deve ricevere comunicazione - scritta o telefonica - degli accertamenti compiuti.



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.

Oltre ad i reclami scritti, pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico per posta ordinaria e per posta elettronica, o tramite le apposite Casette Reclami ubicate nelle strutture aziendali, vengono analizzati anche quelli ricevuti dal Call Center Informativo Sanitario Regionale, a cui l'U.R.P. riferisce sulle procedure attivate per la risoluzione del problema.

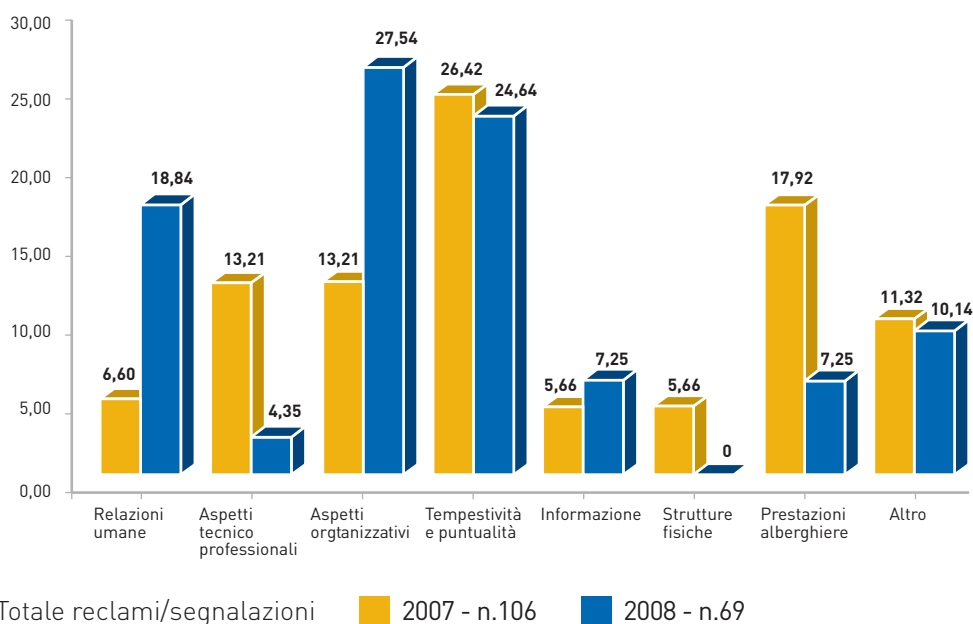
37

### Analisi dei reclami e delle segnalazioni anno 2008

Macrocategoria	%	v.a.
Relazioni umane	18,84	13
Aspetti tecnico-professionali	4,35	3
Aspetti organizzativi	27,54	19
Tempestività e puntualità	24,64	17
Informazione	7,25	5
Strutture fisiche	0,00	0
Prestazioni alberghiere	7,25	5
Altro	10,14	7
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>69</b>

Fonte: Elaborazione URP

## Reclami e segnalazioni confronto 2007 - 2008 (distribuzione %)



Fonte: Elaborazione URP

Nell'anno 2008 i reclami/segnalazioni sono sensibilmente diminuiti: in totale sono 69, ben 37 in meno rispetto al 2007.

Le principali segnalazioni riguardano problemi organizzativi, pari al 27%, in aumento rispetto al 2007, con particolare riferimento a prenotazioni errate, mancata effettuazione di prestazione prenotata senza il dovuto preavviso, difficoltà nelle procedure di richieste/ritiro di documentazione sanitaria o di accesso agli sportelli.

In leggero calo gli aspetti legati a tempestività e puntualità (tempi di attesa per le prenotazioni di alcune prestazioni, lunghe code agli sportelli o negli ambulatori), pari al 25%. Con un riscontro proveniente anche da segnalazioni telefoniche, unitamente alla verifica effettuata su dati aziendali, si evidenzia in particolare l'aumento dei tempi di attesa per l'erogazione di Risonanza Magnetica, Elettromiografia, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, Eco addome, visita endocrinologica. Su queste prestazioni, in effetti, si riscontra un andamento decisamente negativo nel corso di tutto il 2008.

Un aumento significativo anche per le Relazioni umane (circa il 19%), riferito soprattutto al comportamento scorretto di medici ed operatori.

In netta diminuzione i reclami circa gli aspetti tecnico-professionali, pari al 4% rispetto al 13% del 2007, riferiti a problemi legati all'assistenza medica ricevuta.

Intorno al 7% i problemi segnalati riguardo l'informazione ricevuta sull'accesso ai servizi, all'incirca pari al 2007. Evidente invece il calo delle segnalazioni circa le prestazioni alberghiere, che passa dal 18% del 2007 al 7% del 2008. Nessuna segnalazione circa le strutture fisiche.

Nella voce "altro", pari al 10%, sono compresi due elogi.

Tra le azioni migliorative, preme evidenziare che l'Azienda, anche durante l'anno 2008, ha investito in attività di formazione con edizioni ripetute del corso di "Accoglienza e umanizzazione" a cui hanno partecipato, a partire dalla fine del 2006, 1.500 dipendenti, tra medici, operatori sanitari e di sportello. Quello delle relazioni umane è, infatti, un aspetto ritenuto fondamentale per il buon funzionamento dei servizi.

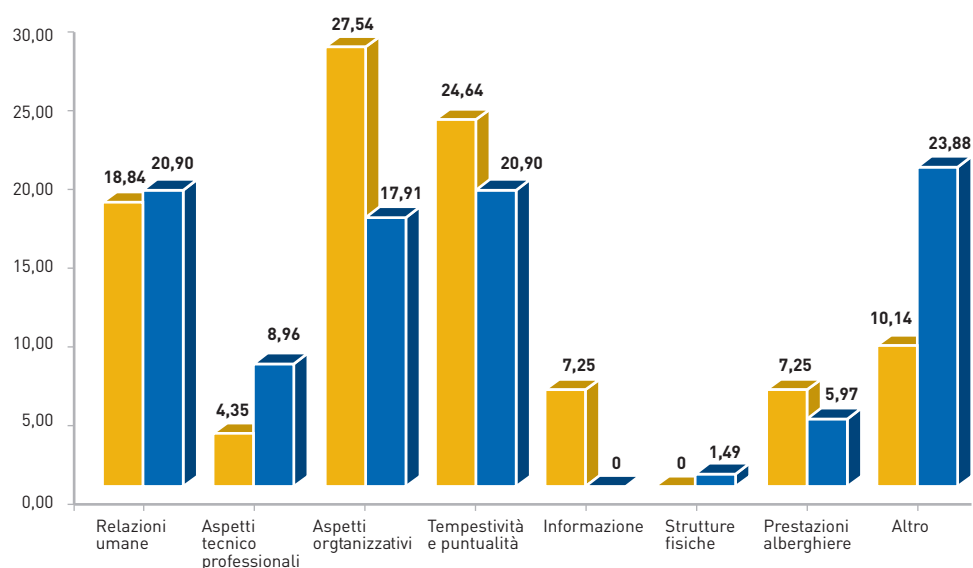


## Analisi dei reclami e delle segnalazioni anno 2009

Macrocategoria	%	v.a.
Relazioni umane	20,90	14
Aspetti tecnico-professionali	8,96	6
Aspetti organizzativi	17,91	12
Tempestività e puntualità	20,90	14
Informazione	0,00	0
Strutture fisiche	1,49	1
Prestazioni alberghiere	5,97	4
Altro	23,88	16
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>67</b>

Fonte: Elaborazione URP

## Reclami e segnalazioni confronto 2008 - 2009 (distribuzione %)



Totale reclami/segnalazioni    ■ 2008 - n.69    ■ 2009 - n.67

Fonte: Elaborazione URP

Nell'anno 2009 i reclami/segnalazioni sono essenzialmente in linea con quelli pervenuti nel 2008: in totale sono 67, due in meno rispetto al 2008.

Le principali segnalazioni riguardano tempestività e puntualità (tempi di attesa per le prenotazioni di alcune prestazioni, lunghe code agli sportelli o negli ambulatori), pari al 20%. Si conferma anche per il 2009 il riscontro proveniente da verifiche aziendali circa l'aumento dei tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni. Anche le segnalazioni per relazioni umane carenti aumentano (20%), nonostante gli interventi attuati dall'Azienda per migliorare i rapporti con l'utenza.

I problemi organizzativi, pari al 18%, se pur in calo rispetto al 2008, sono da tenere in considerazione, con particolare riferimento a prenotazioni errate, mancata effettuazione di prestazione prenotata senza il dovuto preavviso, difficoltà nelle procedure di richieste/ritiro di documentazione sanitaria o di accesso agli sportelli.

In aumento i reclami circa gli aspetti tecnico-professionali, pari al 9% rispetto al 4% del 2008, riferiti a problemi legati all'assistenza medica ricevuta.

In leggero calo le segnalazioni riferite alle prestazioni alberghiere (6%), solo una circa le strutture fisiche. Nessun reclamo riguardo l'informazione ricevuta sull'accesso ai servizi. Nella voce "altro", in aumento rispetto agli anni precedenti (pari al 23%), sono compresi

reclami non classificabili nelle predette macro-categorie. Doveroso evidenziare che ben 9 reclami riguardano l'interruzione del Servizio di fisioterapia domiciliare.

Tra le azioni migliorative, preme evidenziare che l'Azienda, anche durante l'anno 2009, ha investito in attività di formazione con edizioni ripetute dei corsi attivati nell'ambito del Laboratorio della Comunicazione.

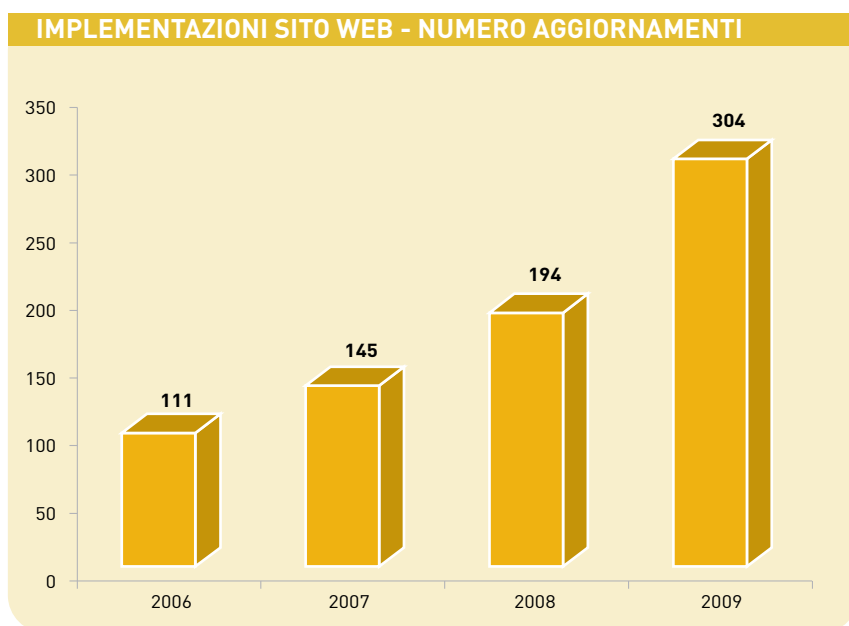
## 1.7.2 La Comunicazione

Sul fronte della comunicazione nel periodo in esame sono state avviate importanti innovazioni soprattutto a livello organizzativo. Fermo restando gli obiettivi contenuti nella vigente normativa<sup>16</sup>, la Regione Puglia ha voluto definire un nuovo modello di Sistema di Informazione e Comunicazione, sia al livello regionale che aziendale<sup>17</sup>, con atto emanato nel 2008 e tuttora in corso di attuazione. Viene ribadita l'importanza riconosciuta alla comunicazione e all'informazione come elementi fondamentali per far conoscere le scelte di politica sanitaria tese a tutelare il comune "bene salute", garantire equità nell'accesso alle prestazioni, promuovere la "responsabilità sociale", sviluppare i processi di partecipazione civica.

In attesa della definizione di ulteriori strumenti operativi, si elenca l'attività di quelli ormai da tempo consolidati nella nostra Azienda per garantire una comunicazione efficace, rivolta ai cittadini ma in generale a tutti gli stakeholder dell'Azienda:

- **Numeri verde informativi e U.R.P. distrettuali:** si registra un totale di circa 11.000 telefonate annue per una media giornaliera di 40 contatti;
- **Altri numeri verdi dedicati:** emergenza sanitaria, donazione sangue, centro prelievi territoriale, prenotazioni, anche questi di più ampia diffusione per l'evidente utilità percepita dagli utenti. Novità da segnalare è la sperimentazione di un numero verde oncologico rivolto a pazienti e familiari, attivato in collaborazione con il GNA (Gruppo Assistenza Neoplastici).
- **Sito web [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it):** dal 2007 gli spazi dedicati sono passati da 32 a 49 con un accesso alle informazioni molto più agevole e completo. Gli aggiornamenti di implementazione effettuati nel 2008 e 2009 sono infatti in progressivo aumento rispetto agli anni precedenti, passando rispettivamente da 194 a 304 aggiornamenti, con un incremento pari al 55%.

40



<sup>16</sup> Legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"

<sup>17</sup> Deliberazione di Giunta Regionale 25 giugno 2008, n. 1079 recante "Definizione del nuovo modello di Sistema di Informazione e Comunicazione in sanità, Documento di indirizzo"

Oltre a rappresentare una vera e propria Carta dei Servizi on line, il sito ottempera agli obblighi di legge delle Aziende circa trasparenza e pubblicabilità di atti (concorsi, gare, deliberazioni, ecc). Si segnala lo spazio dedicato alla pubblicazione dei provvedimenti adottati dal Direttore Generale (Delibere e Determine) attivato dal 2008.

- **Posta elettronica:** è un mezzo sempre più diffuso per comunicare con l'Azienda, sia da parte dei Cittadini che da Enti. Si registra un progressivo incremento nel corso degli anni con quasi 1.500 contatti in entrata nel 2009 e circa 1.200 in uscita. Lo strumento comincia ad avere una diffusione maggiore anche tra gli operatori aziendali.
- **Rivista informativa trimestrale "Comunicare la salute":** nel 2008 e 2009 sono stati pubblicati 4 numeri annui. 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:** l'attività di informazione viene garantita attraverso 7 uffici URP e 19 Punti Informazione aziendali. All'interno dello Stabilimento Ospedaliero A. Perrino, come centro ospedaliero di eccellenza della provincia, è attivo, inoltre, il servizio "Accoglienza Sanitaria" 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.
- **Servizio Sociale:** istituito presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico del Presidio Ospedaliero "Perrino" di Brindisi 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:

CASI TRATTATI	2008	2009
Dimissioni protette per anziani	65	84
Dimissioni protette per donne straniere	2	1
Dimissioni protette per minori stranieri	3	0
Attività di supporto psicologico a degenti	69	83
Attività di segretariato sociale e accompagnamento	1000 ca.	1000 ca.
Interventi di mediazione familiare	58 fam. di anziani 18 fam. con minori	72 fam. di anziani 3 fam. con minori
Inserimento in casa alloggio per HIV	2	1
Inserimento in RSA	3	5
Inserimento in RSSA	1	2
Interruzione di gravidanza	7 donne italiane 2 donne straniere	5 donne italiane
Utenti senza fissa dimora	3	2

- **Ufficio stampa:** cura i rapporti con i media, pubblica articoli e comunicati stampa relativi ad eventi aziendali, informazioni sui Servizi e dibattiti di interesse sanitario locale: nel 2008 e 2009 sono stati diffusi in media 70 comunicati annui con un numero di circa 770 pubblicazioni complessive su testate cartacee, on line e ed emittenti radiotelevisive, sia per il 2008 che per il 2009.
- **Laboratorio della Comunicazione:** al fine di potenziare i flussi di comunicazione interna e concorrere a migliorare le relazioni con l'utenza, è stato avviato il progetto formativo denominato Laboratorio della Comunicazione con i seguenti corsi: Public Speaking, Leader and Coaching, Team Building, Gestione del Conflitto, con edizioni 2008 e 2009 a cui hanno partecipato 640 dipendenti.

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. A livello aziendale, meritano particolare evidenza:

- Progetto EDUCAR, iniziativa di informazione ed educazione alla guida sicura, curata dal Dipartimento di prevenzione aziendale, in collaborazione con il Servizio Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche della ASL e con le Autoscuole della provincia, il Comune di Brindisi, Polizia Stradale, Vigili del Fuoco, Ufficio Scolastico Provinciale, elaborato nell'ambito del Programma di Prevenzione Regionale degli incidenti stradali.
- Campagna di informazione sugli screening di prevenzione del Carcinoma mammario, Carcinoma della Cervice uterina e del Colon-retto attivati con l'adesione della ASL al Programma Regionale della Prevenzione 2005-2007.
- Campagna straordinaria di vaccinazione contro l'influenza A/H1N1.

Cresce l'attenzione per la partecipazione al FORUM P.A. di Roma come importante occasione di informazione, formazione e benchmarking. Nell'ambito del premio Forum Nazionale sui Patrimoni Immobiliari Urbani Pubblici, nel 2008 l'Area Gestione Tecnica dell'Azienda Sanitaria ha ricevuto una Menzione Speciale nel concorso "Premio Best Practice 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. All'edizione 2009, i cittadini hanno potuto seguire i lavori del Forum collegandosi al sito aziendale [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it). Fiore all'occhiello di questa edizione il premio ricevuto per il progetto "SCEGLI LA STRADA DELLA SICUREZZA" finalizzato alla prevenzione degli incidenti stradali indotti da alcol e droghe, presentato in occasione del Convegno "Esperienze per Guadagnare Salute: premio alle migliori pratiche".

42

**Eventi aziendali:** ne vengono citati alcuni tra i più importanti organizzati:

#### **Anno 2008:**

- Nasce la Banca del cordone ombelicale
- Percorsi di salute per le malattie tiroidee: quali modelli organizzativi
- Polo Universitario: l'inaugurazione dell'Anno Accademico
- La Cardio TC nella Diagnostica della Cardiopatia Ischemica
- A lezione dai malati esigenti
- 1° concorso "il tuo modo di donare la vita". Premiazione e inaugurazione mostra
- La Legge 180 ha 30 anni
- Le cure palliative oncologiche domiciliari: prospettive future
- Il Paese delle Meraviglie. Il diritto alla cura e alla famiglia per il minore
- Giornata Mondiale della Salute Mentale 10 ottobre 2008
- Un meeting su chirurgia facciale
- Giornata mondiale delle persone con disabilità
- Progetto Salute Donna. Seminario di formazione sulla prevenzione delle patologie femminili
- Relazione sullo Stato di Salute della Popolazione
- Conferenza dei Servizi ASL BR anno 2008

#### **Anno 2009**

- 17° giornata mondiale del malato: "Educare alla salute, Educare alla vita"
- Sostanze d'abuso e impatto socio-ambientale. Normative e responsabilità.
- "Genetica della schizofrenia: stato dell'arte e prospettive"
- Iodio Informa: incontri per la cura e la prevenzione delle malattie tiroidee
- Problematiche nutrizionali assistenziali e assetti organizzativi nel territorio pugliese

- Giornata di studio "Paura o libertà: un'alternativa per lo sviluppo dei giovani"
- Incontro scientifico con il Prof. Eugenio Picano, Direttore dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa-Lecce su "La sostenibilità della diagnostica radiologica"
- "La Risonanza Magnetica a Diffusione Total Body e le Prospettive dell'Imaging Funzionale non Ionizzante"
- Gli Strumenti per l'integrazione Sociosanitaria: la porta unica di accesso l'unità di valutazione multidisciplinare"
- 2° concorso "il tuo modo di donare la vita". Premiazione e inaugurazione mostra
- "L'evoluzione nello studio della mammella: il percorso diagnostico e terapeutico assistenziale"
- 17° giornata mondiale della salute mentale: Convegno "Migliorare le cure e promuovere la salute mentale nell'assistenza sanitaria di base"
- Ruoli e competenze dell'infettivologo nell'era della globalizzazione
- Campagna Take Care per aiutare a tenere sotto controllo il diabete
- VI Meeting della Cittadinanza Piena e Universale
- Guardare al futuro "Accogliere per innovare"
- "L'integrità dell'uomo nel Fine Vita"
- Giornata Europea delle Persone con Disabilità
- Conferenza dei Servizi ASL BR anno 2009.

### 1.8.1 Qualità

L'attuale contesto normativo ed economico pone le organizzazioni sanitarie di fronte alla necessità di sviluppare capacità di governo dei processi di cura e di assistenza, allo scopo di raggiungere obiettivi di sicurezza, appropriatezza e di efficienza, resi il più possibile trasparenti verso l'intera organizzazione sanitaria e verso il bacino di utenza, anche attraverso processi di certificazione e di accreditamento.

L'approccio verso cui la sanità deve infatti tendere è quello riconducibile alla progettazione e implementazione di modelli organizzativi atti a creare un legame forte tra obiettivi, risorse e processi operativi, utili per migliorare la qualità nell'erogazione di servizi. L'Ufficio Gestione Qualità Totale ed Accreditamento promuove e diffonde la cultura aziendale della qualità mediante lo sviluppo di progetti e metodologie finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi.

Già nel lontano 1997 l'Azienda sanitaria brindisina operò, in tema di qualità e miglioramento continuo dei servizi, una scelta di campo molto precisa: adottava formalmente il modello internazionale volontario ISO 9000, modello ispirato alla filosofia del miglioramento continuo, di applicazione volontaria ma particolarmente rigoroso, sottoposto periodicamente ai processi di audit (verifiche) interni ed esterni, questi ultimi da parte di un ente certificatore di parte terza.

Nel riquadro sottostante sono rappresentate le Unità Operative aziendali certificate nel biennio 2008/2009, nonché le unità operative certificate in anni precedenti ma interessate al mantenimento del Sistema Qualità, pertanto anch'esse sottoposte al regime di audit interni ed esterni.

Tipologia Unità Operativa/Struttura/Area	Anno di Certificazione	Stato dell'arte anno 2009
Servizio sovradistrettuale territoriale per l'Infanzia e l'Adolescenza (NIAT)	Anno 2000	Mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001: 2008 nell'ottica del miglioramento continuo mediante attività di audit interni ed esterni
Area Gestione Economico-Finanziaria	Anno 2009	Mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001: 2008 nell'ottica del miglioramento continuo mediante attività di audit interni ed esterni
Medicina Trasfusionale	Anno 2009	Mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001: 2008 nell'ottica del miglioramento continuo mediante attività di audit interni ed esterni
Servizio di Pneumologia		Implementazione del sistema qualità
Cardiologia*	Anno 2009 Implementazione del progetto e certificazione	Mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001: 2008 nell'ottica del miglioramento continuo mediante attività di audit interni ed esterni

\*Progetto regionale relativo certificazione di tutte le cardiologie dei presidi ospedalieri pugliesi

## L'accreditamento delle strutture sanitarie

Tra i compiti istituzionali del Dipartimento di Prevenzione, attività fondamentale è quella della verifica dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici ed impiantistici delle strutture sanitarie.

Tale attività rientra nelle competenze del Servizio Dipartimentale di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL) ed è indirizzata alla verifica delle strutture sanitarie sia per quanto riguarda i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio sia per l'accreditamento.

Nello specifico, mentre l'autorizzazione è l'atto con il quale alla struttura che eroga servizi e prestazioni sanitarie è consentito l'esercizio dell'attività, previo verifica del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti, 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 pertanto 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, in un'ottica di perseguimento e mantenimento di elevati standards di qualità globale delle prestazioni, garantiti dai requisiti richiesti dal Regolamento Regionale n 3/2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il percorso di verifica delle strutture sanitarie accreditate, avviato con l'emanazione delle DD.GG.RR. nn. 1398/2007 e 648/2009 in ossequio alle previsioni ed alla tempistica disposte dalla normativa nazionale, è stato intrapreso da un apposito gruppo di lavoro in posizione di staff con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, composta da personale medico, tecnico-ispettivo ed amministrativo per le specifiche attività di verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

In accordo con le disposizioni impartite dal competente Servizio dell'Assessorato Regionale per le Politiche della Salute, il gruppo di lavoro ha effettuato la verifica dei requisiti globali per l'autorizzazione e quelli specifici ulteriori organizzativi per l'accreditamento di tutte le strutture private ambulatoriali che erogavano prestazione in nome e per conto del servizio sanitario in regime di convenzione con la ASL Brindisi per il passaggio dallo status di accreditamento transitorio a quello provvisorio.

La verifica, che ha riguardato per il territorio provinciale 25 laboratori di analisi chimico-cliniche, 3 strutture ambulatoriali di diagnostica per immagini, 4 ambulatori di fisiokinesiterapia e 2 ambulatori odontoiatrici, ha evidenziato il rispetto dei requisiti richiesti dal Regolamento Regionale 3/2005 per 32 strutture a fronte di 2 strutture per le quali è stato espresso parere sfavorevole al passaggio all'accreditamento provvisorio, pari ad una percentuale del 93.2% di verifiche positive.

A partire dal 1° gennaio 2011, dette strutture ambulatoriali verificate positivamente, saranno oggetto di ulteriore verifica relativa agli specifici ulteriori requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici previsti dal R.R. 3/2005 e dal R.R. 3/2010, al fine del passaggio allo status di accreditamento definitivo.

Le ulteriori attività previste dalle richiamate norme, già in avanzata fase di attuazione, riguardano la verifica delle altre strutture private che erogano prestazioni sanitarie in virtù di accordi contrattuali stipulati con la ASL Brindisi, rappresentate da:

- strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali ex art. 26 della L. 833/1978;
- strutture di dialisi ambulatoriale;
- strutture residenziali riabilitative psichiatriche;
- strutture residenziali riabilitative per dipendenze patologiche;
- R.S.A. (Residenza sanitaria assistenziale).

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.

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

Gli eventi avversi in Medicina rappresentano oggi un importante problema di sanità pubblica, in rapporto alla necessità di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie garantendo la migliore qualità e sicurezza possibile.

A tale scopo nella Asl di Brindisi ha assunto rilevanza prioritaria la Gestione del Rischio Clinico.

La strategia definita nella Asl si rifà alla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli ad un sistema che gestisce i rischi, vale a dire il passaggio da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo e preventivo.

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, ha sviluppato una politica basata sul principio " dell' Imparare dall'errore e non nascondere", con cui si vuole diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di biasimo e colpevolizzazione. Questo non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi, ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate e affrontate, possano evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

La concretizzazione di questa visione strategica si realizza attraverso una politica chiara ed illuminata che si basa su valori fondamentali quali:

- la trasparenza;
- la collaborazione fra operatori;
- la comunicazione con il paziente e fra il personale;
- la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato;
- l'impegno per il miglioramento continuo della qualità.

Primaria, nella Gestione del Rischio clinico, diventa la base culturale su cui si agisce, e tale cultura deve essere costantemente implementata.

Questo obiettivo si sta perseguendo nella Azienda tramite la formazione continua del personale.

Gli obiettivi generali nella strategia e della politica intraprese per la gestione del rischio sono:

- aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente;
- aumentare la sicurezza di tutti gli operatori della sanità;
- ridurre le possibilità di contenzioso tra il paziente e l'azienda ospedaliera;
- dare sostegno all'attività professionale di tutti gli operatori;
- migliorare l'immagine dell'ospedale e la fiducia del paziente.

Dal 2007 (anno di Istituzione U.O. Risk management nella Asl di Brindisi ) sono state attivate una serie di iniziative, alcune delle quali hanno valenza pluriennale, che hanno permesso alla ASL di Brindisi di intraprendere un cammino che nei prossimi anni cercherà di approfondire la consapevolezza, al proprio interno, degli errori in genere.



## Anno 2008

1. Nel corso dell'anno è stato ulteriormente aggiornato il database aziendale, che consente di analizzare gli eventi accaduti nel corso degli anni 2007 – 2008, cui hanno fatto seguito una richiesta di risarcimento danno. Questo lavoro organizza 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.

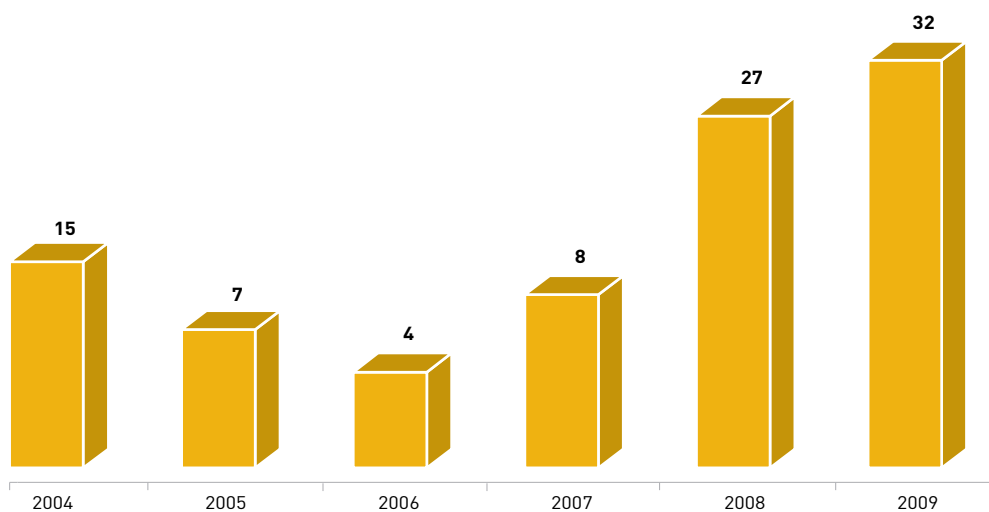
	Eventi		GG degenza		N° ricoveri		Pond.ne eventi g. degenza		Pond.ne eventi g. ricovero	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>Brindisi</b>	31	19	190.812	193.601	28.308	28.619	0,016%	0,010%	0,110%	0,066%
<b>FrancaVilla F.</b>	6	2	51.058	48.408	11.288	11.053	0,012%	0,004%	0,053%	0,018%
<b>Fasano</b>	3	4	34.022	34.184	6.590	6.683	0,009%	0,012%	0,046%	0,060%
<b>S. Pietro Vernotico</b>	2	0	35.993	31.605	5.687	4.813	0,006%	0,000%	0,035%	0,000%
<b>Ostuni</b>	6	5	34.312	36.726	7.380	7.805	0,017%	0,014%	0,081%	0,064%
<b>Ceglie Mc.a</b>	3	2	17.864	17.811	2.223	2.025	0,017%	0,011%	0,135%	0,099%
<b>Centro di Riabilitazione</b>										
<b>Neuromotulesi</b>	0	0	39.514	40.265	714	751	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%
<b>Mesagne</b>	5	1	22.040	23.180	4.562	5.103	0,023%	0,004%	0,110%	0,020%
<b>Cisternino</b>	2	0	5.245	5.329	363	350	0,038%	0,000%	0,551%	0,000%
<b>Totale</b>	<b>58</b>	<b>33</b>	<b>430.860</b>	<b>431.109</b>	<b>67.115</b>	<b>67.202</b>				

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

Si rileva sempre come il numero di eventi accaduti nel 2007 sia passato da 35 (dato rilevato nel Bilancio sociale 2007) a 58, in quanto vi è una latenza temporale tra prestazioni professionali e data in cui viene inoltrata la contestazione, pertanto il dato 2008 è da considerarsi provvisorio.

2. Al fine di aumentare una comune cultura della sicurezza, definita anche cultura della responsabilità, della fiducia in se stessi e nell'organizzazione di appartenenza, l'U.O. Gestione del Rischio Clinico ha organizzato un corso base sulle tematiche della sicurezza del paziente, per circa 250 operatori sanitari. Il corso è stato suddiviso in 5 edizioni differenti, ed è stato totalmente organizzato utilizzando esclusivamente risorse interne.
3. Creazione della pagina on-line dedicata al rischio clinico sul sito web aziendale.
4. Creazione di un database relativo alle cadute accidentali avvenute presso il P.O. A. Perrino di Brindisi finalizzato allo studio del fenomeno e all'attivazione di protocolli per la riduzione del rischio. Tale studio ha permesso di realizzare una serie di analisi relative sia al numero di cadute avvenute nel P.O. Perrino sia alle UU.OO. maggiormente interessate al fenomeno. Come si può vedere dalle tabelle di seguito illustrate nel corso del 2008 e del 2009 il numero delle segnalazioni in termini assoluti è aumentato, ciò non va inteso come un aumento degli eventi accaduti, ma come ricaduta positiva del corso di formazione implementato, dato che obiettivo specifico del corso era proprio aumentare la sensibilizzazione degli operatori alla segnalazione spontanea degli eventi intesa come momento di apprendimento e miglioramento.

## Segnalazioni Cadute PO. Perrino



## Segnalazioni Cadute per UU.OO

Cardiologia	8	Nefrologia	8
Chir. Vascolare	7	Nefrologia e dialisi	2
Ematologia	11	Neurochirurgia	3
Endocrinologia	3	Neurologia	17
Geriatria	10	O.R.L.	1
Ginecologia	1	Oculistica	1
Medicina	4	Radioterapia	1
Medicina	1	U.O. Radioterapia	1
Medicina Interna	19	UTIC	4

48

5. Coinvolgimento dei Referenti/Facilitatori per la gestione del rischio nelle Unità Operative per la formazione della rete in costante contatto con l'U.O. gestione del Rischio Clinico.
6. Gestione Proattiva del Rischio Clinico (metodo FMECA): Casi clinici e proposte di miglioramento:
  - Frattura laterale collo del femore trattata con chiodo endomidollare;
  - Trauma cranico con ematoma subdurale acuto che giunge in PS con ambulanza 118;
  - Preparazione all'anestesia di paziente collaborante e cosciente;
  - Intervento ernioplastica inguinale in elezione in day surgery ;
  - Accesso al pronto soccorso di un bambino con convulsione febbrile e trasferimento in reparto.
7. Adesione al programma "Call for good practice" 2008 e 2009 avviato dal Ministero della Salute;
8. Implementazione di protocollo di gestione in ogni singola U.O. degli Eventi Sentinella;
9. Diffusione delle Raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella;
10. Implementazione e utilizzazione della scheda di segnalazione spontanea delle situazioni di rischio (cosiddetto Incident Reporting) in tutta l'Asl, e periodica elaborazione dei dati relativi alla sua utilizzazione;

## Anno 2009

- Raccolta della documentazione relativa ai documenti di Consenso Informato esistenti nella Asl di Brindisi, al fine di uniformare la modulistica per il Consenso da utilizzare in tutta l'azienda;
- Progetto qualità della documentazione sanitaria, che prevede l'individuazione dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica, con implementazione di una check list di verifica della documentazione inserita in cartella clinica;
- Adesione al programma "Call for good practice" 2008 e 2009 avviato dal Ministero della Salute;
- Adesione al progetto Lasa/Sala del Ministero della Salute, per l'individuazione e monitoraggio dei farmaci ad alto rischio di errore;
- Studio del clima organizzativo in alcune UU.OO. dell'Asl di Brindisi;
- Studio della percezione del rischio clinico nel Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Brindisi;
- Diffusione in tutte le strutture sanitarie della provincia, in tutti gli ambulatori dei MMG e PLS, delle Guide sulla Sicurezza sanitaria elaborate dal Ministero della salute;

### Progetti in fase di attuazione

- Progetto di standardizzazione del processo di consenso informato per l'intera azienda, attraverso la stesura di una procedura univoca e la predisposizione della modulistica da utilizzare per tutte le UU.OO;
- Implementazione della scheda terapeutica unica (STU) con iniziative di incontro e discussione con i referenti dell'unità operative che sperimenteranno tale strumento;
- Progetto di realizzazione di un osservatorio medico legale per la responsabilità civile professionale;
- Presentazione progetto "Tracciabilità del Sangue" in collaborazione con il Servizio Immuno-trasfusionale.

49

## 1.8.3 Formazione

La formazione costituisce uno degli elementi strategici di promozione e miglioramento continuo della qualità in ambito sanitario. In uno scenario socio-sanitario in cui è cambiata la sensibilità individuale del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria, è, pertanto, inevitabile ridefinire e rivalutare il sistema di formazione permanente in modo tale da garantire a tutti i professionisti un'offerta formativa appropriata e di qualità.

La formazione assume oggi la caratteristica di intervento in grado di contestualizzare e trasferire le conoscenze e l'apprendimento sul campo attraverso adeguate metodologie nell'ottica di un miglioramento gestionale ed organizzativo.

Le politiche della formazione 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

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

- 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

Il volume di attività complessiva svolta negli anni 2008 e 2009 è nettamente aumentata rispetto agli anni precedenti. Nella formazione sono stati coinvolti 9.716 operatori con una media pro capite di n. 9,67 crediti nel 2008 e una media di molto inferiore nel 2009, pari a n. 3,61 crediti.

Le scelte formative hanno toccato diverse aree: rischio clinico rischi professionali in ambito sanitario, diritto sanitario, programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, prevenzione, emergenza-urgenza, oncologia, accoglienza e umanizzazione, leader-ship e management dei sistemi sanitari, problematiche psichiatriche ecc.

### Formazione organizzata all'interno dell'Azienda

	2008	2009
Medici (compresi MMG e PLS)	2.081	1.444
Biologi 18	48	
Psicologi 74	0	
Infermieri	444	860
Dietisti 15	43	
Tecnici di neurofisiologia	0	4
Tecnici di radiologia	50	70
Tecnici prevenzione	40	0
Tecnici di laboratorio	24	61
Ostetriche	100	70
Fisioterapisti	60	50
Tutte le professioni	1.785	2.210
Personale amministrativo (formazione in sede)	45	120
<b>Totale</b>	<b>4.736</b>	<b>4.980</b>

### Formazione ECM (personale sanitario)

	2008	2009
Eventi formativi organizzati e accreditati	13	19
Progetti formativi	38	30
Personale coinvolto	6.742	4.933
Ore complessive di formazione	49.546	51.418
Crediti complessivi erogati	697	1.365
Media crediti ECM assegnati pro-capite	9,67	3,61

Fonte: Ufficio Formazione

### **Formazione svolta all'esterno dell'Azienda: "aggiornamento facoltativo"**

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.

Hanno usufruito di aggiornamento facoltativo complessivamente n. 108 operatori nel 2008 e n. 63 operatori nel 2009.

### **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**

#### **UNIVERSITÀ /SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONI**

CENTRO STUDI PSICOTERAPIA "SERGIO DE RISIO"  
IKOS- AGEFORM SCUOLA DI MEDIAZIONE FAMILIARE  
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "EPIFANIO FERDINANDO"  
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "CATALDO AGOSTINELLI"  
ISTITUTO DI PSICOTERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE (IPFR)  
ISTITUTO DI PSICOTERAPIA IGAT E ANALISI TRANSAZIONALE  
ISTITUTO ITALIANO PER LO STUDIO E LA TERAPIA PSICOANALITICA  
IULM LIBERA UNIVERSITÀ DI LINGUE E COMUNICAZIONE  
LIBERA UNIVERSITÀ MARIA S.S. (LUMSA)  
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA E PSICODINAMICA SOCIO-OSTRUTTIVA  
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE QUADRIENNALE IN PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA UMANISTICA INTEGRATA - ASPIC  
SCUOLA QUADRIENNALE IN PSICOTERAPIA BIOSISTEMICA  
SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI (SCIENZE MATEMATICA- FISICA)  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI LECCE  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA (FARMACIA)  
UNIVERSITÀ DEL SALENTO CORSI DI STUDI IN AREA PEDAGOGICA  
UNIVERSITÀ LUMSA TARANTO  
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE "AGOSTINO GEMELLI" (MEDICINA E CHIRURGIA)  
UNIVERSITÀ CATTOLICA SACRO CUORE DI MILANO  
UNIVERSITÀ CSEI SCUOLA DI MANAGEMENT & ENGINEERING  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA (MEDICINA E CHIRURGIA)  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II°  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA MED.E CHIR.  
UNIVERSITÀ DEL SALENTO CORSO DI STUDI IN AREA PSICOLOGICA  
UNIVERSITÀ DEL SALENTO  
UNIVERSITÀ DEL SALENTO  
UNIVERSITÀ DI DEL SALENTO (SCIENZE SOCIALI POLITICHE E DEL TERRITORIO)  
UNIVERSITÀ DI PERUGIA (SCIENZE MATEMATICA-FISICA)

Fonte: Ufficio Formazione

Nell'anno 2008 sono stati autorizzati complessivamente 109 tirocini formativi della durata media di 200 ore, pre-laurea e post laurea, mentre nell'anno 2009 sono state effettuate 129 autorizzazioni per lo svolgimento di attività di formazione e di orientamento, presso tutte le strutture ed i servizi della ASL BR per un totale di 238 presenze. Presso le strutture ed i servizi aziendali viene svolta, inoltre, attività di tirocinio volontario della durata concordata tra il direttore del servizio o della struttura, stabilite in base alla disponibilità ed alle esigenze dei singoli protagonisti dell'accordo.

Notevole è stato il lavoro svolto dalla nostra azienda per quanto concerne l'organizzazione dei corsi per operatori socio- sanitari attivati nel 2008-2009 in collaborazione con i diversi enti professionali di settore. Per l'esattezza la nostra azienda ha stipulato convenzioni con:

- I.I.P.
- IAL CISL
- INFORMADATA
- CIFIR
- ENAIP (SEDE DI FRANCAVILLA FONTANA E MESAGNE)
- DANTE ALIGHIERI
- PROFETA
- ECIPA
- EPCPEP

#### **Formazione Universitaria ed Organizzazione Didattica - Polo Universitario ASL BR**

La riforma universitaria ai sensi del D.M. n. 509/1999 ha introdotto numerose ed importanti novità. Tra le più significative vi è l'articolazione dei corsi di studio universitari su due livelli: un primo livello della durata di tre anni ed un secondo della durata di due.

Si è trattato di un grande cambiamento rispondente agli accordi internazionali sull'armonizzazione dei sistemi di istruzione superiore in Europa, che mira al raggiungimento di una migliore rispondenza dei nuovi professionisti alle esigenze sempre più complesse e qualitativamente elevate del mondo del lavoro.

A tale riguardo ed in seguito a specifico protocollo di intesa tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari, la ASL di Brindisi, dispone di un'offerta formativa che testimonia un felice connubio tra mondo accademico e mercato del lavoro, infatti è sede del Polo Didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "A. Moro" di Bari, per l'espletamento di alcuni Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Per la nostra Provincia il Polo Universitario rappresenta una indiscutibile ricchezza culturale e consente di coniugare un'adeguata offerta formativa rispetto alle esigenze assistenziali dell'utenza territoriale, quasi il 100% dei laureati trova immediata occupazione.

I Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie attivi nel biennio 2008/2009:

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

sono situati presso apposito padiglione nell'area dell'ex ospedale "Di Summa" in Brindisi ove si svolgono le attività didattiche, lezioni ed esercitazioni dirette o mediante sistema di "teledidattica in videoconferenza", e tirocinio pratico professionalizzante assicurato presso il P.O. Perrino di Brindisi, il Centro riabilitativo per Motulesi e Cerebrolesi di Ceglie Messapica e le Strutture Riabilitative Psichiatriche presenti nel territorio provinciale afferenti al Dipartimento di Salute Mentale

Dati relativi agli Anni Accademici 2007/08 e 2008/09:

<b>CORSO DI LAUREA</b>	<b>A.A. 2007/08</b>	<b>A.A.2008/09</b>
<b>INFERMIERE</b>		
Matricole	n. 56	n. 74
Iscritti 2° anno	n. 36	n. 56
Iscritti 3° anno	n. 17	n. 53
Laureati	n. 16 dei quali a pieni voti: n. 6 con 110/110 n. 2 con 110/110 e lode	n. 18 dei quali a pieni voti: n. 3 con 110/110 n. 3 con 110/110 e lode
Tasso occupazionale	Il 100% non appena viene completata la procedura obbligatoria di iscrizione all'Albo del Collegio I.P.A.S.V.I. di appartenenza.	Il 100% non appena viene completata la procedura obbligatoria di iscrizione all'Albo del Collegio I.P.A.S.V.I. di appartenenza

<b>TECNICO DI LABORATORIO</b>	<b>A.A. 2007/08</b>	<b>A.A.2008/09</b>
Matricole	n. 8	n. 0
Iscritti 2° anno	n. 8	n. 6
Iscritti 3° anno	n. 11	n. 10
Laureati	n. 12 dei quali a pieni voti: n. 1 con 110/110 n. 1 con 110/110 e lode	n. 9 dei quali a pieni voti: n. 4 con 110/110 n. 1 con 110/110 e lode
Tasso occupazionale	10% occupato in regione	60% occupati fuori regione

<b>TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA</b>	<b>A.A. 2007/08</b>	<b>A.A.2008/09</b>
Matricole	n. 0	n. 0
Iscritti 2° anno	n. 12	n. 0
Iscritti 3° anno	n. 13	n. 12
Laureati	n. 12 dei quali a pieni voti: n. 5 con 110/110 n. 2 con 110/110 e lode	n. 13 dei quali a pieni voti: n. 2 con 110/110 n. 4 con 110/110 e lode
Tasso occupazionale	Il 90% trova immediata occupazione a tempo determinato presso le Cooperative sociali riabilitative psichiatriche esistenti sul territorio provinciale, il restante 10% migra al nord in altre regioni italiane ove vengono offerti posti di lavoro a tempo indeterminato, tramite concorso pubblico.	Il 90% trova immediata occupazione a tempo determinato presso le Cooperative sociali riabilitative psichiatriche esistenti sul territorio provinciale, il restante 10% migra al nord in altre regioni italiane ove vengono offerti posti di lavoro a tempo indeterminato, tramite concorso pubblico.
Prosecuzione degli studi per conseguimento di Laurea Specialistica o Master Universitari di 1° livello	Il 60% esprime tali intenzioni	Il 40% manifesta tale desiderio
Excursus storico		

<b>IGIENISTA DENTALE</b>	<b>A.A. 2007/08</b>	<b>A.A.2008/09</b>
Matricole	(non pervenuto)	n. 0
Iscritti 2° anno	(non pervenuto)	(non pervenuto)
Iscritti 3° anno	(non pervenuto)	(non pervenuto)
Laureati	13	22
Tasso occupazionale	90%	80%

<b>FISIOTERAPIA</b>	<b>A.A. 2007/08</b>	<b>A.A.2008/09</b>
Matricole	23	38
Iscritti 2° anno	28	23
Iscritti 3° anno	25	24
Laureati	17	26
Tasso occupazionale	100% occupati con diverse tipologie di contratto	100% occupati con diverse tipologie di contratto

**IDENTITÀ AZIENDALE**





# 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 sul territorio 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).

Include anche i costi erogati fisicamente nelle strutture ospedaliere, ma relativi all'assistenza territoriale, quali le attività specialistiche ambulatoriali presso gli ospedali e le attività del pronto soccorso.

Include, inoltre, i costi di mobilità sanitaria passiva sostenuti per l'erogazione, di servizi sanitari a favore degli assistiti, da parte di strutture sanitarie che si trovano al di fuori del territorio provinciale, e che hanno diritto al rimborso.

**ASSISTENZA OSPEDALIERA:** comprende i costi dei ricoveri ospedalieri (inclusi i ricoveri in libera professione), i costi 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, dai proventi derivanti dal pagamento del tickets da parte degli assistiti per l'ottenimento di talune prestazioni sanitarie erogate dall'ASL BR in regime ambulatoriale, dai proventi derivanti dalle prestazioni erogate dai sanitari dell'ASL BR in regime intramoenia, da altre tipologie di proventi, da costi capitalizzati, e da entrate di natura straordinaria.

Considerato che i ricavi sono costituiti prevalentemente dai contributi assegnati dalla Regione (vedi tabella successiva "struttura dei ricavi") 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 rien-

tranti 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

	2009		2008	
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.
Contributi conto esercizio (1)	624.625	90,4	611.045	91,0
<i>(1) di cui assegnazione indistinta</i>	<i>611.489</i>	<i>88,5</i>	<i>596.005</i>	<i>88,8</i>
Mobilità attiva	38.950	5,6	38.950	5,8
Altri ricavi per prestazioni sanitarie	6.501	0,9	5.706	0,8
Attività libero professionale	4.620	0,7	4.190	0,6
Altri ricavi e recuperi di spesa	4.406	0,6	3.905	0,6
Costi capitalizzati	5.179	0,7	5.500	0,8
<b>Totale Ricavi operativi</b>	<b>684.281</b>	<b>99,0</b>	<b>669.295</b>	<b>99,7</b>
Proventi finanziari	113	0,0	7	0,0
Proventi straordinari	6.641	1,0	2.010	0,3
<b>Totale Ricavi</b>	<b>691.035</b>	<b>100,0</b>	<b>671.312</b>	<b>100,0</b>

Assistiti	n.	n.
Dati considerati dalla Regione (Dief)	402.891	402.985

Contributi indistinti per assistito	Euro	Euro
Su residenti per la Regione	1.518	1.479

Fonte: Elaborazione agref su dati bilancio d'esercizio 2009

L'analisi dei ricavi evidenzia:

- Una dipendenza pressoché assoluta dei ricavi dall'assegnazione regionale (90,4%), per l'88,5% 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 dato costante di ricavo per mobilità attiva, derivante dal ritardo con il quale la Regione aggiorna i dati di mobilità, che nel caso della Asl Brindisi dovrebbero significativamente migliorare;
- Una struttura della composizione dei ricavi sostanzialmente costante nel tempo, ad esclusione dell'aumento dei proventi straordinari, per effetto di eventi straordinari.

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, suddivisi per "natura" (per tipologia di spesa) evidenzia che circa un terzo dei costi sostenuti è relativo al costo per assistenza convenzionata (il 29,2%). 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 (26,6%) al quale deve aggiungersi il costo per Irap (1,6%), in quanto nelle aziende pubbliche imposta calcolata sulle retribuzioni e quindi assimilabile ad onere accessorio, 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

	2009 Euro/000	% compos.	2008 Euro/000	% compos.
Mobilità passiva	102.465	13,7	103.300	14,5
Assistenza convenzionata	217.955	29,2	208.663	29,3
Personale dipendente	198.293	26,6	188.719	26,5
Personale convenzionato interno	12.617	1,7	11.060	1,6
IRAP	14.469	1,9	13.823	1,9
Materiali	91.548	12,3	81.253	11,4
Servizi e oneri diversi di gestione	82.703	11,1	80.774	11,3
Attività libero professionale	4.108	0,6	3.659	0,5
Ammortamenti	8.493	1,1	8.282	1,2
Accantonamenti	4.025	0,5	5.661	0,8
<b>Totale Costi operativi</b>	<b>736.678</b>	<b>98,7</b>	<b>705.193</b>	<b>99,0</b>
Oneri finanziari	959	0,1	975	0,1
Oneri tributari	218	0,0	195	0,0
Oneri straordinari	8.155	1,1	5.944	0,8
	-		-	
<b>Totale Costi</b>	<b>746.009</b>	<b>100,0</b>	<b>712.307</b>	<b>100,0</b>
<b>Assistiti</b>	<b>n.</b>		<b>n.</b>	
Dati considerati dalla Regione	402.891		402.985	
<b>Costi per assistito</b>	<b>Euro</b>		<b>Euro</b>	
Su residenti per la Regione	1.851,64		1.767,58	

Fonte: elaborazione AGREF su dati Bilancio d'esercizio 2009

I costi operativi sono pari al costo della produzione, incrementato del costo per IRAP (euro/000 14.469), in quanto, come detto, l'irap nelle aziende pubbliche è una imposta atipica, in quanto calcolata in percentuale sul costo del personale sostenuto.

I costi per "natura" della tabella precedente, 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. 2009 Euro/000	Conto econ. 2008 Euro/000
<b>COSTI PER NATURA</b>		
<b>Costi operativi</b>		
Mobilità passiva	102.465	103.300
Assistenza convenzionata	217.955	208.663
Personale dipendente	198.293	188.719
Personale convenzionato interno	12.617	11.060
IRAP	14.469	13.823
Materiali	91.548	81.253
Servizi e oneri diversi di gestione	82.703	80.774
Attività libero professionale	4.108	3.659
Ammortamenti	8.493	8.282
Accantonamenti	4.025	5.661
<b>TOTALE</b>	<b>736.678</b>	<b>705.193</b>

<b>Altri oneri</b>	<b>7.114</b>	
Oneri finanziari	959	975
Oneri tributari	218	195
Oneri straordinari	8.155	5.944
<b>TOTALE</b>	<b>746.009</b>	<b>712.307</b>

Fonte: Elaborazione agref su dati bilancio d'esercizio 2009

	Conto econ. 2009 Euro/000	Conto econ. 2008 Euro/000
<b>COSTI PER DESTINAZIONE</b>		
<b>Ospedaliera:</b>	<b>380.462</b>	<b>364.524</b>
- Diretta	275.004	258.187
- Indiretta	22.648	22.694
- Mobilità passiva	82.810	83.643
<b>Territoriale:</b>	<b>282.692</b>	<b>283.248</b>
Distrettuale	230.546	232.754
- Diretta	48.188	52.457
- Indiretta	165.292	163.229
- Mobilità passiva	17.066	17.068
Sovradistrettuale	52.146	50.494
- Diretta	26.323	25.286
- Indiretta	23.233	22.618
- Mobilità passiva	2.589	2.589
<b>Collettiva</b>	<b>17.169</b>	<b>16.643</b>
<b>Strutture centrali</b>	<b>21.310</b>	<b>15.513</b>
<b>Valori comuni azienda</b>	<b>44.376</b>	<b>32.379</b>
<b>TOTALE</b>	<b>746.009</b>	<b>712.307</b>

Fonte: Elaborazione agref su dati bilancio d'esercizio 2009

Il Bilancio d'esercizio viene redatto entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, salvo deroghe per motivi straordinari deliberate dalla Regione. Il Bilancio d'esercizio dell'anno 2009 è stato deliberato entro il 30 aprile 2010, così come disposto dalla L.R. 38/94, ed ha evidenziato una perdita dell'esercizio pari a euro/000 54.974, rispetto ad una perdita dell'esercizio 2008 pari a euro/000 40.995, con un peggioramento di euro/000 13.979.

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 2009, 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 2009, comparati con i dati dell'anno 2008.

## Stato Patrimoniale

<b>ATTIVO STATO PATRIMONIALE</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>
	euro/000	euro/000
<b>Immobilizzazioni</b>		
Immobilizzazioni immateriali	681	734
Immobilizzazioni materiali	139.205	137.901
Immobilizzazioni finanziarie	580	87
<b>Totale immobilizzazioni</b>	<b>140.466</b>	<b>138.722</b>
<b>Attivo circolante</b>		
Rimanenze	11.113	11.581
Crediti	112.009	107.241
Disponibilità liquide	1.536	18.309
<b>Totale attivo circolante</b>	<b>124.657</b>	<b>137.131</b>
<b>Ratei e risconti</b>	<b>744</b>	<b>498</b>
<b>Totale attivo</b>	<b>265.867</b>	<b>276.351</b>
Conti d'ordine	1.368	2.830
<b>PASSIVO STATO PATRIMONIALE</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>
<b>Patrimonio netto</b>	<b>10.561</b>	<b>42.713</b>
<b>Fondo rischi ed oneri</b>	<b>10.708</b>	<b>11.681</b>
<b>Trattamento fine rapporto</b>	<b>1.245</b>	<b>1.232</b>
<b>Debiti</b>	<b>237.214</b>	<b>207.255</b>
Regione e Provincia	760	894
Comuni	154	237
Aziende sanitarie pubbliche	5.885	3.315
Fornitori	163.028	149.281
Istituto tesoriere	16.861	-
Tributari	10.253	9.694
Istituti di previdenza	11.695	12.428
Altri debiti	28.578	31.404
<b>Ratei e risconti</b>	<b>6.139</b>	<b>13.470</b>
<b>Totale passivo</b>	<b>255.306</b>	<b>233.638</b>
<b>Totale passivo + patrimonio netto</b>	<b>265.867</b>	<b>276.351</b>
Conti d'ordine	1.368	2.830

Fonte: Bilancio d'esercizio 2009

Sul fronte delle attività si deve segnalare un forte decremento delle disponibilità liquide, determinato dalla necessità di utilizzare tutta la disponibilità finanziaria, al fine di diminuire l'esposizione debitoria aziendale. Il patrimonio netto risulta fortemente diminuito, a seguito dell'accumularsi delle perdite d'esercizio, non tempestivamente coperte dalla Regione Puglia. Sul fronte delle passività si evidenzia un peggioramento della situazione debitoria, derivante dal ricorso all'anticipazione bancaria, per far fronte al pagamento dei fornitori, i cui debiti comunque si incrementano per effetto delle insufficienti assegnazioni regionali.

## Conto Economico

	2009	2008
	euro/000	euro/000
<b>Valore della produzione</b>	<b>684.281</b>	<b>669.295</b>
Beni	91.080	87.948
Servizi	413.591	401.584
Personale	198.293	188.719
Oneri diversi di gestione	6.062	5.675
Ammortamenti	8.493	8.282
Rimanenze	468	-6.695
Svalutazione crediti	55	-
Accantonamenti	4.166	5.858
<b>Totale costi della produzione</b>	<b>722.208</b>	<b>691.370</b>
<b>Proventi e oneri finanziari</b>	<b>- 846</b>	<b>-968</b>
<b>Proventi e oneri straordinari</b>	<b>- 1.514</b>	<b>-3.933</b>
<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>- 40.287</b>	<b>-26.977</b>
<b>Imposte e tasse</b>	<b>14.687</b>	<b>14.018</b>
<b>Utile/perdita di esercizio</b>	<b>- 54.974</b>	<b>- 40.995</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio 2009

Il Conto economico evidenzia un incremento del valore della produzione (maggiori assegnazioni regionali) comunque insufficiente a coprire i costi della produzione che, come si è visto nel paragrafo 2.2. – Struttura dei costi, in larga parte sono costi non direttamente governabili, in quanto relativi a costi per mobilità passiva, per personale dipendente e per assistenza convenzionata.

I costi per servizi sono elevati, in quanto includono, tra l'altro, i costi sanitari per mobilità passiva.

Il costo del personale si incrementa per effetto di nuove assunzioni, necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza, per effetto delle applicazioni dei rinnovi contrattuali, e per effetto delle assunzioni di personale dedicato alle attività obbligatorie relative ai piani della prevenzione ed ai progetti di piano, solo in parte finanziati dalla Regione Puglia.

Il risultato evidenzia pertanto un incremento della 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, così come si può rilevare nel paragrafo successivo.



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 2008 (a)	Consuntivo 2009 (b)	Diff. assoluta c=b-a	Diff. % e=c-a
(1) Assegnazione Lorda	596.005	611.489	15.484	2,6
(2) Mobilità Attiva Intraregionale	34.952	34.952	0	0,0
(3) Mobilità Attiva Interegionale	3.998	3.998	0	0,0
<b>(4) Totale Ricavi (1+2+3)</b>	<b>634.955</b>	<b>650.439</b>	<b>15.484</b>	<b>2,4</b>
(5) Mobilità Passiva Intraregionale	77.006	77.006	0	0,0
(6) Mobilità Passiva Interegionale	26.292	25.459	-833	-3,2
<b>(7) Totale Costi (5+6)</b>	<b>103.298</b>	<b>102.465</b>	<b>-833</b>	<b>-0,8</b>
<b>(8) Assegnazione netta (4-7)</b>	<b>531.657</b>	<b>547.974</b>	<b>16.317</b>	<b>3,1</b>

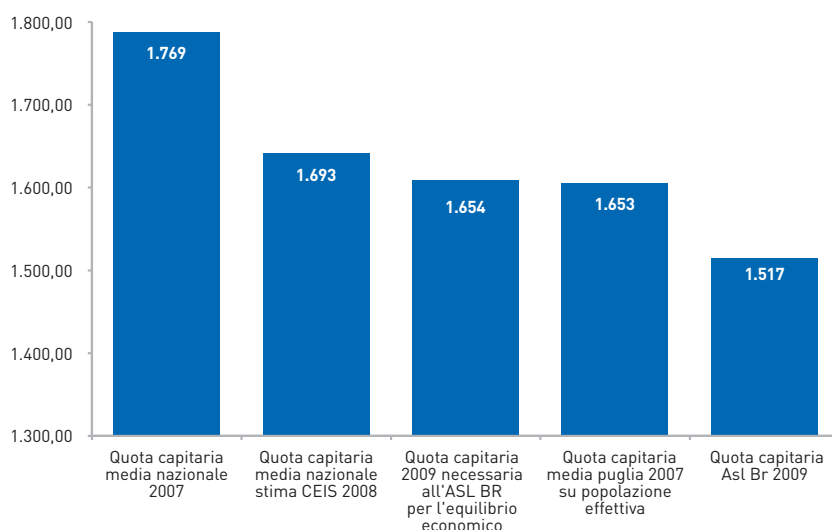
Fonte: Bilancio d'esercizio 2009

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.

Come già detto, i finanziamenti ricevuti dall'ASL BR sono insufficienti a coprire i costi sostenuti.

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

**Assegnazione lorda pro-capite 2009 (valori in euro)**



Si evidenzia come la Asl abbia ricevuto euro 1.517 euro procapite, per garantire l'erogazione di tutti i servizi sanitari, a fronte dei 1.653 euro necessari per ottenere l'equilibrio economico. Questa somma, se ottenuta, sarebbe stata di gran lunga inferiore alla quota media capitaria nazionale, prevista in Conferenza Stato-Regioni. È interessante notare l'enorme divario di assegnazione rispetto alla quota capitaria media nazionale, peraltro relativa a 2 anni precedenti.

Il grafico evidenzia in maniera chiara ed assoluta che la perdita d'esercizio strutturale dell'Asl Brindisi deriva principalmente dalle assegnazioni regionali assolutamente sottostimate, in quanto a loro volta sono il frutto di sottostima a livello nazionale della ripartizione delle risorse per regione.

# 2.5

## Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza

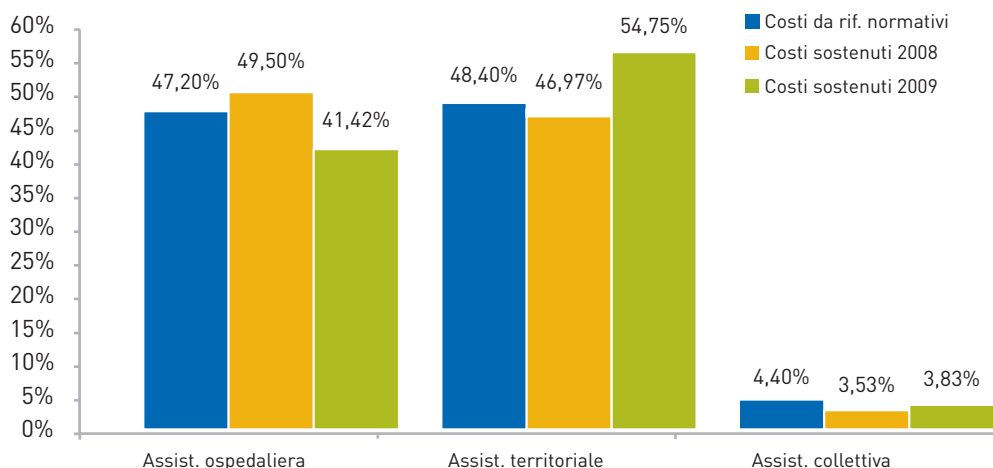
I costi totali sostenuti dall'Azienda sono ripartiti per garantire i 3 livelli di assistenza: ospedaliera, territoriale e collettiva, come si evince dalla tabella successiva che, unitamente al grafico sottostante, confronta per gli anni 2008 e 2009, i costi effettivamente sostenuti per livello di assistenza, con i costi che si sarebbero dovuti sostenere, secondo i riferimenti normativi indicati nel Dief 2008 (che sono rimasti invariati nel Dief 2009).

### Costi totali per livello di assistenza (2008-2009)

Livello assistenziale	2009				2008			
	Costi da riferimenti normativi		Costi totali sostenuti		Costi da riferimenti normativi		Costi totali sostenuti	
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.
Assistenza ospedaliera	352.116	47,20	309.023	41,42	336.209	47,20	352.610	49,50
Assistenza territoriale	361.068	48,40	408.445	54,75	344.757	48,40	334.547	46,97
Assistenza collettiva	32.824	4,40	28.541	3,83	31.342	4,40	25.150	3,53
Struttura centrale e altre								
Valori comuni								
<b>Totale</b>	<b>746.009</b>	<b>100,00</b>	<b>746.009</b>	<b>100,00</b>	<b>712.307</b>	<b>100,00</b>	<b>712.307</b>	<b>100,00</b>

Fonte: elaborazione agref su dati Bilancio d'Esercizio 2009

### Costi da riferimento normativo e costi reali con ribaltamenti per livello di assistenza



È opportuno evidenziare la necessità di utilizzare sino a saturazione le risorse tecnologiche ed umane disponibili negli ospedali, per effettuare prestazioni di diagnostica e strumentali, e trasferire progressivamente tali attività sul territorio.

Si registra nel 2009 un incremento della % di costi destinati all'attività distrettuale. Tale incremento è determinato più che altro dall'effetto di alcune indicazioni regionali che hanno determinato una diversa modalità di distribuzione dei costi sostenuti ai livelli di assistenza. Per esempio è stato richiesto di allocare nei costi per attività distrettuale, quelli sostenuti presso il pronto soccorso per attività che non ha generato ricovero (prestazioni per codici bianchi). Sempre nei costi per attività distrettuale, sono stati fatti allocare quelli sostenuti dai laboratori di analisi ospedalieri per prestazioni a favore di assistiti non ricoverati.

È inoltre necessario evidenziare l'aumento della % di risorse destinate alla prevenzione (3,83%, rispetto al 3,53% dell'anno 2008), sebbene 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 d'interesse dei vari stakeholders 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 stakeholders.

La ripartizione del costo della produzione per stakeholders 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 stakeholders 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 stakeholders "Fornitori" e "Pubblica Amministrazione", in base alla natura giuridica del fornitore del bene).

## Costo della produzione per stakeholders (valori in euro/000) - confronto 2008-2009

65

Stakeholders	CE 2008		CE 2009	
	valori in €/000	% di incidenza	valori in €/000	% di incidenza
Risorse umane	204.334	29,6%	213.110	29,5%
Fornitori	189.847	27,5%	206.923	28,7%
Farmacie	94.148	13,6%	97.546	13,5%
Utenti	108.674	15,7%	108.967	15,1%
Medici convenzionati	47.796	6,9%	48.473	6,7%
Strutture convenzionate	43.660	6,3%	44.402	6,1%
Pubblica amministrazione	2.465	0,4%	2.553	0,4%
Associazioni di volontariato	445	0,1%	234	0,0%
<b>Totale</b>	<b>691.370</b>	<b>100,0%</b>	<b>722.208</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborazione AGREFsu dati bilancio d'esercizio 2009

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 stakeholders.

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 2009:

	Saldo al 31-12-2008 euro/000	Incr. per acquis. euro/000	Riclass. ad altre voci euro/000	Incr. per rivalutaz. euro/000	Alienazione		Saldo al 31-12-2009 euro/000
					Derem. per svalutaz. euro/000	Cessione Capitalizzaz. euro/000	
<b>Costo storico</b>	<b>(a)</b>	<b>(b)</b>	<b>(c)</b>	<b>(d)</b>	<b>(e)</b>	<b>(f)</b>	<b>(f=a+b+c+d+e+f)</b>
Terreni	3.501					-54	3.447
Fabbricati strumentali	166.535	697	384				167.616
Fabbricati non strumentali	4.830					-178	4.652
Costruzioni leggere	138	3					141
Impianti e macchinari	31.496	3.811					35.307
Attrezzature sanitarie	38.961	1.877					40.838
Mobili e arredi	11.980	670					12.650
Automezzi	850	190					1.040
Telefoni cellulari	0						0
Altri beni	10.228	974	0	0	0	0	11.202
Immobilizzazioni in corso	3.937	1.723	-384				5.276
<b>Totale</b>	<b>272.456</b>	<b>9.945</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-232</b>	<b>282.169</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio 2009

Si fornisce di seguito una sintetica descrizione dei principali incrementi registrati nel corso dell'esercizio:

Gli investimenti sui fabbricati strumentali (pari ad euro/000 1.081) o meglio gli interventi di manutenzione straordinaria, effettuati sugli stessi, 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 offerti.

L'alienazione dei terreni (euro/000 54) e dei fabbricati disponibili (euro/000 178) si riferisce al conferimento in natura effettuato all'IPAB Fondazione Giannelli che ha generato l'iscrizione di quote di proprietà nelle Immobilizzazioni Finanziarie.

Particolare attenzione è stata riposta alla riqualificazione tecnologica ed adeguamento normativo degli impianti dell'Azienda; si evidenzia, infatti che quest'ASL ha effettuato interventi a tale scopo per un valore, riferito all'anno 2009, pari ad euro/000 3.811.

Per quanto attiene al miglioramento della dotazione tecnologica sanitaria dell'ASL BR si rilevano investimenti pari ad euro/000 1.887 per l'acquisizione di Attrezzature sanitarie i principali dei quali si riportano sinteticamente di seguito:

- acquisto di n° 2 mammografi per gli Stabilimenti di Fasano e San Pietro Vernotico (euro/000 138);
- acquisto di una valigetta trasporto MRX per il servizio 118 (euro/000 126);
- acquisto di un sistema di endoscopia per la stabilimento di Mesagne (euro/000 114);
- acquisto di un ecografo multidisciplinare per reparto di Radiodiagnostica del Presidio Ospedaliero Perrino (euro/000 101);
- acquisto attrezzature ortopediche per sala operatoria del Presidio Ospedaliero Perrino (euro/000 97);
- acquisto aggiornamento tecnologico (Telemetria) c/o UTIC Presidio Ospedaliero Perrino (euro/000 96);
- acquisto di un ecografo per U.O. Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana (euro/000 83);
- altre attrezzature e strumentario sanitario destinato prevalentemente agli stabilimenti ospedalieri.

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 adeguati al soddisfacimento dei bisogni sanitari. 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 2009 al netto delle quote sterilizzate, rappresentano lo 0,45% dei costi operativi e che tale quota scende a 0,15% se si considerano solo gli ammortamenti di attrezzature sanitarie

	<b>2009</b>
	<b>valori in euro/000</b>
A) Costi operativi	736.678
B) q.ta ammortamenti totali	8.493
C) q.ta ammortamenti sterilizzati	5.179
D) = B)-C) ammortamenti al netto di sterilizzazione	3.314
E) % di incidenza degli ammortamenti al lordo delle sterilizzazioni (B/A)	1,15
F) % di incidenza degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni (D/A)	0,45

#### **Attrezzature sanitarie**

G) qta ammortamento attrezzature sanitarie	1.650
H) qta ammortamento sterilizzata	511
I) = G) - H) ammortamenti al netto di sterilizzazione	1.138
J) % di incidenza degli ammortamenti al lordo delle sterilizzazioni (G/A)	0,22
K) % di incidenza degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni ( I/A)	0,15

Fonte: Bilancio d'esercizio 2009

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 2009. La tabella 2 evidenzia la quota parte di assegnazione netta indistinta dell'anno 2009 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.

	valori in euro/000
<b>A) Acquisto cespiti</b>	<b>8.637</b>
B) di cui finanziati	187
<b>C) Acquisto cespiti al netto dei finanziamenti (A-B)</b>	<b>8.450</b>
D) Risorse economiche nette 2009 assegnate da DIFE 2009	547.974
<b>% Acquisti su Risorse Economiche nette indistinte C/D)</b>	<b>1,54</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio 2009

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.



# 3

## RELAZIONE SOCIALE



### 3.1.1 Cittadini assistibili

Un'Azienda Sanitaria garantisce l'assistenza a tutti i cittadini presenti nel territorio di competenza, siano essi residenti o temporaneamente domiciliati, che vanno a costituire l'insieme dei *cittadini assistibili*.

Tale insieme, pertanto, non coincide con la popolazione residente descritta nella prima parte del documento. Oltre ai residenti, infatti, possono iscriversi all'anagrafe sa-

nitaria per un periodo di tempo determinato, con il diritto di scegliere un medico di base ed usufruire di prestazioni sanitarie, i cittadini appartenenti alle seguenti categorie:

- cittadini residenti in Italia con domicilio in comune diverso da quello di residenza per motivi di salute, lavoro, studio, familiari, per soggiorno obbligatorio o libertà provvisoria;
- stranieri regolarmente soggiornanti che hanno in corso regolari attività lavorative o sono iscritti nelle liste di collocamento;
- stranieri che hanno richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per motivi lavorativi, familiari, per asilo politico, umanitario, attesa adozione, affidamento, per acquisto della cittadinanza.

Nella norma la condizione per ricevere cure ed assistenza è l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, con l'eccezione degli stranieri irregolarmente soggiornanti ai quali sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate dal SSN, cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e essenziali, anche continuative, per malattie o infortuni, prestazioni di cura a salvaguardia della salute individuale come: tutela della gravidanza e della maternità, tutela della salute del minore, vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale, profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Pertanto, l'attività della ASL di Brindisi è riferita al totale di *cittadini assistibili* che al 31.12.2009 risulta pari a **428.413 persone**, un numero significativamente superiore alla popolazione residente alla stessa data, pari a **402.891 residenti**.

A livello numerico il dato è pressoché costante negli ultimi anni, anche se risulta modificata la distribuzione al suo interno, a causa di un aumento del fenomeno di emigrazione in altre regioni da parte dei residenti con un contestuale aumento della immigrazione di soggetti provenienti da paesi esteri.

Comprensibilmente, inoltre, 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.

Nella prima parte di questa sezione vengono illustrati i dati relativi alle diverse tipologie di attività (prevenzione, assistenza territoriale, ospedaliera, socio-sanitaria) rivolte a differenti e più ampie categorie di popolazione, mentre si è voluto fornire un particolare approfondimento circa le prestazioni erogate e gli interventi realizzati a supporto di alcune fasce deboli della popolazione che necessitano di un maggiore bisogno di assistenza socio-sanitaria, quali:



- anziani (paragrafo 3.1.2)
- popolazione in età evolutiva (paragrafo 3.1.3)
- popolazione con disagio psichico (paragrafo 3.1.4)

### 3.1.1.a Attività di prevenzione

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	2008	2009
<b>Profilassi malattie infettive</b>		
N° notifiche di malattie infettive	159	169
N° di inchieste epidemiologiche a seguito di notifiche di malattie infettive	35	153
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	16.256	13.061
N° di vaccinazioni obbligatorie eseguite	51.953	41.609
N° di vaccinazioni raccomandate eseguite	79.435	76.229
<b>Educazione alla salute</b>		
N° Interventi di educazione sanitaria e correzione stili di vita	1.358	2.216
N° Interventi di informazione e formazione	1.448	1.948
N° di interventi di vigilanza sull'igiene delle scuole e degli alunni	1.246	199
<b>Medicina legale</b>		
N° certificazioni medico-legali (patenti, porto d'armi, adozione, cessione V° dello stipendio, contrassegno invalidi, ecc.)	20.891	16.607
N° di accertamenti sanitari per l'ammissione in comunità (asili nido, colonie estive)	1.249	635
N° di visite di fiscali richieste	17.816	21.376
N° di visite di fiscali effettuate	14.591	20.232
<b>Vigilanza e controllo</b>		
N° controlli inquinamento acque	145	331
N° di interventi per l'igiene sull'abitato	475	548
N° di controlli sulle attività di barbiere, parrucchiere, estetista, ecc.	269	137
N° sopralluoghi su aziende non alimentari effettuati	427	588
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		
	160	240
N° di esposti pervenuti	538	643
N° di esposti verificati	484	496
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		
	65	100
<b>SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE</b>		
	2008	2009
N° di aziende censite	9.724	6.429
<b>Controllo Ufficiale</b>		
N° di aziende alimentari ispezionate	783	703
N° campionamenti di alimenti eseguiti	510	462
N° aziende alimentari con irregolarità	109	91
N° provvedimenti sanitari	26	11
N° notizie di reato	5	11
<b>Controllo Straordinario</b>		
N° totale ispezioni effettuate	259	420
N° provvedimenti amministrativi	6	9

N° segnalazioni per provvedimenti giudiziari - notizie di reato	0	0
<b>Funghi epigei freschi</b>		
N° controlli sanitari sui funghi epigei freschi destinati al commercio al dettaglio	301	382
<b>Acque destinate al consumo umano</b>		
N° ispezioni sulle acque destinate al consumo umano	20	50
N° campionamenti sulle acque destinate al consumo umano	243	335
N° campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	6	12
N° provvedimenti per campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	4	0
<b>Ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti</b>		
N° campionamenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti	196	119
N° campioni di alimenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari irregolari	0	0
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari in attività	50	50
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari controllati	31	44

<b>SERVIZIO IGIENE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
N° N° di denunce per malattie professionali registrate	41	67
N° di infortuni ricevuti e registrati	118	97
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di malattia professionale, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	23	40
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di infortuni sul lavoro, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	22	42
N° di piani di lavoro esaminati (amianto, edilizia)	158	227
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.	346	337
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	137	186
N° di esposti pervenuti	36	30
N° di esposti verificati	30	30
N° vidimazioni registri infortuni	563	435

<b>SERVIZIO VETERINARIO - AREA A - Sanità animale</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
N° di interventi per l'igiene sull'abitato: sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio delle zoonosi	1.066	1.098
<b>Controllo sugli allevamenti di bestiame</b>		
N° di prelievi per piani nazionali di profilassi	71.928	52.428
N° di interventi di profilassi delle malattie ed indagini epidemiologiche nei casi di infezione	39	31
N° misure restrittive degli allevamenti infetti	33	31
N° di certificazioni rilasciate	3.731	3.282
N° operazioni di marcatura animali	31.017	2.357
N° di interventi sanitari su cani presso canili	1.597	1.570
N° osservazioni di cani ed altri animali morsicatori	658	537
<b>Controllo sugli animali da affezione</b>		
N° di controlli legati alla gestione dell'anagrafe canina	3.067	2.396
N° di interventi finalizzati alla lotta al randagismo dei cani	2.555	2.556
N° di interventi di profilassi antirabbica	2.600	2.056
N° di passaporti rilasciati per animali da compagnia	175	158
N° di esposti pervenuti	232	238
N° di esposti verificati	233	238

**SERVIZIO VETERINARIO – AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati**      **2008**      **2009**

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	20	40
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	1.140	1.119

**Controllo sugli impianti di macellazione**

N° di autorizzazioni all'insediamento rilasciate	267	----
N° dei capi macellati	----	30.934
N° di campioni prelevati da capi macellati (piano residui, esami di laboratorio complementari al giudizio ispettivo)	98	74
N° di esami trichinoscopici effettuati	6.392	4.395
N° di certificazioni ed attestazione sulla salubrit� degli alimenti di origine animale	282	270
N° di campioni per ricerche batteriologiche e chimico-fisiche prelevati da esercizi ed attivit� di vendita al dettaglio, mezzi di trasporto e stabilimenti (esclusi i macelli, molluschi e cefalopodi)	306	350

**SERVIZIO VETERINARIO – AREA C - Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche**      **2008**      **2009**

**Controllo sugli allevamenti di bestiame**

Piani di controllo sugli allevamenti autorizzati	0	2
Attivit� legate ai controlli sulla gestione igienico sanitaria	5	1
Farmacovigilanza	33	38
N° di controlli di benessere animale in allevamento	10	47
N° campionamenti di alimenti per animali	43	45
N° sopralluoghi ai negozi PETS (mangimi)	4	
N° campioni per ricerca sostanze indesiderate	7	10
N° di controlli ufficiali sui centri di raccolta del latte e stabilimenti di produzione di prodotti a base di latte	11	1
N° sopralluoghi caseifici	6	---
N° prelievi tronco encefalico da animali destinati all'alimentazione umana	662	977
N° di esposti pervenuti	54	49
N° di esposti verificati	54	49
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	0

Fonte: Dipartimento di prevenzione

L'attivit  di prevenzione e promozione della salute   svolta prioritariamente dal Dipartimento di Prevenzione che ha un ruolo di primo piano, sia come struttura deputata a raccogliere, elaborare e valutare dati epidemiologici, sia come struttura chiamata all'offerta attiva di nuove vaccinazioni, di informazione e formazione per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, degli incidenti stradali e domestici, la correzione degli stili di vita (abitudini alimentari, fumo, sostanze d'abuso).

Gli obiettivi fissati dai Piani della Prevenzione Attiva 2005/2007, varati dalla Regione Puglia in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sono stati concretizzati a livello aziendale nei seguenti progetti:

- prevenzione del rischio cardiovascolare
- prevenzione delle complicanze del diabete
- progetto vaccinazioni
- prevenzioni delle recidive cerebro-vascolari

- prevenzione dell'obesità
- prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro
- prevenzione degli incidenti stradali
- prevenzione degli incidenti domestici
- screening dei tumori al seno (paragrafo 3.1.1.g)
- screening del cancro della cervice uterina (paragrafo 3.1.1.g)
- screening del cancro del colon retto (paragrafo 3.1.1.g).

Di seguito viene posta l'attenzione su alcune progettualità di maggiore sviluppo.

**PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE:** prevede la diffusione della valutazione del rischio cardiovascolare assoluto nella popolazione pugliese di 35-69 anni e la strutturazione in ogni ASL di percorsi clinico-diagnostici per la gestione del rischio cardiovascolare nei pazienti asintomatici ad elevato rischio.

È stato sviluppato un software per il calcolo del punteggio del cardiorischio che si interfaccia efficacemente con le cartelle cliniche ambulatoriali dei medici di medicina generale e produce delle basi di dati la cui conservazione e trasmissione alle strutture di coordinamento è compatibile con la normativa vigente sulla privacy.

I principali risultati ottenuti nel biennio di riferimento sono:

- la diffusione di conoscenze e competenze in materia di diffusione del rischio cardiovascolare assoluto nella pratica della Medicina Generale;
- la mappatura del rischio cardiovascolare globale nella popolazione;
- il coinvolgimento dei 15,1% dei Medici di Medicina Generale;
- la valutazione del rischio cardiovascolare globale su circa l'8 % della popolazione eleggibile residente; in particolare ogni medico reclutato ha effettuato la valutazione del 40% dei propri assistiti eleggibili.

74

**PROGETTO VACCINAZIONI:** prevede l'implementazione della gestione informatizzata degli ambulatori vaccinali; il miglioramento delle attività vaccinali sia in senso quantitativo che qualitativo mediante chiamata attiva della popolazione target in occasione di ogni appuntamento vaccinale; l'individuazione di soggetti appartenenti a gruppi a rischio per la proposizione attiva delle vaccinazioni.

Nel corso del biennio di riferimento sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata web based GIAVA in tutti gli ambulatori vaccinali;
- aumento delle coperture vaccinali per effetto del miglioramento delle procedure di chiamata attiva;
- attuazione di nuovi programmi vaccinali (anti-pneumococco pediatrico, anti-meningococco C, antivaricella e anti-HPV);
- riduzione dei ritardi vaccinali;
- realizzazione di un modello di anagrafe dei soggetti a rischio;
- perfezionamento della sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazioni.

**PIANO OPERATIVO PER LA RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE A/H1N1:** l'ASL di Brindisi, in esecuzione della D.G.R. Puglia 2086/2009, è stata impegnata per quasi tutto il secondo semestre del 2009 nell'affrontare la pandemia influenzale A/H1N1; ha costituito e insediato l'Unità di Crisi Provinciale che, sotto il coordinamento della Direzione del Dipartimento di Prevenzione, ha prodotto e diramato a tutte le Autorità ed agli operatori sanitari il protocollo operativo ed una serie di linee guida (gestione del paziente in ospedale, gestione domiciliare del paziente, gestione del paziente con sospetta accertata infezione per gli operatori del 118, gestione del paziente da "Isolamento Stretto Respiratorio"), ha provveduto alla raccolta e puntuale trasmissione dei dati di sorveglianza ed alla pianificazione e attuazione della campagna di informazione rivolta ai cit-

tadini a mezzo stampa e internet (sito ASL, Provincia Brindisi, Prefettura).

Per fronteggiare il possibile aumento di ricoveri è stato predisposto un piano di intervento finalizzato al potenziamento dei posti letto ospedalieri, prioritariamente per i reparti di Malattie Infettive e Malattie dell'Apparato Respiratorio prevedendo anche l'eventuale messa in disponibilità dei posti letto delle lungodegenze.

Per l'organizzazione della campagna straordinaria di vaccinazione la Regione Puglia ha individuato il Dipartimento di Prevenzione della ASL BR quale Centro di stoccaggio del vaccino antinfluenzale A/H1N1 destinato a tutto il territorio regionale; a tale scopo la Direzione della ASL BR ha predisposto la riattivazione e la messa a norma delle celle frigo presenti presso l'ex P.O. Di Summa in Brindisi affidandone la gestione e l'utilizzo al Dipartimento di Prevenzione dotandolo, inoltre, di un mezzo refrigerato per garantire il mantenimento della catena del freddo durante il trasferimento dei vaccini.

Nel periodo della campagna vaccinale pandemica il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, per il tramite della Croce Rossa Italiana, ha consegnato al Centro di stoccaggio di Brindisi 684.434 dosi di vaccino FOCETRIA in 8 tranche.

La Struttura di coordinamento (Dipartimento di Prevenzione) ha quindi pianificato e organizzato l'offerta vaccinale nell'ASL BR, iniziata nei primi di novembre e protrattasi per tutto dicembre 2009 con un'articolazione in 9 centri di prenotazione e 19 sedi vaccinali. L'offerta potenziale, ove ve ne fosse stata la richiesta, era pari a n° 71 sedute settimanali in grado di garantire n° 4.140 vaccinazioni/settimana. Le sedute assicurate sono state in totale n° 260 per una forza lavoro impiegata al di fuori del normale orario di lavoro di 24 medici, 38 tra infermieri ed assistenti sanitari e 16 amministrativi.

Il dato di copertura vaccinale raggiunto nell'ASL di Brindisi è sovrapponibile a quello nazionale e regionale.

**PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO:** particolare rilievo è stato riservato allo sviluppo delle attività di prevenzione e controllo sugli insediamenti produttivi attuato mediante l'incremento degli specialisti in Medicina del Lavoro e dei Tecnici della Prevenzione affidati allo SPESAL.

Le azioni implementate nel corso degli anni 2008 e 2009 sono state:

- incremento degli interventi su fasce di soggetti con particolare rischio;
- messa a regime del sistema informativo e raccordo dello stesso nel sistema regionale;
- piano per la formazione permanente degli operatori particolarmente tarato sull'aggiornamento delle conoscenze tecniche e sulle tecniche della comunicazione del rischio;
- progettazione dell'attività a medio e breve termine insieme ai soggetti istituzionali e rappresentanti di categoria per la concertazione di azioni in linea con i bisogni e le richieste del territorio.

Nel triennio di attuazione di questo progetto l'ASL Brindisi ha sinora raggiunto l'obiettivo atteso al secondo anno, ovvero l'aumento del 40% delle attività di controllo e potrà raggiungere l'obiettivo atteso per il terzo anno, ovvero l'aumento del 100% di tali attività.

Sono stati inoltre avviati e condotti diversi altri progetti di promozione ed educazione alla salute di seguito rappresentati.

**CAMPAGNA DI PREVENZIONE ATTIVA E PROMOZIONE DELLA SALUTE "GENITORI PIÙ":** prevede sette semplici azioni di comprovata efficacia da mettere in atto dal concepimento fino ai primi anni di vita:

1. Assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale;
2. Astensione dal fumo di sigaretta in gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;
3. Allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;
4. La posizione supina nel sonno nel primo anno di vita, che riduce il rischio di morte improvvisa in culla (SIDS);
5. L'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile;

6. Le vaccinazioni;
7. La promozione della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare, che favorisce lo sviluppo cognitivo.

La divulgazione di questi temi è avvenuta mediante la distribuzione di materiale standardizzato (pieghevoli informativi, poster e manuale operativo) nei consultori familiari, negli ambulatori ospedalieri di ginecologia, nelle strutture ospedaliere di Ostetricia e Pediatria, negli Uffici Anagrafe Distrettuali, negli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta, nei Servizi Vaccinali, negli Uffici Relazioni con il Pubblico, nelle farmacie e nelle Parrocchie nonché attraverso mezzi di comunicazione di massa (giornali, internet, radio e televisione). Nel corso del 2008 e 2009 sono stati organizzati due momenti formativi ECM tesi a divulgare le evidenze scientifiche e le strategie di implementazione della campagna "Genitori più" tra il personale sanitario del percorso materno infantile per un totale di 189 operatori formati; sono stati distribuiti e raccolti 708 questionari, compilati dai genitori in occasione della primo appuntamento vaccinale, al fine di valutare le loro conoscenze sulle sette azioni della campagna.

#### **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 anche raccolti dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute; inoltre, in occasione di alcune situazioni sanitarie di grande impatto (come ad esempio la pandemia A/H1N1), vengono inseriti moduli aggiuntivi per valutare specifici aspetti.

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.

La rilevazione è iniziata a settembre 2007 e fino al 31 dicembre 2009 sono state eseguite circa 800 interviste i cui risultati saranno pubblicati nel corso del 2010.

#### **PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE ORALE "Sorrìdi alla vita":**

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). Nel periodo considerato (2008-2009), il programma è stato adottato, con inserimento nel Piano dell'Offerta Formativa (POF) d'istituto, da 10 Scuole Primarie (target complessivo: 900 alunni).

#### **PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RESPIRATORIA E PREVENZIONE DEL TABAGISMO "Dàì piú 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. Nel periodo 2008-2009

l'intervento ha coinvolto anche le scuole dell'infanzia con un approccio di tipo ludico-educativo, correlato alla particolare età degli alunni (5 anni): il programma è stato adottato da 6 scuole dell'infanzia, da 10 scuole primarie e da 9 scuole secondarie di primo grado (target complessivo: 3200 alunni); nella fase preliminare di presentazione e formazione sono stati incontrati complessivamente 246 docenti.

**PROGETTO: SOSTEGNO ALLE INIZIATIVE DEI CONTROLLI DEL TABAGISMO**". Regione capofila Emilia Romagna, che ha l'obiettivo di implementare le azioni contro il tabagismo, attraverso campagne informative e la creazione di una cartella clinica informatizzata.

**PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI ALCOL E DROGA CORRELATI "Scegli la strada della sicurezza"**: Obiettivi del programma, applicazione territoriale del Piano Regionale della Prevenzione, sono:

- a) la pianificazione di interventi per la prevenzione degli incidenti stradali dovuti alla guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicoattive;
- b) la sensibilizzazione ed informazione dei patentandi, neopatentati e guidatori a rischio sui pericoli connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze.

La metodologia dell'intervento prevede la individuazione e la formazione di figure che agiscano come moltiplicatori dell'azione preventiva ciascuno nel proprio settore operativo (docenti scolastici, vigili urbani, istruttori di autoscuole, volontari, etc.); a tale scopo è stato costituito un gruppo di lavoro ASL a valenza multidisciplinare (Dipartimento di Prevenzione - Servizio Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche), che ha attivato una serie di incontri di formazione incentrati sull'aumento del rischio nella guida derivante dall'uso dell'alcol e sostanze psicotrope, in particolare negli individui di età più giovane, con l'ausilio di dati epidemiologici, tecnici e tossicologici riferiti alla realtà locale.

Il programma, che ha conseguito nel 2009 il PREMIO "BUONE PRATICHE PER GUADAGNARE SALUTE" al Forum PA (Maggio 2009, Roma), ha coinvolto 27 scuole secondarie di primo grado, 20 scuole secondarie di secondo grado, 12 Comandi di polizia Municipale della provincia di Brindisi e 21 autoscuole. In ambito scolastico hanno partecipato al programma 1.350 alunni delle terze medie e 130 alunni delle scuole secondarie di secondo grado.

77

**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.

Anno 2008: n. 15 corsi di formazione con n. 469 partecipanti  
n. 1 corso di aggiornamento con n. 33 partecipanti  
Anno 2009: n. 8 corsi di formazione con 211 partecipanti  
n. 3 corsi di aggiornamento con n. 112 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 destinazioni da raggiungere con esecuzione delle vaccinazioni richieste. 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 tre sedi, una in Brindisi alla p.zza Di Summa 1 (c/o Dipartimento



di Prevenzione), una in Fasano alla via San Francesco (c/o Ambulatorio Vaccinazioni) ed una in Mesagne alla via Panareo (c/o Ambulatorio Vaccinazioni), utilizza le professionalità già operanti in dette strutture.

Nell'ambito di questa attività è da segnalare il proficuo rapporto di collaborazione instauratosi con l'ONU di Brindisi, infatti l'ASL di Brindisi offre consulenza e profilassi agli operatori di questa organizzazione internazionale che si recano in aree a rischio del mondo a scopo umanitario.

In questi primi tre anni di attività si sono avuti circa 600 accessi.

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

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

Nel corso del periodo di riferimento è stata rilevata la prevalenza del sovrappeso nei tre paesi partner con la creazione di data base su abitudini alimentari, attività fisica, uso TV dei bambini, convinzioni dei genitori sul concetto di salute, su abitudini d'acquisto e di modello per pratiche di alimentazione dei figli, convinzioni degli insegnanti e genitori su importanza e ruolo di attività fisica e gioco per lo sviluppo dei bambini.

Sono stati realizzati con successo interventi preventivi nei 3 paesi con sviluppo della metodologia per gli insegnanti di scuola materna per l'educazione alimentare e la pratica di attività fisica.

78

### **BUONE PRATICHE PER L'ALIMENTAZIONE E L'ATTIVITÀ FISICA IN ETÀ PRESCOLARE: PROMOZIONE E SORVEGLIANZA**

Progetto finanziato dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (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.

Negli anni 2008 e 2009 è stato realizzato il kit di buone pratiche per i pediatri ed un modulo informatico inserito nel programma gestionale usato dai pediatri. È stato individuato un elenco di indicatori affidabili per la valutazione dello stato nutrizionale di bambini da zero a 5 anni con la produzione di un primo report sulla sorveglianza nutrizionale in un campione di bambini da zero a 5 anni di età.

**OKkio alla SALUTE:** indagine nazionale su prevalenza di sovrappeso in campione rappresentativo di bambini della scuola primaria (6-10 anni di età); si vuole descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia.



In questi due anni è stata rilevata la prevalenza di sovrappeso nel territorio della ASL Brindisi e sono state raccolte informazioni su abitudini alimentari, sedentarietà, attività fisica del campione.

La ASL Brindisi è quella in Puglia con il minor tasso di sovrappeso in questa fascia di età:

- dato nazionale: 24% sovrappeso, 12% obeso, totale 36%;
- dato regionale: 25% sovrappeso, 14% obeso, totale 39%;
- dato ASL BR: 23% sovrappeso, 10% obeso, totale 33%.

### 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 degli anni 2008 e 2009, 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.

Secondo il flusso dei dati raccolti dal Controllo di Gestione nell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi nel 2009 sono state erogate 5.389.234 prestazioni specialistiche, di cui più di 3 milioni di esami di laboratorio (69%), circa 972 mila prestazioni di visite specialistiche (18%), più di 192 mila prestazioni diagnostiche (3,57%), circa 498 mila prestazioni riabilitative (9,24%).

#### ANNO 2008

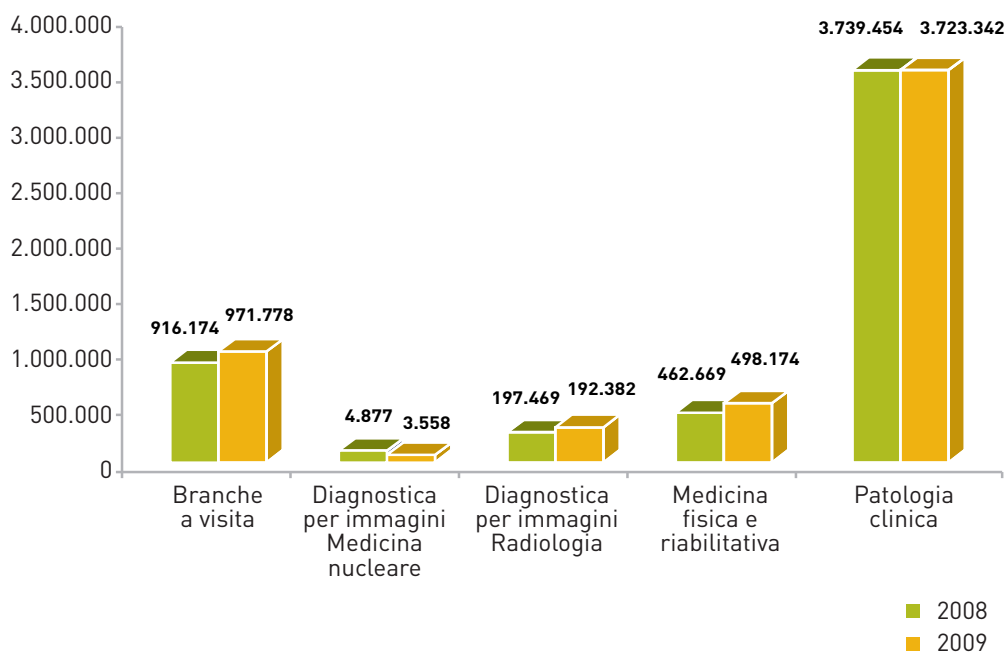
	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
<b>DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>						
Branche a visita	620.277	272.802	1.317	21.778	916.174	17,22%
Diagnostica per immagini						
- Medicina Nucleare	4.877				4.877	0,09%
Diagnostica per immagini - Radiologia	122.144	17.882		57.443	197.469	3,71%
Medicina fisica e riabilitativa	20.471	52.152		390.046	462.669	8,70%
Patologia clinica	1.607.300	6.335	258.625	1.867.194	3.739.454	70,28%
<b>TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>	<b>2.375.069</b>	<b>349.171</b>	<b>259.942</b>	<b>2.336.461</b>	<b>5.320.643</b>	<b>100,00%</b>
%	44,64%	6,56%	4,89%	43,91%	100,00%	

## ANNO 2009

	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
<b>DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>						
Branche a visita	675.603	254.321	18.894	22.960	971.778	18,03%
Diagnostica per immagini						
- Medicina Nucleare	3.558				3.558	0,07%
Diagnostica per immagini - Radiologia	115.948	16.528		59.906	192.382	3,57%
Medicina fisica e riabilitativa	43.935	53.132		401.107	498.174	9,24%
Patologia clinica	1.626.851	9.006	251.507	1.835.978	3.723.342	69,09%
<b>TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>	<b>2.465.895</b>	<b>332.987</b>	<b>270.401</b>	<b>2.319.951</b>	<b>5.389.234</b>	<b>100,00%</b>
%	45,76%	6,18%	5,02%	43,05%	100,00%	

Fonte: UCG - CUP - SISR

### Tipologia attività ambulatoriale confronto anno 2008-2009



L'analisi particolareggiata del prospetto mostra anzitutto come sia aumentata la richiesta di prestazioni specialistiche; il confronto tra i due anni evidenzia come per questa fetta di offerta sanitaria l'ospedale sia ancora visto come punto di riferimento della popolazione preferendo quest'ultima struttura ai Distretti, mentre si è rilevato un decremento delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate.

Per ciò che riguarda la branca di radiologia si è rilevata una generale riduzione del numero di prestazioni erogate dagli Ospedali e dai Distretti a vantaggio delle Strutture private.

Tale dato non deve portare a conclusioni affrettate riguardo ai carichi di lavoro ospedalieri poiché la riduzione delle prestazioni per esterni appare indice dell'aumento dell'attenzione verso la riduzione dei tempi d'attesa interni (per ricoverati).

Singolare appare il dato relativa all'attività riabilitativa che vede un generale incremento tra tutti i protagonisti (Ospedali, Distretti e Strutture convenzionate), ciò a dimostrazione della notevole richiesta di tale tipo di prestazioni sul territorio.

Stabile invece il consumo di attività di Laboratorio Analisi.

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 gravi-

danza 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.

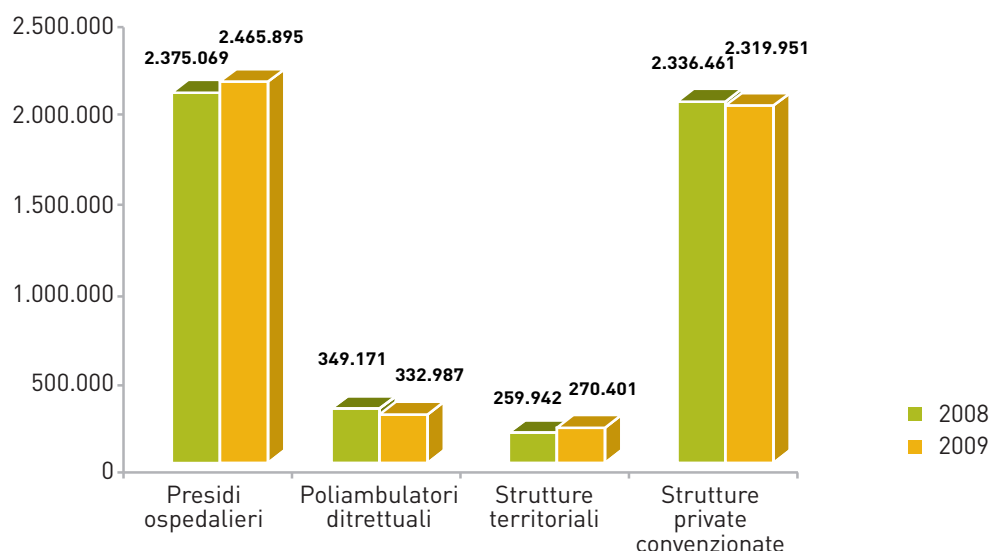
Un problema rilevante è stata la scelta tra le branche o le discipline come articolazioni cui fare riferimento. Come noto infatti l'attività di specialistica ambulatoriale viene svolta sia dai medici ospedalieri (o comunque dipendenti delle Aziende sanitarie) sia dai medici specialisti convenzionati.

L'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 ambulatoriali per struttura confronto anno 2008-2009



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 confermano le riflessioni di carattere trasversale già rilevate nelle edizioni precedenti:

- 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.

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2008 - P.O. Brindisi

##### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Brindisi	S.O. Mesagne	S.O. S. Pietro V.co	Totale
Branche a visita	257.913	25.578	73.849	357.340
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	4.877			4.877
Diagnostica per immagini - Radiologia	37.554	7.383	18.054	62.991
Medicina fisica e riabilitativa	33	6.680	11.826	18.539
Patologia clinica	291.838	128.743	86.009	506.590
<b>TOTALE</b>	<b>592.215</b>	<b>168.384</b>	<b>189.738</b>	<b>950.337</b>

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2009 - P.O. Brindisi

##### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Brindisi	S.O. Mesagne	S.O. S. Pietro V.co	Totale
Branche a visita	310.777	25.825	74.172	410.774
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	3.558			3.558
Diagnostica per immagini - Radiologia	38.108	6.222	15.587	59.917
Medicina fisica e riabilitativa	4	12.554	15.852	28.410
Patologia clinica	294.870	137.353	80.038	512.261
<b>TOTALE</b>	<b>647.317</b>	<b>181.954</b>	<b>185.649</b>	<b>1.014.920</b>

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2008 - P.O. Francavilla Fontana

##### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Francavilla F.	S.O. Ceglie M.ca	Totale
Branche a visita	98.796	29.325	128.121
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare			
Diagnostica per immagini - Radiologia	12.030	16.153	28.183
Medicina fisica e riabilitativa		356	356
Patologia clinica	380.470	181.161	561.631
<b>TOTALE</b>	<b>491.296</b>	<b>226.995</b>	<b>718.291</b>

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2009 - P.O. Francavilla Fontana

##### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Francavilla F.	S.O. Ceglie M.ca	Totale
Branche a visita	109.422	29.230	138.652
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare			
Diagnostica per immagini - Radiologia	12.310	13.857	26.167
Medicina fisica e riabilitativa		7.193	7.193
Patologia clinica	371.650	189.679	561.329
<b>TOTALE</b>	<b>493.382</b>	<b>239.959</b>	<b>733.341</b>

## Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2008 - P.O. Ostuni

### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Ostuni	S.O. Fasano	S.O. Cisternino	Totale
Branche a visita	56.282	77.164	1.370	134.816
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare				0
Diagnostica per immagini - Radiologia	17.235	6.875	6.860	30.970
Medicina fisica e riabilitativa	1.299	200	77	1.576
Patologia clinica	236.471	220.228	82.380	539.079
<b>TOTALE</b>	<b>311.287</b>	<b>304.467</b>	<b>90.687</b>	<b>706.441</b>

## Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2009 - P.O. Ostuni

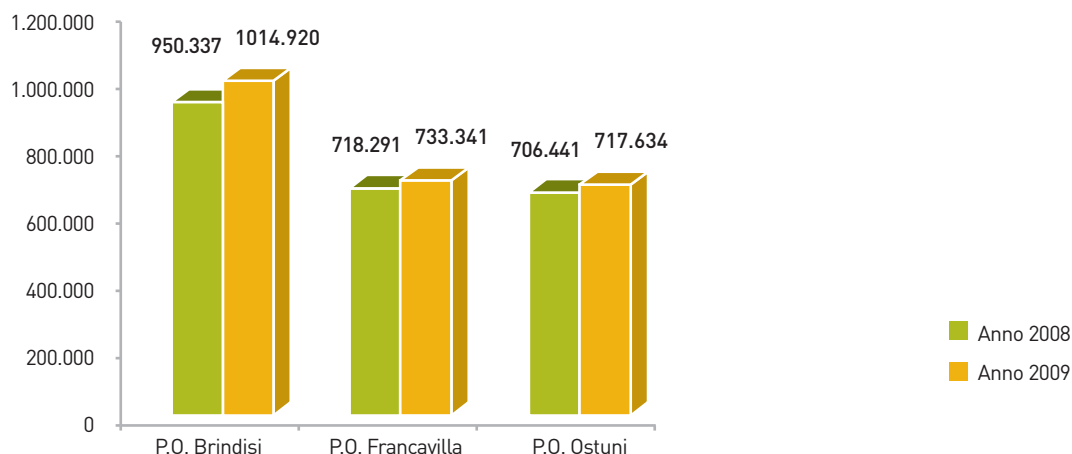
### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Ostuni	S.O. Fasano	S.O. Cisternino	Totale
Branche a visita	57.121	67.706	1.350	126.177
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare				0
Diagnostica per immagini - Radiologia	16.286	6.416	7.162	29.864
Medicina fisica e riabilitativa	8.082	0	250	8.332
Patologia clinica	257.550	213.188	82.523	553.261
<b>TOTALE</b>	<b>339.039</b>	<b>287.310</b>	<b>91.285</b>	<b>717.634</b>

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

Fonte UCG

## Prestazioni ambulatoriali per struttura confronto anno 2008-2009



83

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

## Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali - Anno 2008

2008	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale istrettuale di riferimento				
	Brindisi	Fasano	Francavilla F.	Mesagne	Totale
Attività ambulatoriale per "esterni"					
Branche a visita	112.695	36.861	43.447	81.116	274.119
Diagnostica per immagini - Radiologia	17.882			0	17.882
Medicina fisica e riabilitativa	48.467	0	227	3.458	52.152
Patologia clinica	259.978			4.982	264.960
<b>TOTALE</b>	<b>439.022</b>	<b>36.861</b>	<b>43.674</b>	<b>89.556</b>	<b>609.113</b>

## Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali – Anno 2009

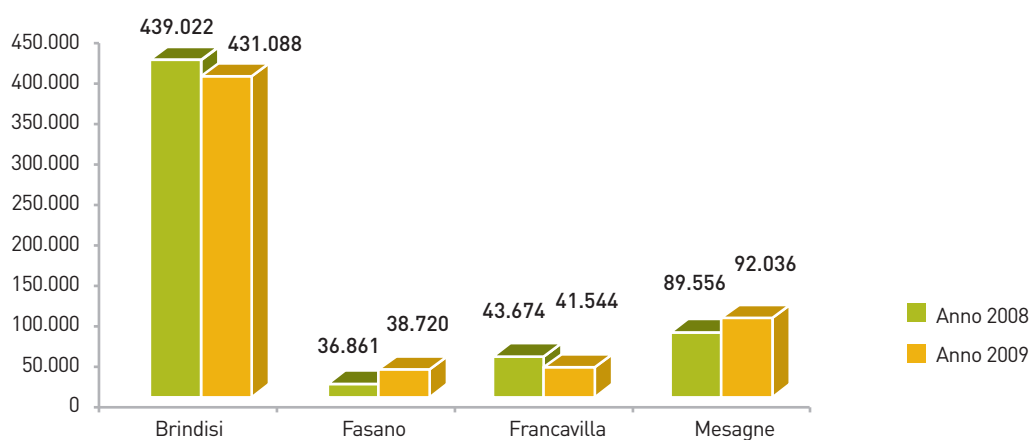
2009

Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale istrettuale di riferimento

Attività ambulatoriale per "esterni"	Brindisi	Fasano	Francavilla F.	Mesagne	Totale
Branche a visita	109.828	38.405	39.930	85.052	273.215
Diagnostica per immagini - Radiologia	16.331			197	16.528
Medicina fisica e riabilitativa	49.539	315	1.614	1.664	53.132
Patologia clinica	255.390			5.123	260.513
<b>TOTALE</b>	<b>431.088</b>	<b>38.720</b>	<b>41.544</b>	<b>92.036</b>	<b>603.388</b>

Fonte UCG

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale, bisogna innanzitutto rilevare che per le prestazioni complessive erogate si registra un lieve decremento delle prestazioni se paragonate a quelle dell'anno 2008.



Fonte UCG

### 3.1.1.c Attività Ospedaliera

Per ciò che riguarda il dato generale l'analisi mostra un aumento, rispetto all'anno precedente, del numero dei ricoveri complessivi con particolare riferimenti a quelli erogati in regime di Day Hospital.

L'analisi mostra ancora un aumento del numero di casi trattati (+2,62%) e una riduzione del peso medio; quest'ultimo dato è però giustificabile con l'introduzione, dal 2009, di nuovi DRG che hanno reso più specifica la codifica di alcune patologie differenziandone la descrizione rispetto al gruppo principale delle patologie.

Per ciò che riguarda i ricoveri ordinari si rileva un aumento del numero di casi trattati, una riduzione del peso medio DRG, un aumento delle giornate complessive di degenza ma soprattutto un aumento del numero dei DRG ad elevato indice di inappropriatezza se trattati in regime ordinario.

Per ciò che riguarda invece i ricoveri in regime di Day Hospital ciò che risalta maggiormente è il dato dell'incremento del numero dei casi trattati.

#### Stutture Ospedaliere

Dati attività	Anno 2008	Anno 2009	Differenza 09-08
Totale ricoveri	67.202	68.960	1.758
Totale ricoveri ordinari	48.093	48.788	695
Totale ricoveri day hospital	19.109	20.172	1.063

Totali ricoveri	Anno 2008	Anno 2009	Variazione in %
Posti letto	1.335	1.334	-0,07
N° casi	67.202	68.960	2,62
Peso medio	1,04	0,85	-18,27

Ricoveri ordinari	Anno 2008	Anno 2009	Variazione in %
Posti letto	1.213	1.215	0,16
N° casi	48.093	48.788	1,45
Peso medio	1,13	0,91	-19,47
Degenza	381.261	384.811	0,93
N° casi LEA	1.828	2.254	23,30

Ricoveri in day hospital	Anno 2008	Anno 2009	Variazione in %
Posti letto	123	119	-3,25
N° casi	19.109	20.172	5,56
Peso medio	0,79	0,7	-11,39
Accessi	49.848	53.733	7,79

Fonte: dati UCG 2008/2009

Tale situazione viene osservata in tutte le proiezioni relative ai singoli Presidi Ospedalieri con la sola eccezione per lo Stabilimento di Ostuni, dove invece si è registrato un decremento dell'attività inteso sia come numero di casi trattati che come peso medio DRG.

Le informazioni fin qui riportate evidenziano la necessità di promuovere forme di assistenza alternative ai ricoveri in favore della medicina del territorio.

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Brindisi

	2008					2009				
	St. S.Pietro V.	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro Riab. neuromotulesi	Totale	P.O. Brindisi	St. S.Pietro V.	St. Mesagne	Centro Riab. neuromotulesi	Totale
<b>Totali ricoveri</b>										
Posti letto	94	82	568	105	849	94	78	567	105	844
N° casi	4.813	5.103	28.619	751	39.286	4.911	5.230	29.788	795	40.724
Peso medio	1,20	0,85	1,12	1,45	1,10	0,96	0,74	0,92	1,01	0,90
ordinari										
posti letto	87	66	519	96	768	87	66	518	96	767
n casi	3.602	1.926	21.972	495	27.995	3.679	2.128	22.076	527	28.410
peso medio	1,27	1,00	1,23	1,53	1,22	1,01	0,86	1,01	1,09	1,00
degenza	29.473	17.651	173.378	34.681	255.183	29.916	19.920	179.662	35.872	265.370
n casi LEA	57	91	651		799	79	211	859		1.149
<b>Ricoveri in day hospital</b>										
Posti letto	7	16	49	9	81	7	12	49	9	77
N° casi	1.211	3.177	6.647	256	11.291	1.232	3.102	7.712	268	12.314
Peso medio	1,01	0,76	0,77	1,30	0,81	0,82	0,66	0,66	0,86	0,68
accessi	2.132	5.529	20.223	5.584	33.468	2.169	5.721	24.100	5.533	37.523

Fonte: dati UCG 2008/2009

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Francavilla Fontana

	2008			2009		
	St. Francavilla	St. Ceglie Mes.	Totale	St. Francavilla	St. Ceglie mes.	Totale
<b>dati attività</b>						
Posti letto	160	75	235	161	77	238
N° casi	11.053	2.025	13.078	11.130	2.294	13.424
Peso medio	0,96	0,95	0,96	0,79	0,80	0,79
ordinari						
posti letto	148	66	214	149	68	217
n casi	7.705	1.560	9.265	8.038	1.764	9.802
peso medio	1,02	1,01	1,02	0,80	0,82	0,80
degenza	43.073	16.747	59.820	44.992	17.570	62.562
n casi LEA	379	169	548	398	223	621
<b>Ricoveri in day hospital</b>						
Posti letto	12	9	21	12	9	21
N° casi	3.348	465	3.813	3.092	530	3.622
Peso medio	0,83	0,77	0,83	0,77	0,74	0,76
accessi	5.335	1.064	6.399	4.921	1.169	6.090

Fonte: dati UCG 2008/2009



## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Ostuni

	2008				2009			
	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	Totale	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	Totale
<b>Totali ricoveri</b>								
Posti letto	120	106	26	252	115	111	26	253
N° casi	7.805	6.683	350	14.838	7.579	6.815	418	14.812
Peso medio ordinari	0,94	0,90	1,07	0,92	0,76	0,76	0,89	0,77
post letto	111	94	26	231	106	99	26	232
n casi	6.027	4.456	350	10.833	5.889	4.269	418	10.576
peso medio	1,02	0,97	1,07	1,00	0,80	0,79	0,89	0,80
degenza	33.663	27.266	5.329	66.258	32.823	28.096	5.960	66.879
n casi LEA	289	192		481	317	167		484
<b>Ricoveri in day hospital</b>								
Posti letto	9	12	0	21	9	12	0	21
N° casi	1.778	2.227		4.005	1.690	2.546		4.236
Peso medio	0,68	0,74		0,71	0,64	0,70		0,68
accessi	3.063	6.918		9.981	2.783	7.337		10.120

Fonte: dati UCG 2008/2009

La tabella che segue mostra invece la distribuzione dei ricoveri nell'ambito delle Strutture sanitarie presenti nel territorio; come può evidenziarsi si rileva che la maggioranza delle prestazioni sanitarie di ricovero vengono erogate dagli Ospedali dell'Azienda mentre solo una parte residuale, costante rispetto all'anno precedente, ha preferito ricoverarsi presso le restanti Strutture la maggioranza delle quali ha, del resto, un indirizzo specialistico.

Ricoveri residenti ASL per luogo di cura	anno 2008	anno 2009	Differenza 09-08
<b>strutture territorio ASL BR</b>			
Presidi ASL BR	58.053	59.293	1.240
Neuromotulesi Ceglie M.ca	337	355	18
IRCSS "Medea"	168	158	-10
Casa di cura Salus Accreditata	4.336	4.365	29
<b>Totale</b>	<b>62.894</b>	<b>64.171</b>	<b>1.277</b>
<b>Ricoveri residenti ASL - regime ordinario</b>	<b>anno 2008</b>	<b>anno 2009</b>	<b>Differenza 09-08</b>
Presidi ASL BR	41.942	42.243	301
Neuromotulesi Ceglie M.ca	197	209	12
IRCSS "Medea"	168	158	-10
Casa di cura Salus Accreditata	2.745	2.740	-5
<b>Totale</b>	<b>45.052</b>	<b>45.350</b>	<b>298</b>
<b>Ricoveri residenti ASL regime day hospital</b>	<b>anno 2008</b>	<b>anno 2009</b>	<b>Differenza 09-08</b>
Presidi ASL BR	16.111	17.050	-405
Neuromotulesi Ceglie M.ca	140	146	22
IRCSS "Medea"	0	0	0
Casa di cura Salus Accreditata	1.591	1.625	74
<b>Totale</b>	<b>17.842</b>	<b>18.821</b>	<b>-309</b>

Fonte: dati UCG 2008/2009

Per ciò che riguarda invece la mobilità sanitaria extraregionale si conferma il dato della migrazione verso Regioni quali l'Emilia Romagna o Lombardia dotate di Strutture tecnologicamente più avanzate.

### Mobilità sanitaria extra regionale

Regione	n. ricoveri 2008	n. ricoveri 2009	Differenza 09-08
Abruzzo	130	145	15
Acismom Lazio	3	5	2
Basilicata	127	139	12
Calabria	54	40	-14
Campania	167	148	-19
Emilia Romagna	1.157	1.093	-64
Friuli V. Giulia	76	71	-5
Lazio	596	622	26
Liguria	237	243	6
Lombardia	1.215	1.229	14
Marche	181	190	9
Molise	49	39	-10
Ospedale Bambin Gesù'	270	280	10
Piemonte	185	232	47
Prov. Aut. Bolzano	8	5	-3
Prov. Aut. Trento	29	12	-17
Sardegna	8	6	-2
Sicilia	69	45	-24
Toscana	521	556	35
Umbria	131	107	-24
Valle D'aosta	1	5	4
Veneto	363	379	16
<b>Totale</b>	<b>5.577</b>	<b>5.591</b>	<b>14</b>

Fonte: dati UCG 2008/2009

Nella tabella che segue sono invece riportati i dati relativi alla mobilità sanitaria infra-regionale; in questo caso le ASL verso cui ci si rivolge maggiormente sono quelle di Bari, Lecce, Taranto e Policlinico.

### Mobilità sanitaria infra regionale

ASL o AO	prov	n. ricoveri 2008	n. ricoveri 2009	Differenza 09-08
BA	ba	5.301	5.284	-17
BAT	ba	45	53	8
FG	fg	620	628	8
LE	le	5.786	5.871	85
Ospedale Oncologico	ba	400	332	-68
Ospedali Riuniti	fg	114	107	-7
Policlinico Consorz.	ba	3.188	3.156	-32
Saverio De Bellis	ba	634	754	120
TA	ta	4.031	4.313	282
<b>Totale</b>		<b>20.119</b>	<b>20.498</b>	<b>379</b>

Fonte: dati UCG 2008/2009

Nella tabella sottoriportata sono invece descritti i dati di migrazione dei vari Comuni della Provincia; ciò che risalta maggiormente in questa tabella è l'alto tasso di ospedalizzazione che, pur diminuito rispetto all'anno precedente, registra ancora un indice superiore a quanto imposto dai dettami normativi, spiccano Ceglie Messapica come comune a più alto indice di ospedalizzazione ed Erchie come quello a più basso.

### Ricoveri per Comune di residenza

distretto residenza	comune di residenza pazienti	PPO0 ASL BR	Neuromotulesi Ceglie M.ca	Casa di Cura Salus Accreditata	IRCCS MEDEA	assistenza indiretta	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE	N° RICOVERI 2008	Diff. 2009-2008	popolazione Istat 01/01/2009	tasso x 1000 ab. 2009	asso x 1000 ab. 2008
<b>distretto</b>	<b>BRINDISI</b>	13.621	62	1.782	41	64	2.765	1.435	19.770	19.085	685	89.691	220,42	212,11
<b>n° 1</b>	SAN VITO DEI NORMANNI	2.838	12	285	3	5	788	280	4.211	4.291	-80	19.947	211,11	215,76
	<b>totale</b>	<b>16.459</b>	<b>74</b>	<b>2.067</b>	<b>44</b>	<b>69</b>	<b>3.553</b>	<b>1.715</b>	<b>23.981</b>	<b>23.376</b>	<b>605</b>	<b>109.638</b>	<b>218,73</b>	<b>212,77</b>
	CISTERNINO	1.264	7	39	1	1	1.157	190	2.659	2.736	-77	11.914	223,18	228,93
<b>distretto</b>	<b>FASANO</b>	5.394	15	71	18	1	3.281	420	9.200	8.915	285	38.460	239,21	232,34
<b>n° 2</b>	OSTUNI	4.659	28	117	11	6	1.740	542	7.103	7.145	-42	32.428	219,04	219,75
	<b>totale</b>	<b>11.317</b>	<b>50</b>	<b>227</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>6.178</b>	<b>1.152</b>	<b>18.962</b>	<b>18.796</b>	<b>166</b>	<b>82.802</b>	<b>229,00</b>	<b>226,91</b>
	CAROVIGNO	2.359	14	235	10	4	641	196	3.459	3.520	-61	16.050	215,51	221,79
	CEGLIE MESSAPICA	3.678	45	133	4		1.132	205	5.197	5.102	95	20.706	250,99	246,94
<b>distretto</b>	<b>FRANCAVILLA FONTANA</b>	5.826	54	277	27	10	1.624	444	8.262	8.444	-182	36.603	225,72	230,84
<b>n° 3</b>	ORIA	2.240	30	135	9	1	856	159	3.430	3.319	111	15.373	223,12	216,01
	SAN MICHELE SALENTINO	1.126	6	61	7	1	306	86	1.593	1.548	45	6.372	250,00	243,82
	VILLA CASTELLI	932	6	32	1	1	897	87	1.956	1.831	125	9.059	215,92	203,60
	<b>totale</b>	<b>16.161</b>	<b>155</b>	<b>873</b>	<b>58</b>	<b>17</b>	<b>5.456</b>	<b>1.177</b>	<b>23.897</b>	<b>23.764</b>	<b>133</b>	<b>104.163</b>	<b>229,42</b>	<b>228,90</b>
	CELLINO SAN MARCO	966	10	109	4	6	430	109	1.634	1.560	74	6.756	241,86	230,36
	ERCHIE	1.063	7	102	1	6	540	102	1.821	1.614	207	8.995	202,45	179,41
	LATIANO	2.207	10	155	1	10	632	164	3.179	3.127	52	15.072	210,92	207,00
	MESAGNE	4.377	23	345	7	13	1.033	418	6.216	6.138	78	27.817	223,46	220,02
<b>distretto</b>	<b>SAN DONACI</b>	885	5	85		6	455	134	1.570	1.501	69	7.087	221,53	215,51
<b>n° 4</b>	S. PANCRAZIO SALENTINO	1.133	6	91	3	16	729	145	2.123	2.115	8	10.399	204,15	202,14
	SAN PIETRO VERNOTICO	2.347	8	201	2	6	665	247	3.476	3.460	16	14.473	240,17	237,44
	TORCHIAROLO	809	1	33	2	1	303	72	1.221	1.151	70	5.113	238,80	225,51
	TORRE SANTA SUSANNA	1.569	6	77	6	5	524	145	2.332	2.241	91	10.576	220,50	211,65
	<b>totale</b>	<b>15.356</b>	<b>76</b>	<b>1.198</b>	<b>26</b>	<b>69</b>	<b>5.311</b>	<b>1.536</b>	<b>23.572</b>	<b>22.907</b>	<b>665</b>	<b>106.288</b>	<b>221,77</b>	<b>215,16</b>
	codice comune errato								11	11	11			
	<b>totale ASL BR</b>	<b>59.293</b>	<b>355</b>	<b>4.365</b>	<b>158</b>	<b>163</b>	<b>20.498</b>	<b>5.591</b>	<b>90.423</b>	<b>88.843</b>	<b>1.580</b>	<b>402.891</b>	<b>224,44</b>	<b>220,46</b>

Fonte: dati UCG 2008/2009

## Ricoveri per diagnostica principale (MDC)

MDC	DESCRIZIONE	PPO0 ASLBR	Neuromotulesi Ceglie M.ca	Casa di Cura Salus Accreditata	IRCCS MEDEA	assistenza indiretta	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE	%	N° RICOVERI 2008	Diff. 2009-2008
1	DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	3.537	345	226	81	40	915	452	5.596	6,19%	5.913	-317
2	DISTURBI DELL'OCCHIO	3.205					1.902	315	5.422	6,00%	5.165	257
3	DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	1.698	2	45	3		842	236	2.826	3,13%	2.643	183
4	DISTURBI RESPIRATORI	5.672		125		2	780	208	6.787	7,51%	6.559	228
5	DISTURBI CIRCOLATORI	6.986		743		1	3.176	620	11.526	12,75%	11.484	42
6	DISTURBI DIGESTIVI	5.339		997		22	1.685	347	8.390	9,28%	8.034	356
7	DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	1.884		38		1	971	230	3.124	3,45%	3.075	49
8	DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	5.936		39	2	86	3.270	1.074	10.407	11,51%	10.438	-31
9	DISTURBI CUTE	2.737		92		6	572	202	3.609	3,99%	3.558	51
10	DISTURBI METABOLISMO	2.921		35			638	317	3.911	4,33%	3.454	457
11	DISTURBI URINARI	2.884		17			1.142	266	4.309	4,77%	4.186	123
12	DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	666		17			679	100	1.462	1,62%	1.423	39
13	DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.261		474			647	210	3.592	3,97%	3.924	-332
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	4.907		975			777	128	6.787	7,51%	6.848	-61
15	CONDIZIONI PERINATALI	2.798		389	2		424	34	3.647	4,03%	3.619	28
16	DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	1.186		14			179	76	1.455	1,61%	1.240	215
17	DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	1.710		80			829	394	3.013	3,33%	2.858	155
18	MALATTIE INFETTIVE	830		4			121	28	983	1,09%	994	-11
19	DISTURBI MENTALI	784	8	8	69	2	299	121	1.291	1,43%	1.234	57
20	DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	56		1			22	17	96	0,11%	87	9
21	FERIMENTI, AWELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	471		2			122	26	621	0,69%	666	-45
22	USTIONI	35							35	0,04%	40	-5
23	FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	587		44	1	3	296	127	1.058	1,17%	1.007	51
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	26					21		47	0,05%	43	4
25	INFEZIONI DA HIV	61					84	12	157	0,17%	126	31
0	ALTRI D.R.G	116					105	51	272	0,30%	225	47
	<b>TOTALE</b>	<b>59.293</b>	<b>355</b>	<b>4.365</b>	<b>158</b>	<b>163</b>	<b>20.498</b>	<b>5.591</b>	<b>90.423</b>	<b>100,00%</b>	<b>88.843</b>	<b>1.580</b>

Fonte: dati UCG 2008/2009

### 3.1.1.d Attività servizio 118

17 postazioni mezzi complessive nella provincia di Brindisi, di cui 10 "Mike"  
– medicalizzate (o 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 (o BLS):

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

La Centrale Operativa 118 Brindisi, nell'anno 2009, ha gestito complessivamente **51.292** 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 **24.160** interventi di emergenza/urgenza con i mezzi di soccorso 118, con la seguente sintetica analisi di alcuni indicatori di attività:

	2008	2009	% su casistica totale 2009	Variazione assoluta	%
TOTALE CHIAMATE:	51.856	51.292	-	564	1,09
TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI:	22.183	24.160	-	1.977	8,91

#### 1. Luogo dell'evento

interventi effettuati a casa (K)	15.025	16.724	81,94%	1.699	11,31
interventi effettuati sulla strada (S)	3.778	3.685	18,06%	93	2,46
<b>Totale</b>	<b>18.803</b>	<b>20.409</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.606</b>	<b>8,54</b>

#### 2. Patologie (più frequenti)

Trauma (incidenti stradali, domestici, infortuni sul lavoro ...)	4.843	5.098	40,12%	255	5,27
Cardio-vascolare	5.155	5.501	43,29%	346	6,71
Respiratorio	1.892	2.107	16,58%	215	11,36
<b>Totale</b>	<b>11.890</b>	<b>12.706</b>	<b>100,00%</b>	<b>816</b>	<b>6,86</b>

#### 3. Codici di uscita dei mezzi di soccorso

Codice rosso	3.059	4.564	18,91%	1.505	49,20
Codice giallo	17.450	18.489	76,59%	1.039	5,95
Codice verde	1.646	1.088	4,51%	558	33,90
<b>Totale</b>	<b>22.155</b>	<b>24.141</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.986</b>	<b>8,96</b>

#### 4. Codici di rientro (diagnosi sul luogo)

Codice 1 (forme lievi)	8.355	8.476	46,42%	121	1,45
Codice 2 (forme gravi)	7.357	8.653	47,39%	1.296	17,62
Codice 3 (funzioni vitali compromesse)	584	623	3,41%	39	6,68
Codice 4 (deceduti sul luogo)	431	509	2,79%	78	18,10
<b>Totale</b>	<b>16.727</b>	<b>18.261</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.534</b>	<b>9,17</b>

#### 5. Esito degli interventi

(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	7.103	6.728	27,23%	375	5,28
Pazienti centralizzati allo Stabilimento di:					
Perrino-Brindisi	7.531	8.367	33,87%	836	11,10
Francavilla Fontana	2.669	3.299	13,35%	630	23,60
Ostuni	2.822	2.906	11,76%	84	2,98

Pazienti trasportati nello Stabilimento di:

Mesagne	1.059	1.241	5,02%	182	17,19
Fasano	933	955	3,87%	22	2,36
San Pietro V.co	661	761	3,08%	100	15,13
Ceglie M.ca	288	383	1,55%	95	32,99
Cisternino	93	66	0,27%	27	29,03
<b>Totale</b>	<b>23.159</b>	<b>24.706</b>	<b>100,00%</b>	<b>1547</b>	<b>6,68</b>

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

Particolare importanza riveste la centralizzazione dei pazienti con emergenza/urgenza "tempo-dipendente", quale l'infarto del miocardio con ST-sopraslivellato (STEMI), il trauma maggiore e l'ictus:

- 1- Infarto del Miocardio ST sopraslivellato (STEMI): il trattamento sul luogo dell'evento del paziente con dolore toracico prevede anche l'esecuzione dell'ECG con trasmissione a distanza per la refertazione cardiologica (Cardiovox). In caso di STEMI il personale sanitario del 118 Brindisi garantisce il trattamento medico precoce sul luogo dell'evento (MONA) e l'applicazione della check-list per l'eleggibilità all'angioplastica primaria. In base a tali criteri viene quindi garantito il trasporto assistito all'ospedale che garantisce il trattamento terapeutico più idoneo: l'angioplastica primaria (UTIC di Brindisi) o il trattamento farmacologico (trombolisi). 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 del miocardio 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 (paziente definito "survived event") in ospedale. Prima dell'attivazione del 118 Brindisi (anno 2002) 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" (collare cervicale, tavola spinale, stecco-bende, ked-estricatore) all'ospedale adeguatamente attrezzato per la diagnostica (TAC) e per il trattamento terapeutico definitivo.
- 3- Paziente con ictus: il paziente con ictus viene valutato sul luogo dell'evento sia clinicamente che mediante apposite scale di valutazione neurologica. In particolare viene applicata la check-list per l'eleggibilità alla trombolisi cerebrale per l'eventuale (in caso di paziente eleggibile) trasportato assistito presso la Stroke-Unit del P.O. Perrino-Brindisi.

### 3.1.1.e Attività di donazione e trapianto

"Le attività di trapianto di organi e tessuti costituiscono obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale"<sup>18</sup>. Al 31 dicembre 2009 risultano 11.293 iscrizioni alle liste di attesa per un trapianto, mentre i pazienti effettivi che rimangono in lista alla stessa data sono 9.331. Lo scostamento è dovuto sia all'indice di mortalità rilevato nel periodo che intercorre tra l'iscrizione in lista e il trapianto, che all'esclusione dalle liste di coloro che sono stati sottoposti a trapianto nello stesso periodo.

L'indice di mortalità è pari all'1,5% per il rene, 5,4% per il fegato, il 10,1% per il cuore, 1,02% per il pancreas e 14,7% per il polmone. Il tempo medio di attesa per il trapianto di un organo è di circa 2,5 anni (dati CNT).

<sup>18</sup> Legge n.91/1999 Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, artt. 1 e 2

Il numero delle donazioni è in aumento ma l'offerta rimane ancora insufficiente. Nella classifica europea del 2009 l'Italia rimane al terzo posto dopo la Spagna e la Francia, la media nazionale è pari a 21,4 donatori effettivi per milione di abitanti, con un incremento medio annuo del +3,9%, mentre la Puglia risulta con 10,8 donatori effettivi nel 2009 contro gli 11,7 del 2008 e i 9,2 del 2007, una media oscillante ed ancora troppo bassa rispetto alla media nazionale. Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Associazioni di volontariato, continua a promuovere campagne informative per sensibilizzare il cittadino e diffondere la cultura della donazione. Esprimere la propria volontà, come previsto dalla normativa<sup>19</sup> in merito alla donazione di organi e tessuti diventa un diritto-dovere, sia in senso positivo o negativo. Infatti, senza una volontà espressa in vita la decisione spetta ai familiari, con tutte le difficoltà che nascono in un momento così delicato e drammatico. All'interno delle ASL operano due figure preposte allo svolgimento di attività specifiche in tema di trapianti, in collegamento con il Centro Nazionale Trapianti e con i Centri Regionali e Interregionali: 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 stretta collaborazione tra loro.

Di seguito vengono elencate le attività dei due Coordinamenti per l'anno 2008 e 2009.

#### Coordinamento ospedaliero prelievo e trapianto

Le attività sono riferite alle funzioni principali di coordinamento dell'Equipe 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 2008 sono stati eseguiti 6 prelievi multiorgano e 8 prelievi di cornea, nel 2009 sono stati eseguiti 4 prelievi multiorgano e 6 prelievi di cornea

#### Attività di prelievo P.O. Perrino Brindisi

2008	2009
6 prelievi multiorgano	4 prelievi multiorgano
8 prelievi di cornea	6 prelievi di cornea

- **Eventi formativi rivolti al personale interno:** corso di formazione "Il potenziale donatore e il prelievo multiorgano", nel 2008 è stato rivolto agli operatori sanitari in servizio presso l'U.O. Anestesia e Rianimazione del P.O. Perrino, mentre nel 2009 agli operatori sanitari in servizio presso le Unità Operative di Neurologia e Neurochirurgia del P.O. Perrino di Brindisi.
- **Istituzione ed aggiornamento del registro on-line dei cerebrolesi:** 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.
- **Progetto internazionale SEUSA (Spagna-Europa-USA):** avviato nel mese di ottobre 2008, nasce dalla necessità di migliorare l'efficienza dell'attività di donazione di organi, anche attraverso l'introduzione, presso l'U.O. di Rianimazione di Brindisi, del sistema americano DAS: sistema di raccolta-registrazione dei dati relativi alle morbidità e mortalità dei potenziali donatori. Contemporaneamente è stato attivato il software Donor Manager: sistema informatizzato per l'invio dei dati delle attività di prelievo al CRT; il software facilita inoltre il monitoraggio delle donazioni di organi. Nel 2009 l'attività realizzata nell'ambito del progetto si è intensificata. Il lavoro svolto dal Coordinamento di Brindisi è stato presentato in occasione di un convegno regionale SEUSA tenutosi a Lecce nel novembre 2009.

<sup>19</sup> Legge n.91/1999 Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, artt. 4 e 5

### **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:** sono stati effettuati incontri formativi nelle scuole medie inferiori e superiori dei comuni di Brindisi e provincia, 10 nel 2008 e 5 nel 2009. Nel 2008 è stato presentato ai docenti referenti per la Salute di alcune scuole il progetto promosso dal Ministero della Salute "Ti voglio donare" con 7 incontri tesi a programmare interventi successivi destinati agli studenti. L'attività è tuttora in corso.
- **Istituzioni ed altri Enti:** 2008: in collaborazione con l'Assessore alle Politiche Sociali dell'Amministrazione Provinciale e con l'ATO Puglia è stato realizzato un incontro informativo rivolto al personale dell'ente; si è tenuto anche un evento divulgativo presso il Comune di Latiano.
- **Associazioni di volontariato:** ogni anno vengono 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 di ogni anno. È stato condiviso inoltre il progetto promosso dal Ministero "Ti voglio donare" per collaborare nell'attività divulgativa. Con le associazioni è stato anche realizzato il concorso "Il tuo modo di donare la vita" di fotografia disegno, pittura, video, slogan, nato nell'ambito del Comitato Consultivo Misto aziendale e realizzato nelle edizioni del 2008 e 2009.
- **Interventi su emittenti radiotelevisive:** Partecipazione al talk show sul tema Donazione e trapianto sull'emittente televisiva Studio 100 di Brindisi, con la presenza di medici dell'Azienda e rappresentanti delle Associazioni di volontariato e persone che hanno subito un trapianto.
- **Eventi organizzati in occasione della settimana nazionale della donazione:** nel 2008 si è tenuto il concerto "Musica per la vita" con la partecipazione degli studenti dell'Istituto "Leonardo Da Vinci di Ceglie Messapica; celebrazione della messa dedicata ai donatori e ai loro familiari presso la Cappella dell'Ospedale di Francavilla Fontana; incontro su emittenti locali con i referenti aziendali e rappresentanti di Associazioni di Volontariato con la partecipazione di trapiantati; premiazione e mostra delle opere dei partecipanti al concorso "Il tuo modo di donare la vita", edizioni 2008 e 2009, realizzate nel mese di maggio in coincidenza con la celebrazione della settimana nazionale della donazione.
- **Personale aziendale:** lottobre 2008: evento ECM su "Donazione e trapianto di organi e tessuti" rivolto agli operatori sanitari del Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana e Ceglie Messapica, corso accreditato per 70 posti, non ha soddisfatto tutte le richieste pervenute tanto da prevedere una successiva edizione.

### **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 2009 risultano presentate e registrate nella banca dati del Centro Nazionale Trapianti n. 781 dichiarazioni di volontà. Negli anni l'andamento appare discontinuo e risente delle campagne di sensibilizzazione, la prima effettuata nel 2002, rinnovata nel 2004 e nel 2007.



## Dichiarazioni di volontà

Anno di trasmissione	Tot. dichiarazioni
2003	223
2004	50
2005	171
2006	74
2007	50
2008	114
2009	99
<b>Totale</b>	<b>781</b>

Fonte: UNES

### 3.1.1.f Attività oncologica

L'assistenza globale al Paziente oncologico si articola in questi aspetti fondamentali:

- Cura del paziente oncologico inteso come persona. La comunicazione con il paziente e famiglia, l'impiego di trattamenti antitumorali con finalità "palliative" quando la malattia non è guaribile, la prevenzione e la riduzione degli effetti collaterali della terapia antitumorale, il controllo dei sintomi ed in primo luogo del dolore, la continuità terapeutica ed assistenziale anche nella fase avanzata della malattia sono gli elementi fondamentali della nostra azione quotidiana.
- Interventi terapeutici per aumentare il numero di pazienti resi e mantenuti liberi da malattia mediante trattamenti antitumorali integrati (chirurgia, radioterapia, terapia medica) grazie all'interazione con le diverse professionalità istituzionali (Medicina Interna, Geriatria, Ematologia, Chirurgia generale, Urologia, ORL, Radioterapia, Chirurgia della mammella, Chirurgia Ginecologica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Radiologia diagnostica ed interventistica, Anatomia Patologica).
- Costante miglioramento della qualità, sia attraverso l'adesione a studi di ricerca clinica nazionali ed internazionali in Good Clinical Practice, sia attraverso un costante impegno di innovazione scientifica in un settore, come quello oncologico, in continuo divenire.

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 di accesso dell'utenza (ambulatorio di I visite e di follow-up, ambulatori in LP, ambulatori di I 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 che richiedono nuove strategie terapeutiche (da 30 a 50 casi discussi a settimana), tutte le possibilità di arruolamento in studi clinici e di ricerca clinica attivati nella UOC, vengono inoltre elaborati i comportamenti e le linee guida interne e viene pertanto dato allo staff la possibilità di sostenere un comportamento comune e di gruppo nei confronti delle problematiche dei pazienti.

Il briefing settimanale è stato ottimamente recepito dalla utenza, che è estremamente soddisfatta ed è informata che ogni caso viene discusso collegialmente e spesso aspetta con ansia e partecipazione la comunicazione del risultato della discussione collegiale.

Dai dati ottenuti dal servizio statistica e DRG del presidio ospedaliero A. Perrino si evince che nel 2006 sono stati trattati in regime di DH, dando pertanto luogo a DRG, 391 pazienti, sono state gestite 86.956 impegnative per prestazioni relative a 47.506 pazienti, per un numero di prestazioni pari a 128.628 (per un importo Lordo di 4.310.117,43).

I dati 2008 danno i seguenti risultati, confrontati con quelli del 2007, 2008 e 2009.

	2007	2008	2009
Trattamenti settimanali	280	350	400
Trattamenti annuali	14,500	18,000	20,000
Visite di follow-up settimanali	100	150	180
Visite di follow-up annuali	5200	7800	9,700
I Visite annuali (ogni regime)	1820	2600	2850

Fonte: elaborazione U.O. Oncologia

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 ad oggi è già 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 da altre prestigiose istituzioni Oncologiche Italiane ed Estere (Istituto Nazionale dei Tumori Milano, Humanitas (IRCCS) Milano, San Raffaele (IRCCS) Milano, Fondazione Maugeri Pavia, Oncologia e Ginecologia Oncologica, Monza, Policlinico P. A. Gemelli, Roma, Ospedale Sant' Andrea, Roma, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, 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.

Vi è, inoltre, 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 (con ovvio ed importante beneficio delle casse sanitarie regionali).

Al momento la lista di attesa per effettuare una I prima vista presso la UOC di Oncologia Medica del PO Perrino di Brindisi è di 5 giorni e per eseguire una visita di follow-up o controllo è di 40 giorni circa.

Le seguenti tabelle evidenziano l'incremento di prestazioni ambulatoriali erogate in regime di day hospital:

96

### Prestazioni ambulatoriali in regime di day hospital anno 2008 – branca specialistica: Oncologia

2008	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	TOTALE
NUOVI RICOVERI	175	48	42	33	45	36	39	39	45	29	39	17	587
ACCESSI DH	421	403	409	457	456	377	382	378	406	459	354	402	4904
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>596</b>	<b>451</b>	<b>451</b>	<b>490</b>	<b>501</b>	<b>413</b>	<b>421</b>	<b>417</b>	<b>451</b>	<b>488</b>	<b>393</b>	<b>419</b>	<b>5491</b>

Fonte: elaborazione U.O. Oncologia

### Prestazioni ambulatoriali in regime di day hospital anno 2009 – branca specialistica: Oncologia

2009	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	TOTALE
NUOVI RICOVERI	209	55	51	47	51	33	47	47	24	33	54	20	671
ACCESSI DH	247	351	476	499	440	518	546	532	535	518	469	520	5651
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>456</b>	<b>406</b>	<b>527</b>	<b>546</b>	<b>491</b>	<b>551</b>	<b>593</b>	<b>579</b>	<b>559</b>	<b>551</b>	<b>523</b>	<b>540</b>	<b>6322</b>

Fonte: elaborazione U.O. Oncologia

### 3.1.1.g Attività di screening

La ASL BR ha aderito al Programma Regionale della Prevenzione 2005-2007<sup>20</sup> con particolare riferimento alla linea progettuale dei seguenti screening oncologici, rivolti ad alcune principali categorie a rischio, dette anche popolazione bersaglio:

- Screening del carcinoma mammario
- Screening del carcinoma della Cervice Uterina
- Screening del tumore del Colon-retto

#### CARCINOMA MAMMARIO

Le donne residenti con età compresa tra 50 e 69 anni possono accedere alla prestazione mammografica, gratuitamente e senza ricetta, ogni due anni. Le donne ricevono una lettera-invito a presentarsi in giorni e orari stabiliti presso gli ambulatori di radiologia per sottoporsi ad un esame mammografico bilaterale. Due diversi medici radiologi valutano la mammografia con conseguente comunicazione di esito negativo trasmesso a domicilio della donna, ovvero con un reinvio a sottoporsi ad ulteriori approfondimenti diagnostici, secondo un protocollo standardizzato riferito a linee guida internazionali. Lo screening è stato attivato a partire dal mese di marzo 2008.

Centri di erogazione	Comuni afferenti
<b>Brindisi</b> Ospedale Perrino U.O. Senologia	Brindisi, S. Vito dei Normanni
<b>Brindisi</b> DSS n. 1 Via Dalmazia U.O. Senologia	Brindisi, Mesagne
<b>Ceglie Messapica</b> Ospedale U.O. Senologia	Ceglie M.ca, Francavilla Fontana, Oria, S.Michele Salentino, Villa Castelli
<b>Fasano</b> Ospedale U.O. Senologia	Fasano
<b>Ostuni</b> Ospedale U.O. Senologia	Ostuni, Carovigno, Fasano, Cisternino
<b>S. Pietro Vernotico</b> Ospedale U.O. Senologia	S.Pietro V.co, Cellino S. Marco, Erchie, Latiano, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino, Torchiariolo, Torre S. Susanna

97

#### Dati di attività Screening del carcinoma mammario anno 2008

Centri di erogazione	Popolazione			
	50-69 anni	n. inviti	n. accettazioni	% di adesione
Brindisi Distretto	9.551	3.027	1.345	44,43
Brindisi Perrino	7.927	2.462	1.122	45,57
S. Pietro V.co	9.416	3.080	1.243	40,36
Ceglie M.ca	10.194	3.253	1.395	42,88
Ostuni*	11.861	2.000	782	39,10
<b>Totale</b>	<b>48.949</b>	<b>13.822</b>	<b>5.887</b>	<b>42,59</b>

Nel 2008 i dati di Ostuni contengono anche la popolazione di Fasano

<sup>20</sup> D.G.R. n. 824 del 24.06.2005, integrata con D.G.R. n. 157 del 21.02.2006. Adesione ASL BR al Programma Regionale della Prevenzione 2005-2007 con Deliberazione aziendale n. 2168 del 20.07.2006

### Dati di attività Screening del carcinoma mammario anno 2009

Centri di erogazione	Popolazione			
	50-69 anni	n. inviti	n. accettazioni	% di adesione
Brindisi Distretto	9.752	4.315	2.265	52,49
Brindisi Perrino	8.064	3.859	2.407	62,37
S. Pietro V.co	9.457	4.702	2.448	52,06
Ceglie M.ca	10.019	4.906	2.496	50,88
Ostuni	7.312	3.916	2.101	53,65
Fasano	4.653	2.089	965	46,19
<b>Totale</b>	<b>49.257</b>	<b>23.787</b>	<b>12.682</b>	<b>53,31</b>

Fonte: Elaborazione U.R.P. su dati UNES

### CERVIC UTERINA

Le donne residenti con età compresa tra 25 e 64 anni possono accedere al prelievo cervico-vaginale (PAP TEST), gratuitamente e senza ricetta, ogni tre anni.

Le donne ricevono una lettera-invito a presentarsi in giorni ed orari stabiliti presso i Consultori familiari o poliambulatori della ASL. Nella lettera sono riportate le modalità di preparazione all'esame. Allo screening si accede anche con adesione spontanea. Il risultato del PAP TEST viene consegnato personalmente alla donna, e nel caso di necessità ulteriori accertamenti da eseguire, viene fissata la data di prenotazione di una successiva visita.

**I centri di erogazione sono 18:** Brindisi (Di Summa, Paradiso, S. Elia), Fasano, Ostuni, Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Cellino S. Marco, Erchie, Latiano, Mesagne, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino, S. Pietro Vernotico, S. Vito dei Normanni, Torchiarello, Torre S. Susanna.

98

### Dati di attività screening cervicice uterina anno 2008

Centri di erogazione	Popolazione 25-64 anni	n.inviti	n. adesioni spontanee	n. pap test
Consultori e poliambulatori n. 18	103.413	334	1.113	1.447

### Dati di attività screening cervicice uterina anno 2009

Centri di erogazione	Popolazione 25-64 anni	n.inviti	n. adesioni spontanee	n. pap test
Consultori e poliambulatori n. 18	103.511	3.013	5.726	8.742

Nota: Non viene riportato il dettaglio dell'attività dei singoli consultori perché poco rilevante ai fini statistici

Fonte: Elaborazione U.R.P. su dati UNES

### COLON-RETTO

È rivolto a chiunque, con età compresa tra **40 e 75 anni**, abbia un parente di I e II grado che abbia contratto la patologia di tumore del colon-retto. Se il tumore è stato diagnosticato in età inferiore a 60 anni, il limite di età si abbassa a 30 anni.

La persona interessata ad esprimere il proprio consenso per l'adesione deve far pervenire alla ASL un modulo compilato e firmato, completo di timbro e firma del Medico curante.

La persona interessata, che rientri nei criteri di rischio moderato così come precedentemente specificato, dopo aver espresso il proprio consenso ad aderire allo screening, viene

invitata dalla ASL, a mezzo posta, ad un colloquio con il medico che effettuerà l'esame. L'incontro è finalizzato a fornire tutte le informazioni necessarie alla persona in merito all'esame di **colonscopia** e a fissare l'appuntamento per la successiva esecuzione dell'esame stesso. In caso di negatività, l'esame verrà eseguito regolarmente ogni cinque anni. Lo screening è stato avviato alla fine del 2009. Al momento i dati di attività non sono ritenuti rilevanti e attendibili.

<b>Centri</b>	<b>Comuni afferenti</b>
<b>Brindisi</b> Ospedale Perrino U.O. Medicina Generale Ospedale Perrino U.O. Chirurgia Generale	Brindisi, Oria
<b>Fasano</b> Ospedale U.O. Chirurgia Generale	Fasano, Cisternino
<b>Francavilla Fontana</b> Ospedale U.O. Chirurgia Generale	Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, Villa Castelli
<b>Ostuni</b> Ospedale U.O. Chirurgia Generale	Ostuni, Carovigno, S. Michele Salentino, San Vito dei Normanni
<b>S. Pietro Vernotico</b> Ospedale U.O. Chirurgia Generale	S. Pietro Vernotico, Cellino S. Marco, Erchie, Latiano, Mesagne, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino, Torchiarolo, Torre S. Susanna.

### 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.
- SIATA: 9 ambulatori di Medici di Medicina Generale associati, presenti nei 4 Distretti socio-sanitari.

Il collegamento alla rete CUP attivato presso alcuni ambulatori dei Medici di famiglia rappresenta una novità del 2008: il sistema viene concepito sempre di più per andare incontro alle esigenze dei cittadini, soprattutto quelli appartenenti alle fasce deboli, che per forza di cose necessitano di maggiore assistenza e sono pertanto costretti a rivolgersi di frequente alle strutture sanitarie.

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 la prevenzione oncologica del carcinoma mammario, tumore della cervice uterina e tumore del colon-retto, programmate direttamente dalla ASL.

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 in esame il Call Center ha registrato un traffico totale in sensibile aumento rispetto al 2007 (circa il 12% in più) con una media mensile di circa 10.000 contatti ed una giornaliera di circa 470 contatti. Sul volume complessivo di attività si rileva una minima flessione nel 2009 rispetto al 2008.

Analizzando la distribuzione delle telefonate in merito alla tipologia di utilizzo del Servizio si rileva un significativo aumento delle disdette, con una percentuale del 19% nel 2008 e del 22% nel 2009. La tempestiva comunicazione della disdetta consente di riutilizzare l'appuntamento per un altro utente e contribuire a ridurre i tempi di attesa.

Pur rimanendo ancora prevalente una concentrazione di telefonate effettuate dagli utenti dalle 8.00 alle 13.00, rispetto ai primi anni di attivazione si riscontra una sensibile e costante crescita dell'utilizzo del Call Center anche nella fascia pomeridiana (dalle 13.00 alle 19.00).

Riguardo la modalità di prenotazione scelta dall'utente si conferma una forte preferenza per il contatto diretto. Tuttavia, l'analisi dettagliata della distribuzione, sia nel 2008 che nel 2009 rileva un lieve calo del numero delle prenotazioni effettuate allo sportello rispetto agli anni precedenti, a fronte di un aumento dell'utilizzo delle farmacie, mentre rimane pressoché invariato il numero degli utenti che si rivolge al Call Center e risulta ancora poco rilevante la percentuale di quelle effettuate presso gli Studi dei Medici di Medicina Generale, come modalità di recentissima attivazione.

Il volume delle prenotazioni effettuate complessivamente tramite sistema CUP registra nel 2009 un decremento del 3% rispetto al 2008, a fronte di un aumento pari al 3% delle prestazioni erogate. La distribuzione delle prestazioni erogate vede un lieve calo di quelle erogate dalle strutture territoriali rispetto agli ospedali.

Dall'analisi delle prestazioni erogate confrontate con le prenotazioni, si è ritenuto opportuno escludere quelle delle strutture convenzionate, costituite in maggioranza dalle analisi di laboratorio che non richiedono prenotazione tramite CUP ma prevedono l'accesso diretto.

## Dati attività call center anno 2008

Periodo	prenotazioni		p. non effettuate*		informazioni*		disdette		totale
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.
Gennaio	5.488	68,39	2.408	30,01	1.282	15,98	2.019	25,16	11.197
Febbraio	5.382	67,36	2.566	32,12	1.305	16,33	1.994	24,96	11.247
Marzo	4.662	49,81	2.222	23,74	1.087	11,61	1.958	20,92	9.929
Aprile	4.986	75,73	2.677	40,66	1.180	17,92	2.013	30,57	10.856
Maggio	4.742	52,36	2.768	30,57	1.177	13,00	2.063	22,78	10.750
Giugno	4.251	50,66	2.342	27,91	989	11,79	1.874	22,33	9.456
Luglio	4.066	54,76	2.261	30,45	934	12,58	1.612	21,71	8.873
Agosto	2.815	45,84	1.541	25,09	636	10,36	1.238	20,16	6.230
Settembre	5.185	52,83	2.527	25,75	1.090	11,11	2.196	22,37	10.998
Ottobre	5.225	49,15	3.171	29,83	1.259	11,84	2.330	21,92	11.985
Novembre	4.791	44,12	2.710	24,96	1.123	10,34	2.143	19,73	10.767
Dicembre	3.683	51,03	1.667	23,10	781	10,82	1.695	23,49	7.826
<b>Totale</b>	<b>55.276</b>	<b>46,02</b>	<b>28.860</b>	<b>24,03</b>	<b>12.843</b>	<b>10,69</b>	<b>23.135</b>	<b>19,26</b>	<b>120.114</b>

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

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

contatti	2007	2008
media mensile traffico	8.722	10.010
media giornaliera traffico	415	477

utilizzo per fasce orarie	2007	2008
8.00 - 13.00	70,16%	69,45%
13.00 - 19.00	29,84%	30,55%

Fonte: Rielaborazione URP su dati aziendali

## Dati attività call center anno 2009

Periodo	prenotazioni		p. non effettuate*		informazioni*		disdette		totale
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.
Gennaio	5.039	62,79	2.038	25,40	992	12,36	2.111	26,31	10.180
Febbraio	5.003	62,62	2.249	28,15	992	12,42	3.028	37,90	11.272
Marzo	5.356	57,23	2.708	28,93	1.303	13,92	3.398	36,31	12.765
Aprile	4.647	70,58	2.153	32,70	1.131	17,18	2.634	40,01	10.565
Maggio	4.451	49,15	2.014	22,24	986	10,89	2.081	22,98	9.532
Giugno	4.325	51,54	1.997	23,80	1.067	12,71	1.967	23,44	9.356
Luglio	3.795	51,11	1.713	23,07	959	12,92	1.726	23,25	8.193
Agosto	2.664	43,38	1.504	24,49	772	12,57	1.217	19,82	6.157
Settembre	4.853	49,44	2.648	26,98	1.519	15,48	2.263	23,06	11.283
Ottobre	4.850	45,62	2.263	21,29	1.248	11,74	2.092	19,68	10.453
Novembre	4.447	40,95	2.358	21,71	1.192	10,98	2.202	20,28	10.199
Dicembre	3.451	47,82	2.100	29,10	1.086	15,05	1.645	22,79	8.282
<b>Totale</b>	<b>52.881</b>	<b>44,72</b>	<b>25.745</b>	<b>21,77</b>	<b>13.247</b>	<b>11,20</b>	<b>26.364</b>	<b>22,30</b>	<b>118.237</b>

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

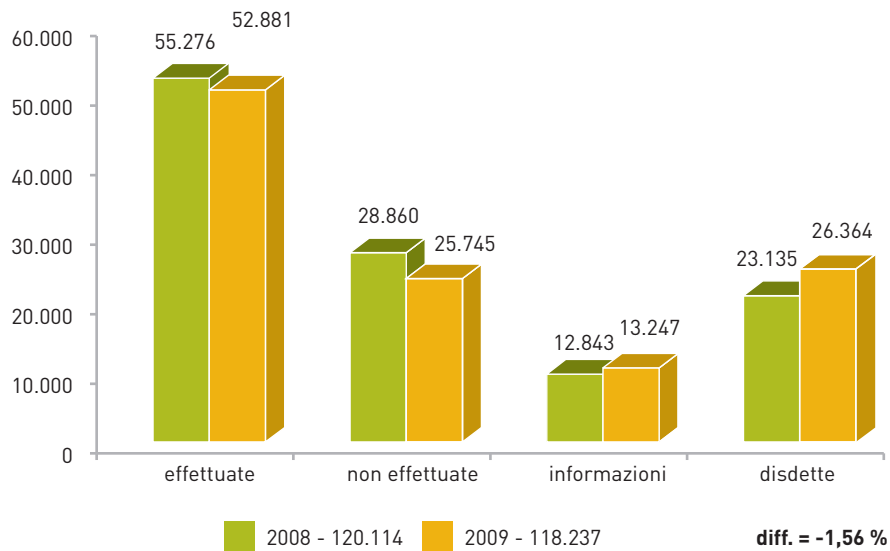
Nota 2) Informazioni  
sui servizi aziendali, sui tempi di attesa, su visita già prenotata, su modalità di pagamento.

contatti	2008	2009
media mensile traffico	10.010	9.853
media giornaliera traffico	477	469

utilizzo per fasce orarie	2008	2009
8.00 - 13.00	69,45%	66,79%
13.00 - 19.00	30,55%	33,21%

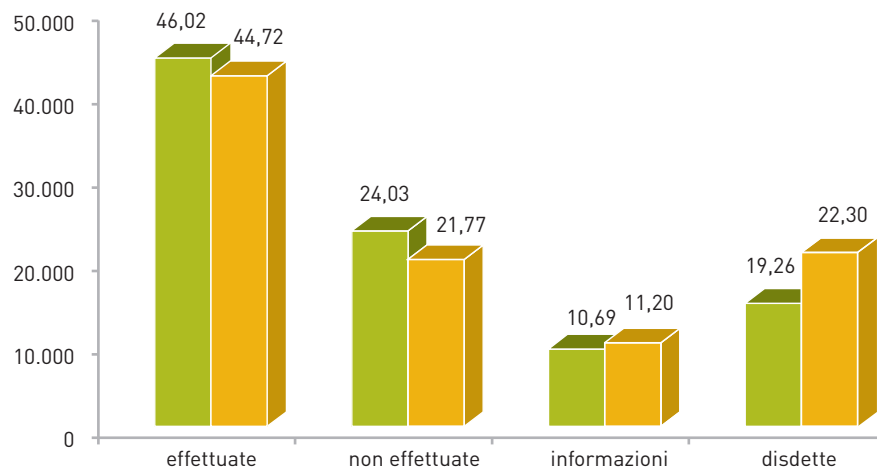
Fonte: Rielaborazione URP su dati aziendali

### Attività call center. Confronto anno 2008-2009 totale (valori assoluti)



102

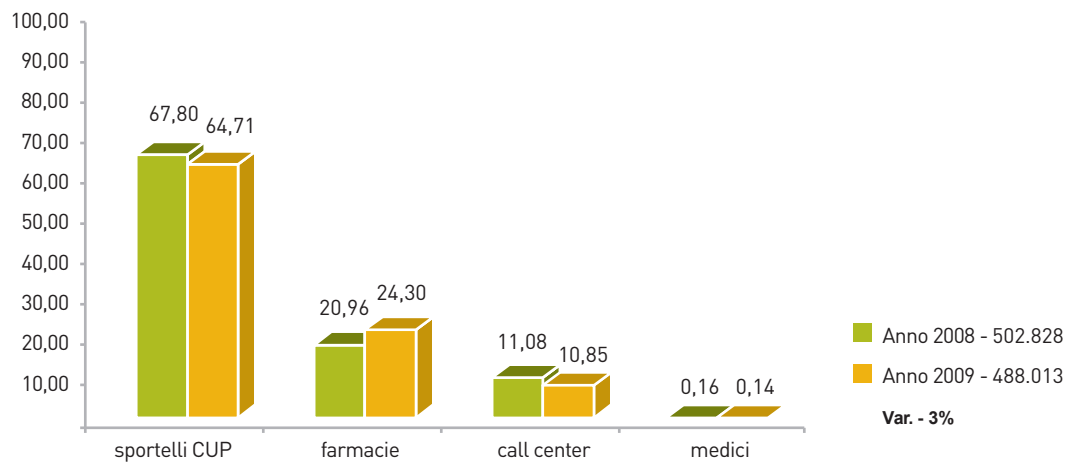
### Attività call center. Confronto anno 2008-2009 totale (valori %)





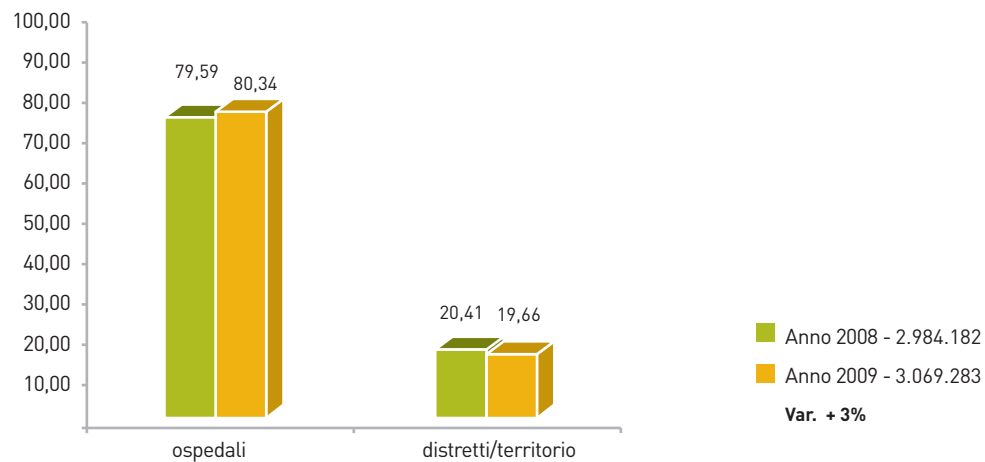
### Prestazioni effettuate.

#### Distribuzione % modalità di prenotazione - confronto anno 2008-2009



### Prestazioni erogate

#### Distribuzione % per struttura - confronto anno 2008-2009



### 3.1.1.i I tempi d'attesa

Quello dei tempi di attesa è un problema che impegna le ASL e gli Assessorati Regionali più di ogni altro perché di maggiore impatto sociale e mediatico. La sua complessità fa sì che sia difficilmente affrontabile con i comuni mezzi a disposizione; si deve pertanto premettere che nel suo determinismo concorrono fattori molteplici che coinvolgono trasversalmente tutti i processi Aziendali in particolare:

- La programmazione strategica dell'Azienda
- L'organizzazione dei singoli reparti
- La gestione del personale e degli strumenti
- La continuità tra i livelli assistenziali
- L'appropriatezza clinica ed organizzativa
- I rapporti con i cittadini

Per inquadrare correttamente lo scenario è necessario anzitutto fare chiarezza su cosa si intenda per tempo d'attesa, cos'è un'agenda, un piano di lavoro e di tutte le altre determinanti del problema.

#### DEFINIZIONI

##### *Tempo d'attesa*

È definito come il numero dei giorni che intercorre tra la prenotazione e l'erogazione della prestazione.

Il tempo d'attesa può essere:

- *Soggettivo* (se coinvolge l'emotività della persona; ad esempio per l'esecuzione di una gastroscopia un tempo d'attesa di 20 giorni può essere considerato lunghissimo se un soggetto ha particolari problemi digestivi o se è la prima volta che avverte determinati sintomi, mentre non lo è se la prestazione è inserita nell'ambito di un controllo periodico per sorvegliare, ad esempio, un'ulcera duodenale);
- *Oggettivo* (è quello codificato dalla struttura erogante e riguarda l'effettivo tempo d'attesa per le prestazioni specialistiche).

La cosa più importante comunque è la salvaguardia della prestazione urgente che è stabilita esclusivamente dal medico (di guardia, di medicina generale, specialista ambulatoriale o ospedaliero) queste vengono comunque garantite nell'immediatezza.

##### *Agenda*

È la programmazione giornaliera dell'attività afferente ad un determinato ambulatorio; contiene le seguenti informazioni:

- codice delle prestazioni
- fascia oraria di erogazione
- periodo di proiezione
- disponibilità oraria

##### *Piano di lavoro*

È l'elenco nominativo degli utenti prenotati nella fascia oraria stabilita sulla base delle disponibilità stabilite da ciascuna agenda.

##### *Prima visita*

È la prestazione erogata dallo specialista nei confronti di un utente non conosciuto dalla struttura che, cioè, prende il primo contatto con l'ambulatorio, dove si realizza la cosiddetta "presa in carico" dell'utente che dovrebbe avere determinate prerogative.

### **Controllo**

È la visita programmata verso un paziente la cui patologia è già nota alla struttura e per la quale è già presente una cartella ambulatoriale. I controlli devono essere prescritti dallo specialista a norma del R.R. 17/03.

### **Screening**

È un'indagine sanitaria volta a prevenire e a combattere una malattia sottoponendo a controllo vasti gruppi di persone considerate a rischio. Attualmente sono stati attivati i seguenti screening:

- Carcinoma Mammario
- Carcinoma della Cervice Uterina
- Carcinoma del Colon Retto

Dai programmi di screening sono esclusi i pazienti oncologici in percorso di cura o di controllo.

I soggetti appartenenti alle categorie a rischio nelle fasce di età previsti dagli screening non possono effettuare le prenotazioni delle prestazioni rientranti nel programma di prevenzione.

Questa esclusione permette di liberare posti per gli altri utenti contribuendo così a ridurre i tempi di attesa per quelle prestazioni.

### **AZIONI**

L'Azienda ha svolto molteplici attività nell'ottica di un razionale approccio alla problematica; queste si possono riassumere in 2 azioni fondamentali: Governo dell'offerta e Governo della domanda.

#### **Governo dell'offerta**

- Individuazione di un gruppo definito di prestazioni, analisi dell'andamento dei relativi tempi di attesa e recepimento dei tempi massimi in accordo con la Regione.

##### **Tempi massimi 60 giorni**

- Ecografia Addome
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici
- Ecodoppler dei vasi arteriosi degli arti superiori e inferiori
- Ecodoppler cardiaco
- Ecocardiogramma
- TAC Addome
- TAC Capo
- RMN Encefalo
- RMN Colonna Vertebrale

##### **Tempi massimi 30 giorni**

- Visita Oculistica
- Visita Cardiologica
- Visita Ortopedica
- Visita Neurochirurgica
- Visita Diabetologica
- Visita Allergologica
- Visita Pneumologica
- Visita Chirurgia Vascolare

Questa iniziativa ha avuto il pregio di far focalizzare l'attenzione dell'Azienda su un gruppo definito di prestazioni evitando dispersioni nelle azioni. Per tutte queste prestazioni, concordate con la Regione, si sono estrapolati in un unico prospetto i tempi d'attesa su ogni singola agenda/ambulatori. Per tutte queste prestazioni l'Azienda ha recepito dei tempi massimi d'attesa stabiliti dalla Regione Puglia.

- Abolizione delle agende interne.
- Censimento delle apparecchiature.
- Centralizzazione del CUP aziendale.  
Nel CUP centralizzato confluiscono le agende sia dei presidi pubblici che i privati accreditati questo ha comportato molti vantaggi come, ad esempio, avere una scelta più ampia tra gli erogatori ed anche per maggiore trasparenza nella gestione delle agende.
- Separazione delle agende in prime visite e controlli.
- Acquisto di prestazioni dai dirigenti medici ex art. 55 CCNL (prestazioni aggiuntive per le discipline di radiologia e cardiologia).
- Rivisitazione dei contratti con i privati accreditati (impegno ad erogare prestazioni anche oltre il tetto di spesa).
- Recall telefonico per richiedere all'utente conferma della prenotazione effettuata (attività di pulizia delle agende).
- Informazione telefonica in tempo reale all'utenza prima di effettuare la prenotazione e diffusione mensile dei tempi d'attesa tramite il sito internet aziendale.

#### ***Governo della domanda***

- Definizione dei livelli di priorità delle agende (alta, intermedia e bassa) con attribuzione di un tempo massimo di attesa. L' introduzione dei criteri di priorità dovrà avere avvenire sulla base di criteri clinicamente fondati e determinazione dei singoli percorsi diagnostico-terapeutici. Tutto ciò determinerà sicuramente un cambiamento nell' organizzazione delle attività. Per le priorità dovranno essere distinte dalle prestazioni urgenti e da quelle programmabili. I criteri di priorità si baseranno sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico; si prenderanno pertanto in considerazione:
  - severità del quadro presente
  - prognosi
  - tendenza al peggioramento a breve
  - presenza di dolore o deficit funzionale
  - implicazioni sulla qualità della vita.
- Blocco delle sospensioni delle agende: le agende non possono essere chiuse per eccesso di prenotazioni.
- Istituzione delle agende di prenotazione per i ricoveri ospedalieri programmati (è necessaria per una maggiore trasparenza nelle attività di reparto).
- Analisi accurata dell'andamento delle prenotazioni.
- Controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni.

#### **PUNTI DI FORZA**

- Facilità di accesso ai servizi
- Garanzia di trasparenza
- Tempestività delle informazioni

#### **PUNTI DI DEBOLEZZA**

- Specificità delle prestazioni
- Criterio della libera scelta del cittadino
- Carenza delle Scuole di Specializzazione Universitarie
- Organizzazione ospedalocentrica delle ASL

## ASL BR - Prestazioni concordate con Regione Puglia

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

codice prest.	descrizione prestazione	giorni di attesa (media 2° e 5° app.)			utenti in attesa			numero prestazioni		
		10-06-08	10-06-09	Diff. 09-08	10-06-08	10-06-09	Diff. 09-08	2008	2009	Diff. 09-08
R1904	visita spec. dietologia obesità diabete controll	97	76	-21	71	35	-36	715	970	255
88735	eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	136	178	43	1.964	2.055	91	9.034	8.240	-794
88772	eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inf	138	184	46	1.324	1.713	389	8.971	8.204	-767
88723	ecocolor Dopplergrafia cardiaca	111	74	-37	704	746	42	3.395	3.735	340
88722	ecodopplergrafia cardiaca	87	61	-26	257	226	-31	2.121	1.986	-135
88761	ecografia addome completo	124	116	-8	705	484	-221	3.608	3.203	-405
88721	ecografia cardiaca	88	85	-3	1.312	1.425	113	7.971	8.380	409
88751	ecografia dell' addome inferiore	98	97	0	568	524	-44	3.503	3.311	-192
88741	ecografia dell' addome superiore	107	108	1	1.466	1.148	-318	10.259	9.390	-869
R3201	elettromiografia - test della sindrome del tunnel	135	130	-5	158	210	52	68	137	69
93081	elettromiografia semplice [emg]	226	249	23	528	47	-481	3.525	3.912	387
9502	esame complessivo dell'occhio	121	107	-14	5.612	6.338	726	22.541	22.540	-1
87441	radiografia del torace di routine, nas	48	55	7	628	472	-156	9.597	9.123	-474
88911	rmn del cervello e del tronco encefalico	112	434	322	39	94	55	239	251	12
88912	rmn del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	12	344	332	463	491	28	1.034	909	-125
88913	rmn del massiccio facciale	112	434	322	3	15	12	24	43	19
88914	rmn del massiccio facciale, senza e con contrasto	112	434	322	39	45	6	166	151	-15
8893	rmn della colonna	163	351	188	186	471	285	1.384	1.292	-92
88931	rmn della colonna, senza e con contrasto	12	344	332	427	474	47	954	869	-85
88952	rmn dell'addome superiore, senza e con contrasto	93	15	94	55	-39				
8703	tc del capo	38	32	-6	41	65	24	839	1.177	338
87031	tc del capo, senza e con contrasto	54	36	-18	139	148	9	1.353	1.373	20
88903	tc del rachide e dello speco vertebrale	9	20	11	16	21	5	613	618	5
88016	tc dell' addome completo, senza e con contrasto	82	49	-33	240	260	20	1.960	2.202	242
8913	visita neurologica	62	53	-9	1.107	768	-339	8.065	8.316	251
R027	visita spec. allergologia	97	82	-16	1.904	1.820	-84	7.781	8.429	648
R002	visita spec. cardiologia	102	98	-4	4.679	4.563	-116	19.818	20.864	1.046
R005	visita spec. chirurgia vascolare	19	31	12	220	370	150	4.005	2.646	-1.359
R022	visita spec. diabetologia	124	145	21	1.032	957	-75	2.566	2.632	66
R006	visita spec. endocrinologia	118	142	24	960	1.464	504	5.080	4.943	-137
R035	visita spec. neurochirurgia	36	19	-17	125	68	-57	1.099	1.052	-47
R015	visita spec. ortopedia e traumatologia	46	52	6	2.051	1.548	-503	27.061	23.430	-3.631
R017	visita spec. pneumologia	29	25	-5	505	519	14	6.675	7.583	908
	<b>totale</b>				<b>29.488</b>	<b>29.584</b>	<b>96</b>	<b>176.118</b>	<b>171.966</b>	<b>-4.15</b>

Fonte: elaborazioni UCG 2008/2009

### 3.1.1.1 Attività socio-sanitaria

L'integrazione sociosanitaria si configura, a livello operativo, come lo strumento tramite il quale è realmente possibile fornire risposte adeguate e coerenti alle domande di salute e benessere globale delle persone; sicuramente il più adeguato, ad oggi, per dare risposte ad una domanda sociale ormai sempre più complessa ed articolata .

L'integrazione sociosanitaria fondata sulla collaborazione tra i vari servizi territoriali, presuppone una programmazione strategica ed operativa condivisa; essa è nel nostro Paese disciplinata da apposite normative<sup>21</sup> che individuano compiti, ruoli, funzioni e responsabilità specifiche di ciascun attore sociale.

A tale scopo vale richiamare il Piano Regionale della Salute 2008 /2010 ed il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009/2011 in cui si afferma con forza il principio secondo cui la *"programmazione della rete e dei servizi socio-sanitari sia nei Piani Sociali di Zona che nei Programmi di attività Territoriali deve essere il frutto di un'unica strategia programmatica che assicuri la reciproca complementarità e coerenza"*.

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi ha istituito il Coordinamento Socio-Sanitario Aziendale<sup>22</sup> con compito di:

- aggregare funzionalmente tutte le unità assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria;
- garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali e dal Piano di Zona dei Servizi sociali;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta" e sovrintendere a quelli relativi all'ADI;
- promuovere e concorrere, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema informativo Socio-Sanitario Integrato secondo le indicazioni del Piano Sanitario nazionale e del Piano Sociale Nazionale;
- curare il livello organizzativo, gestionale ed operativo dell'integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali, che coordina ed indirizza in un'ottica funzionale;
- partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale e, infine, coordinare tali servizi, ferma restando la responsabilità complessiva dei Direttori del Distretto e di Dipartimento, relativamente alle problematiche sociosanitarie e alle azioni programmatiche delle strutture interessate.

L'Ufficio Socio-Sanitario, con compiti specifici relativamente all'integrazione sociosanitaria, nell'ambito del Distretto è collocato in funzione di staff per il Direttore del Distretto e in raccordo funzionale col Coordinamento Socio-Sanitario, del quale rappresenta la proiezione a livello locale e col quale è in costante rapporto di feed-back.

Detto ufficio svolge funzioni di:

- Programmazione territoriale integrata;
- Analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;
- Coordinamento di tutte le attività della Porta Unica di Accesso alle prestazioni socio-sanitarie previste dai LEA;
- Gestione e coordinamento di una banca dati riferita all'utenza, alle strutture e ai servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali presenti nel Distretto;
- Coordinamento e raccordo, tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del Distretto e tra questi e i servizi sociali aziendali e territoriali.

<sup>21</sup> D.Lgs. 229/99 delinea le differenze tra le varie tipologie di prestazioni e definisce le prestazioni sociosanitarie precisando che le stesse sono "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Legge 328/00 che fa dell'integrazione socio sanitaria il perno attorno al quale tale sistema si sviluppa. L'art. 22 vede l'integrazione socio sanitaria quale aspetto preliminare rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni sociali. L'innovazione riguarda l'intero corpo dell'articolo, in particolare il comma 4, dove sono fissate le prestazioni da rendere per ciascun ambito territoriale. Tutto ciò, inoltre, è subordinato a indirizzi regionali e soprattutto alla sostenibilità della spesa.

DPCM 14/2/2001 che individua i Livelli Essenziali di Assistenza in relazione alle seguenti aree di attività: Materno- infantile; Disabili; Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative; Patologie psichiatriche; Dipendenza da alcool, droga e farmaci; Patologie per infezione da H.I.V.; Pazienti in fase terminale.

DPCM 29/11/2001 (allegato 1c) con il quale vengono individuati nuovi L.E.A. sanitari, sulla base dei seguenti principi: Dignità della persona umana; Bisogni di salute; Equità nell'accesso all'assistenza; Appropriatelyzza rispetto alle specifiche esigenze; Economicità nell'impiego delle risorse.

<sup>22</sup> Decreto Legislativo n. 229/99, Legge 328/2000, D.P.C.M. "Atto di indirizzo per il coordinamento in materie di prestazioni sociosanitarie" del 14.2.2001, Piano Sanitario Regionale 2008/2010.

### **Domanda di salute ed Organizzazione territoriale**

La divisione dell'intera Azienda Sanitaria in sezioni distrettuali permette di identificare e soddisfare, a livello locale, le istanze espresse dalla collettività, rappresentando quindi, per i cittadini un punto di riferimento importante. Ogni singolo Distretto, infatti, svolge un ruolo chiave nell'analisi della domanda di salute, nel governo dell'offerta di servizi, nell'integrazione delle istanze dei diversi stakeholders, sanitari e sociali, nella realizzazione di attività di promozione della salute, di prevenzione individuale delle malattie e delle disabilità, nello sviluppo della cultura e nella realizzazione dell'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra servizi sociali e socio-sanitari.

Vale la pena però evidenziare che il ridimensionamento del numero dei Distretti<sup>23</sup>, da sei a quattro, ha comportato una maggiore complessità non solo nel ruolo di governo delle domande, ma anche di controllo dell'offerta, conseguenze negative sono rinvenibili sia sul fronte gestionale che su quello partecipativo. Infatti, i Distretti si trovano a gestire e rispondere ai bisogni di un'area più vasta, mentre i cittadini vedono in questa estensione una limitazione alla loro partecipazione e alle modalità di fruizione dei servizi e delle prestazioni, soprattutto per quelle attinenti l'area socio sanitaria.

### **IL PIANO AZIENDALE SOCIO-SANITARIO**

Il Piano Aziendale Socio Sanitario stabilisce gli obiettivi che l'Azienda Sanitaria brindisina dovrà raggiungere nel triennio 2008/2010 ed al contempo individua strategie e metodi volti a definire, in tempi e modalità certi l'integrazione socio-sanitaria come punto di coesione di una rete territoriale per il contrasto all'esclusione e per il sostegno alle persone non autosufficienti.

Obiettivi fondamentali del Piano raggiunti nel biennio 2008-2009:

- Attivare la Porta Unica di Accesso Aziendale e Distrettuale;
- attivare in tutti i Distretti SocioSanitari l'Unità di Valutazione Multidimensionale
- rafforzare l'Assistenza Domiciliare Integrata al fine di ridurre i ricoveri e le ospedalizzazioni improprie e per il sostegno dei nuclei familiari nel lavoro di cura;
- sostenere gli inserimenti delle persone non autosufficienti nelle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- attivare l'Osservatorio Aziendale per la non autosufficienza;
- attivare il Sistema Informatizzato.

109

### **PORTA UNICA DI ACCESSO (P.U.A.)**

La Porta Unica di Accesso, strettamente legata alla cultura dei "servizi alla persona", è un sistema unico di accoglienza della domanda assistenziale.

Essa esprime in maniera figurata il concetto di ingresso alla rete dei servizi ed è fondata sull'accoglienza e sull'ascolto dell'individuo e dei suoi bisogni. Si tratta di un vero e proprio rinnovamento dell'assistenza, che trova i suoi principi ispiratori nell'equità, intesa come garanzia di accesso ai servizi a tutti i soggetti più fragili, e nell'unitarietà che si realizza, invece, attraverso una concreta integrazione tra gli interventi sanitari e sociali.

Sono compiti della P.U.A.:

- Orientamento della domanda e strumento della programmazione dell'offerta (equilibrare la domanda socio sanitaria e l'offerta dei servizi e prestazioni);
- Accoglimento, in ambito distrettuale, di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, a gestione integrata e compartecipata, proveniente dalla rete formale (MMG/PLS, Unità Operative Distrettuali, Presidi Ospedalieri, Servizi Sociali) dell'interessato;
- Attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta;
- Gestione dell'agenda dell'UVM (organizzazione calendario dei lavori).

<sup>23</sup> Legge Regionale n. 39 del 28/12/2006 "Norme relative all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007", integrata dal Regolamento Regionale 30 marzo 2007 n. 9 "Disposizioni regolamentari ed attuative per l'applicazione dell'art. 5 (Modifica ambiti territoriali delle AUSL) del Titolo II della Legge Regionale 28 dicembre 2006, n. 39"

Le attività svolte all'interno della P.U.A. si snodano lungo due momenti; il front office e il back office, ognuno dei quali è preceduto da una fase di "accoglienza" che si estrinseca fisicamente in una predisposizione di spazi accoglienti e idonei all'ascolto degli utenti e delle loro famiglie, mentre operativamente consiste nell'indirizzare e accompagnare l'utente verso il servizio più rispondente alle necessità espresse.

Quest'ultima fase coincide con il front office la cui funzione ulteriore consiste nella formalizzazione della presa in carico dell'utente mediante la compilazione della "Scheda di Proposta dell'accesso"<sup>24</sup> contenete informazioni relative all'assistito, al suo bisogno socio sanitario, al proprio contesto familiare, che saranno poi incanalate nella rete dei servizi socio sanitari e finalizzate ad attivare percorsi e interventi socio sanitari personalizzati.

#### **P.U.A. Aziendale e P.U.A. Distrettuale**

Data la ripartizione dell'intero ambito della ASL di Brindisi in 4 Distretti Socio Sanitari, al fine di rendere più immediato l'accesso dei cittadini ai servizi socio sanitari, presso la sede di ogni D.S.S. della ASL BR, sono istituite le Porte Uniche di Accesso Distrettuali. La comunicazione e la trasmissione della relativa documentazione tra la rete dei servizi socio sanitari e le Porte Uniche Distrettuali e tra queste e la Porta Unica di Accesso Aziendale avviene mediante il Sistema Informatizzato nel pieno rispetto del diritto alla riservatezza dei dati personali dell'utente e delle persone costituenti il proprio contesto di riferimento.

La ASL di Brindisi, rispetto alle altre P.U.A. già operanti nel territorio nazionale, sta perseguendo l'innovativo obiettivo di istituire una P.U.A. Aziendale il cui fine consiste sia nello svolgere attività di collettore tra le P.U.A. Distrettuali e tra queste e l'U.O.C.I.S.S.. Inoltre, la P.U.A. Aziendale gestirà con l'Ente Provinciale la Banca Dati dell'Osservatorio delle Non Autosufficienze rientrante nel contesto generale dell'Osservatorio Provinciale.

110

#### **UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare è costituita da una équipe multidisciplinare che varia in relazione al bisogno; ne fanno parte il coordinatore sociosanitario, il medico di medicina generale (o dal pediatra di libera scelta in caso di minori), il medico specialista di riferimento (geriatra, psichiatra, fisiatra, neurologo ecc), l'assistente sociale del Comune e/o del Distretto socio sanitario. Essa è lo strumento mediante il quale si realizza l'accesso al sistema dei servizi socio sanitari di natura ambulatoriali, domiciliare, residenziale, semiresidenziale a gestione integrata e compartecipata; garantisce la massima partecipazione dell'interessato e dei familiari al processo di valutazione.

All'U.V.M. compete:

- *l'individuazione dei bisogni sanitari e assistenziali, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;*
- *la predisposizione e/o approvazione del Progetto Assistenziale Individuale;*
- *il monitoraggio e l'eventuale revisione dei Progetti Assistenziali attivati;*
- *la valutazione volta a definire la condizione di auto o non autosufficienza dei soggetti da ospitare in strutture afferenti al bacino territoriale di competenza.;*

L'U.V.M., può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie invalidanti.

La centrale operativa dell'U.V.M. è ubicata presso la sede della P.U.A. distrettuale.

L'area di integrazione socio-sanitaria sottoposta al vaglio dell'U.V.M. include le attività e i servizi territoriali rivolti a minori, coppie e famiglie afferenti all'area materno-infantile, i programmi rivolti ai disabili psichici, fisici e sensoriali afferenti all'area anziani e disabili; l'Assistenza domiciliare integrata.

<sup>24</sup> Deliberazione della Giunta Regionale 4 agosto 2004 n. 1104 "Approvazione Piano Regionale delle Politiche Sociali - Interventi e servizi in Puglia



Ambiti territoriali per accordi sottoscritti con ASL e attivazione PUA/UVM

Provincia	n. Ambiti Territoriali	Accordo per PUA	Accordo per UVM
BAT	6	6	6
BA	11	9	8
FG	8	4	4
LE	10	5	7
TA	6	5	6
<b>BRINDISI</b>	<b>4</b>	<b>1 (Mesagne)</b>	<b>1 (Mesagne)</b>
<b>REGIONE PUGLIA</b>		<b>31</b>	<b>32</b>

FONTE: Elaborazioni OSR su dati Regione Puglia

### Assistenza Domiciliare Integrata

Il Piano Sanitario Nazionale ritiene fondamentale garantire al soggetto non autosufficiente *“la permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato”*. L'Assistenza Domiciliare Integrata è resa operativa mediante la cooperazione e collaborazione sinergica tra l'Azienda Sanitaria Locale BR ed i Comuni del territorio della provincia di Brindisi, deputati entrambi, seppure con competenze diverse, a promuovere e tutelare la salute ed il benessere della popolazione.

Il Servizio ADI si avvale di una équipe integrata formata da operatori della Sanità e del Sociale: Geriatri, Medici, Assistenti Sociali, Infermieri Professionali, Terapisti della Riabilitazione e Operatori Socio Sanitari.

Il Servizio è destinato alla popolazione anziana non autosufficiente che presenta fabbisogni assistenziali di tipo socio sanitari.

L'Assistenza Domiciliare Integrata garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, un'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali rese al domicilio dell'anziano, e persegue l'obiettivo di:

- limitare l'ospedalizzazione dell'anziano;
- mantenere l'anziano nel suo ambiente familiare e sociale;
- ottenere il recupero dell'autosufficienza;
- garantire l'intervento globale;
- integrare i servizi sociali e sanitari.

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata può essere attivato nei casi di:

- Riabilitazione Neurolesi;
- Riabilitazione Vascolari;
- Malattie Temporaneamente Invalidanti;
- Incidenti Vascolari acuti;
- Malattie Invalidanti;
- Gravi fratture in anziani;
- Malati terminali;
- Forme psicotiche acute gravi;
- Dimissioni protette.

Il presente Piano si pone come obiettivo fondamentale quello di standardizzare le procedure assistenziali (adottare un linguaggio comune, omogeneizzare i criteri di accesso al servizio); snellire le procedure burocratiche per dare una risposta appropriata e tempestiva; attivare le dimissioni protette rafforzando i rapporti con le strutture ospedaliere; rafforzare e migliorare la comunicazione e i rapporti tra i vari attori coinvolti nel processo assistenziale; ridefinire i rapporti e i protocolli di intesa con le cooperative di servizi e i servizi sociali dei comuni.

L'accesso ai servizi riguardanti l'area di integrazione socio sanitaria avviene attraverso la P.U.A.; sarà dunque compito del servizio decodificare la richiesta dell'utente al fine di identificare il bisogno in maniera quanto più realistica possibile. Ciò avverrà attraverso il front office a cui compete l'attività di erogazione delle informazioni e di relazione diretta dell'utente (accettazione, prenotazione, ritiro, fornitura, documentazione, informazioni). Quando il problema rilevato è di bassa complessità, il professionista può prendere in piena autonomia le decisioni che ritiene più opportune. Se invece, il bisogno si rileva complesso, allora il caso passerà al vaglio dell' U.V.M. che opera sempre congiuntamente alla persona e alla sua famiglia.

Terminata la fase di analisi, l'U.V.M. adotterà il percorso terapeutico più idoneo, stabilito e concordato con l'assistito e con la famiglia. Questo verrà poi comunicato a tutti i soggetti interessati alla rete sociosanitaria, che provvederanno all'erogazione delle prestazioni previste.

La funzionalità della P.U.A. è garantita dal fatto che tutti i professionisti coinvolti accedono a un sistema contenente la scheda completa di ogni paziente, i dati anagrafici, i riferimenti del medico curante e della famiglia, e i servizi sociosanitari in essere. Questa procedura consente la conoscenza immediata e globale della situazione dell'assistito, assicurando, quindi, la piena uniformità nella successiva rilevazione del bisogno, nella progettazione di un intervento personalizzato, nella programmazione delle attività, nella gestione delle responsabilità e, infine, nella verifica dei risultati.

#### **NON AUTOSUFFICIENZA**

Per cause sopravvenute o per motivi legati all'avanzare dell'età, nel corso della vita di ogni individuo si possono verificare eventi o situazioni che ledono l'autonomia personale e, quindi, determinare un aumento del rischio di fragilità.

Quello dell'autonomia è un discorso articolato e complesso perché strettamente correlato ai concetti di non autosufficienza, salute e benessere. Limitarsi a definire l'autonomia e l'autosufficienza come la capacità di ognuno di essere in grado di compiere atti di vita quotidiani non è esaustivo, né tanto meno lo è il definire la non autosufficienza come l'impossibilità a compiere tali atti. Occorre pertanto individuare e stabilire indici di rilevazione e valutazione che consentano di definire in modo concreto, oggettivo e uniforme, la reale condizione di non autosufficienza e il necessario fabbisogno ad essa connesso.

Nella "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Svantaggi Esistenziali" (1980), l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva delineato le differenze tra menomazione, disabilità e handicap; lemmi questi che, fino a quel momento, venivano impropriamente considerati tra loro come sinonimi.

La diversità terminologica si sostanziava come segue:

- **MENOMAZIONE:** perdita, totale o parziale, o anomalia a carico delle strutture o funzioni fisiologiche, anatomiche o psicologiche (es.: perdita di un arto, lievi riduzione della capacità sensoriali, ...);
- **DISABILITÀ:** questa fattispecie si configura quando, anche in conseguenza di una menomazione, si verifica una restrizione o carenza delle capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano. Le disabilità possono essere transitorie o permanenti, reversibili o irreversibili, progressive o regressive (es.: d. nel comportamento, nella comunicazione, nella cura della propria persona, nella locomozione);
- **HANDICAP:** è una condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o disabilità che limita e impedisce alla persona di esercitare le funzioni proprie della vita e del suo ruolo sociale. L'handicap può considerarsi come la discrepanza tra la reale efficienza della singola persona e l'aspettativa di efficienza che la società ha di quella persona (es.: handicap nell'indipendenza fisica, occupazionale, nell'integrazione sociale).

Con il passare del tempo tale classificazione, oltre a determinare settorializzazione e categorizzazione delle persone, riguardava più la sfera sanitaria che quella sociale.

In concomitanza con l'emanazione dei DPCM del 14 febbraio 2001 e del 29 novembre 2001, l'OMS ha presentato una nuova "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.) che non è una classificazione delle conseguenze delle malattie o minorazioni, ma una classificazione delle componenti della salute.

Alla luce della nuova Classificazione e dei DPCM del 2001, si è reso necessario restituire alle persone, soprattutto a quelle maggiormente esposte al rischio di fragilità, quella dignità che la malattia compromette.

La Regione Puglia ha emanato le Linee Guida per le non autosufficienze (2008 – 2010) con le quali stabilisce che non sono autosufficienti le persone disabili che non sono in grado di svolgere autonomamente i più semplici atti di vita quotidiana e per i quali necessitano di assistenza periodica o continuativa. Nelle Linee Guida è specificato altresì che la rilevazione di questa condizione deve essere eseguita in modo multidimensionale da apposite équipe interdisciplinari, le quali, per tale rilevazione, devono valutare la sussistenza di alcuni specifici indicatori quali:

- **PATOLOGIA:** congenita o acquisita, deve essere cronica e stabilizzata/progressiva, tale per cui l'autonomia personale sia compromessa nonostante l'utilizzo di appositi ausili e sia tale da pregiudicare anche la vita di relazione;
- **ETÀ:** le Linee Guida, nel definire che le persone ultrasessantacinquenni sono più esposte al rischio di non autosufficienza, precisano che questo è un indicatore variabile in quanto si deve essenzialmente tenere conto della patologia, del danno prodotto dalla stessa e dell'età della persona; vale a dire che si raffrontano le capacità di una persona potenzialmente non autosufficiente con quelle di una persona sana della stessa età.
- **CONTESTO:** la situazione familiare, sociale ed economica della persona, deve essere tale da determinare un ulteriore aggravio della condizione di fragilità e tale da esporre la stessa al rischio di emarginazione sociale.

In presenza, quindi, di cause che inducono la persona a vivere in una condizione di dipendenza, è diritto della stessa a vedere tutelata la propria salute e il proprio benessere; specularmente, gli attori sociali istituzionali hanno l'obbligo e il dovere tutelare e soddisfare in modo congruo tali diritti. Occorre quindi costruire una politica che miri realmente a creare le condizioni affinché sia i singoli che la comunità sociale possano ottenere un reale miglioramento della qualità della vita e il benessere globale. Tale obiettivo può essere perseguito efficacemente attraverso una programmazione strategica e integrata tra politiche sociali e politiche sanitarie la cui attività si realizzi con azioni e interventi congiunti.

Dalla necessità di rispondere in modo integrato e uniforme ai bisogni sociali e sanitari delle persone non autosufficienti, presso il Ministero della Solidarietà Sociale è stato istituito il Fondo per le non autosufficienze (F.N.A.), il cui fine è appunto quello di ridisegnare e rafforzare l'insieme degli interventi regionali a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti. Più in dettaglio, le Linee Guida precisano che l'obiettivo generale del F.N.A. è quello di migliorare l'erogazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti, mentre, gli obiettivi specifici sono:

- istituzione e rafforzamento dei punti unici di accesso che agevolino e semplifichino l'accesso delle persone non autosufficienti alla rete dei servizi e, in particolare, ai servizi socio-sanitari;
- presa in carico globale della persona non autosufficiente attraverso la predisposizione di un progetto individualizzato di assistenza (P.A.I.) che tenga conto in modo congiunto sia del fabbisogno sanitario che di quello sociale della persona non autosufficiente e finalizzato al mantenimento dell'autonomia della persona stessa;
- attivazione e/o rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali resi presso il domicilio della persona non autosufficiente.

Così come documentato dai dati ISTAT, nonostante il lieve incremento demografico verificatosi nel decennio tra il censimento del 1991 e quello del 2001, nell'ultimo triennio si è verificato un sostanziale aumento della popolazione residente sul territorio nazionale, dovuto all'aumento delle migrazioni provenienti dall'estero.

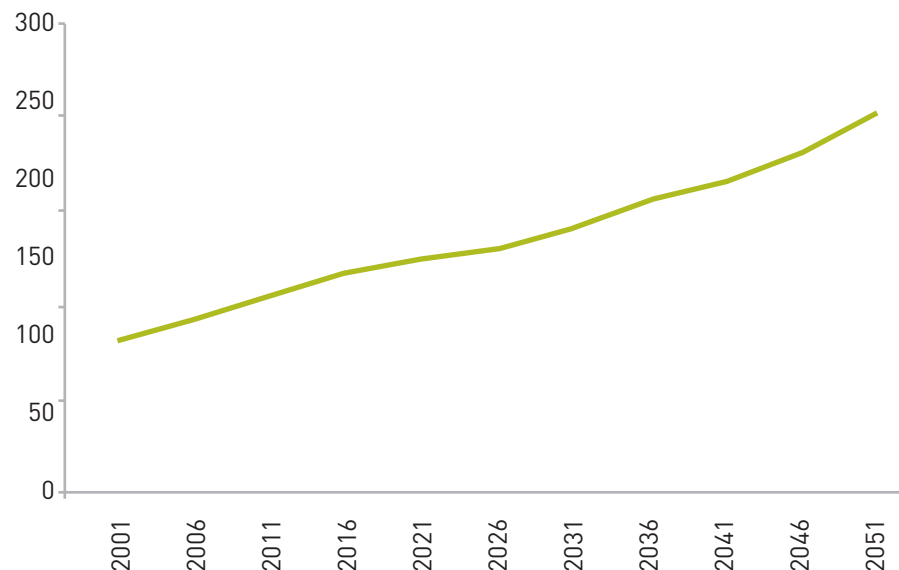
L'andamento di questo trend è riscontrabile sia a livello regionale che provinciale. Per quanto concerne la provincia di Brindisi, tali variazioni sono rilevabili anche a livello distrettuale.

Come facilmente intuibile, questi mutamenti hanno comportato sostanziali modifiche anche relativamente alle composizioni familiari. Senza considerare le pur importanti trasformazioni che lo status familiare ha subito nel corso del tempo, quello che è rilevante in questa sede, è il numero delle famiglie e la loro composizione numerica pari a circa 2,7 componenti per famiglia.

Questo dato è importante da considerare perché, in concomitanza con l'allungamento della vita e, specularmente con l'incremento della popolazione anziana, da cui derivano o potrebbero derivare conseguenti limitazioni dell'autonomia personale, occorre prevenire il tipo di supporto e rete che potrebbe intervenire nell'eventuale lavoro di cura. Come si evince dai dati della popolazione del paragrafo 1.2 del presente documento, l'indice di vecchiaia a Brindisi è pari al 132,57% (v. pag.17), ciò significa che, se nel prossimo futuro questo trend si riconfermerà, Brindisi avrà uno scarto generazionale non irrilevante con un numero di anziani superiore a quello delle nuove generazioni.

Considerato anche che le statistiche socio demografiche pronosticano fino al 2051 un ulteriore aumento dell'indice di vecchiaia, la situazione del territorio di Brindisi non è delle più rassicuranti.

#### Previsioni demografiche in Puglia anni 2001-2051



Fonte: Ufficio statistico settore attuazione del programma di Governo - Regione Puglia.

L'incessante progresso tecnico-scientifico, soprattutto in campo medico, ha comportato un oggettivo allungamento della vita a cui però non sempre fa seguito un miglioramento della qualità della stessa. Infatti, i nuovi farmaci e i nuovi sistemi tecnologici "salva-vita", al di là di ogni dibattito etico e morale circa il loro utilizzo, e la conseguente diatriba relativa all'accanimento terapeutico, senza il debito conto delle spese sanitarie erogate, sul piano della salute fisica delle persone, comportano una cronicizzazione delle patologie in essere con importanti risvolti anche nella sfera psichica degli stessi e delle famiglie che, di loro, si prendono cura.

Come già ribadito in precedenza, quella della non autosufficienza è una condizione che può presentarsi in qualsiasi fase del ciclo di vita; tuttavia, è innegabile che gli ultra 65enni e, ancora di più, gli ultra 75enni siano più esposti al rischio di diventare non autosufficienti. Se alla condizione fisiologica poi, si aggiunge anche la presenza di una o più patologie cronico degenerative e/o invalidanti, allora tale rischio diventa più tangibile. Come mostrano gli ultimi dati dell'ISTAT, rilevati nel corso dell'indagine "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" condotta nell'anno 2005, emerge che in Italia dell'intera popolazione:

- 26,3 % (13,2 % M; 13,1 % F) risulta con almeno una malattia cronica grave<sup>25</sup>;
- 27,5 % (10,3 % M; 17,2 % F) risulta con tre o più malattie croniche<sup>26</sup>;
- 84,4 % (45,5 % M; 38,9 % F), ultra 65enni, con almeno una malattia cronica grave;
- 84,1 % (36,1% M; 48 % F), ultra 75enni, con tre o più malattie croniche.

Nel corso della stessa indagine è stato rilevato che le persone con disabilità sono numericamente di più rispetto alla popolazione non disabile:

	Disabili	Non disabili
Malattie croniche gravi	59,4 %	11,6 %
Multicronici	62,2 %	12,3%

Fonte: ISTAT – Indagine multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari"; anno 2005.

L'invecchiamento della popolazione comporta la necessità per gli organi politici e istituzionali di investire in quei servizi deputati non solo alla cura delle patologie correlate alla condizione deficitaria cui sono soggetti gli anziani, ma anche e soprattutto al miglioramento della qualità della loro vita e dei propri familiari. Occorre quindi investire maggiormente nei servizi socio sanitari con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata anche per ridurre i ricoveri che in alcuni casi, oltre a risultare inopportuni, hanno delle ripercussioni non irrilevanti nella sfera psichica dell'assistito e della propria famiglia.

115

## 3.1.2 Anziani



Quello dell'invecchiamento della popolazione è un dato in forte aumento, infatti, come emerge dal rapporto "Previsioni demografiche in Puglia, anni 2001-2051 – Ufficio Statistico Regionale", al 1 gennaio 2001 gli ultra 75enni erano 264.068, mentre al 2008 sono 340.169.

In particolare, nel corso degli ultimi anni si è verificato un aumento di patologie croniche stabilizzate e croniche degenerative, le cui ripercussioni si estendono oltre che alla sfera sanitaria anche a quella sociale.

Nel 2008/2009 l'ASL di Brindisi ha orientato la propria attività verso azioni volte a migliorare ulteriormente la quantità e la qualità dell'assistenza e, quindi, anche della vita degli assistiti; inoltre, ha provveduto ad intensificare, sulla scorta anche degli ottimi risultati raggiunti dal D.S.S. n. 4 della ASL di Brindisi, l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Fermo restando i compiti che la legge attribuisce all'ASL e agli Enti locali, occorre procedere al rafforzamento degli interventi domiciliari soprattutto in considerazione del fatto che, rispetto a qualsivoglia istituzionalizzazione o ospedalizzazione, gli utenti pre-

<sup>25</sup> Per malattia cronica grave si intende quella patologia che compromette lo stato di salute limitando in modo consistente l'autonomia personale.

<sup>26</sup> Si parla di multi cronicità quando la patologia cronica è associata ad altre patologie croniche e la cui conseguenza, oltre ad una ulteriore limitazione nell'esercizio dell'autonomia personale, determina un peggioramento della qualità della vita.

feriscono, laddove possibile, intraprendere sempre il percorso di cura presso il proprio domicilio, quale luogo protetto e "familiare". È necessario ottimizzare le risorse messe a disposizione da tutti gli attori sociali della rete dei servizi coniugandole efficacemente con le reali necessità, espresse o latenti, dell'utenza (anche in considerazione del dato che nell'anno 2009 l'Azienda ha assistito 4.900 utenti in ADI).

Laddove tuttavia non sia possibile procedere all'implementazione di un percorso di assistenza domiciliare integrata, per evitare ospedalizzazioni improprie, l'Unità di Valutazione Multidimensionale provvede a definire le modalità di inserimento in apposite strutture residenziali o semiresidenziali, quali principalmente le Residenze socio sanitarie assistenziali per gli ultra sessantacinquenni non autosufficienti, il cui indice è uno dei più bassi della Regione.

### Strutture residenziali per anziani (n. strutture e p.l.)

Distretti	Case di riposo		RSSA		RSA		Comunità Alloggio		Centro Diurno		Totale	
	Strutture	p.l.	Strutture	p.l.	Strutture	p.l.	Strutture	p.l.	Strutture	p.l.	Strutture	p.l.
DSS n.1	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9
DSS n.2	-	-	1	60	-	-	-	-	-	-	1	60
DSS n.3	2	65	1	120	-	-	-	-	-	-	3	185
DSS n.4	1	6	2	118	-	-	1	9	1	15	5	148
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>4</b>	<b>298</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>402</b>
<b>Prov. Br</b>												
	99	3522	62	2.993	17	835	7	122	10		185	7.472

Fonte: Regione Puglia "Elaborazioni OSR su dati Regione Puglia - Dati 2008", Registri e SISR

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

116



Negli anni 2008 - 2009 è proseguito il progetto di "educazione alla salute" che ha visto coinvolti alcuni servizi di questa ASL quali il CSM, Sert, Consultorio.

Lo sportello di ascolto ha consentito agli adolescenti compresi tra i 14-19 anni di età di affrontare tematiche per loro cogenti: il disagio giovanile, il rapporto con se stessi e con i coetanei, nonché con gli adulti e la scuola.

L'attività istituzionale del Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Territoriale (NIAT), è integrata e arricchita da una volontà progettuale che nel corso del biennio in esame ha implementato i progetti attivati nel 2007 ed ha visto nascere 3 nuovi progetti sperimentali:

- 1) progetto Pet-Terapy
- 2) progetto Carezza
- 3) progetto Dislessia

Per quanto attiene il **progetto Pet-Terapy**, la sperimentazione è stata realizzata in collaborazione con un esperto che si è avvalso del supporto di 3 cani. Si tratta di una co-terapia dolce che affianca i consueti trattamenti e consente, attraverso il contatto con l'animale quale mediatore emozionale, di migliorare i processi socio-relazionali.

Il **progetto Carezza** ha riguardato l'attivazione di corsi di "Massaggio infantile per genitori e bambino" di età compresa tra zero e otto mesi.

Si tratta di un metodo che prevede il ricorso al "Massaggio infantile" per prevenire i "Disturbi dell'attaccamento e dell'affettività", che si instaurano nei primi mesi di vita e costituiscono terreno fertile per disturbi clinici importanti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sono stati attivati n. 10 corsi, rivolti a n. 40 bambini con le seguenti caratteristiche:

- nati pretermine che presentano ipersensibilità agli stimoli, pianto ricorrente e irritabilità
- disturbi del sistema gastrointestinale (meteorismo, stipsi, dolori addominali)
- alterazioni del ritmo sonno-veglia
- pianto emozionale.

Ciascuna delle famiglie coinvolte è stata supportata nell'assumere un ruolo principale nel processo educativo-abilitativo del proprio bambino, mediante l'attivazione emotiva precoce.

Il "progetto Dislessia" nasce dalla collaborazione con l'Associazione Italiana Dislessia (AID) e ha lo scopo di promuovere il riconoscimento tempestivo dei disturbi specifici dell'apprendimento riguardo la lettura e scrittura in bambini con:

- livello di apprendimento nella norma
- assenza di handicap sensoriali
- assenza di svantaggio sociale.

Il progetto si è sviluppato in un primo lavoro di sensibilizzazione/informazione nelle scuole rivolto a docenti e genitori a cui è seguita l'elaborazione di uno specifico Protocollo diagnostico e presa in carico riabilitativa e scolastica.

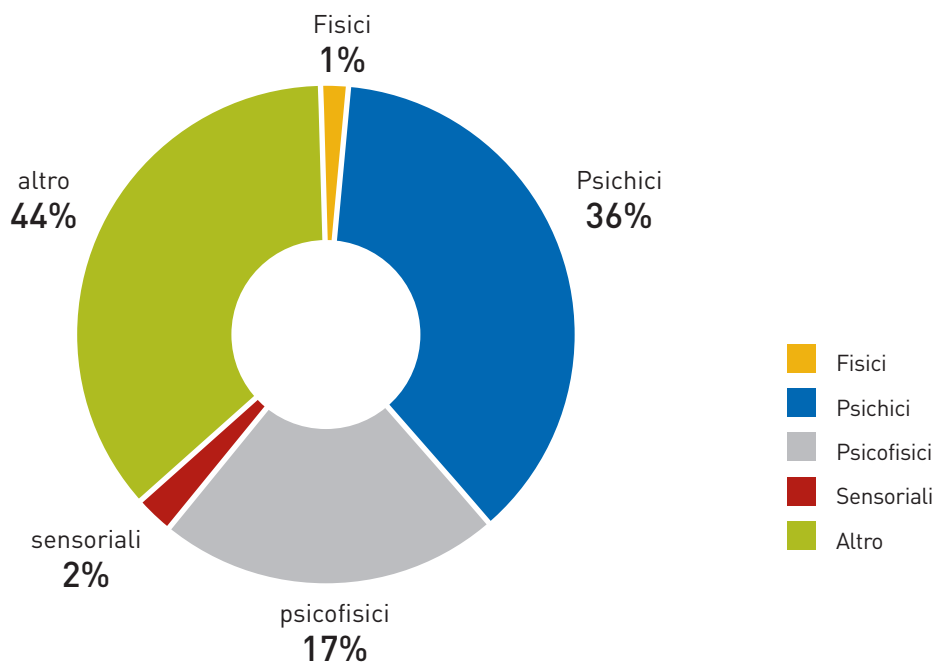
La popolazione 0-18 anni con disabilità o disagio psicologico che si è rivolta al Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza Territoriale presenta un andamento costante nel corso degli anni 2008 e 2009 così come evidenziato nella seguente tabella:

	2008	2009	Incr./dec. rispetto al 2008
n. utenti afferiti	2849	2820	-1%
n. utenti in carico	1960	1968	0%
n. utenti integrazione scolastica	1209	1161	-4%
n. utenti riabilitazione	474	475	0%
n. utenti integrazione/riabilitazione	277	337	22%
n. nuovi utenti incarico	418	423	1%

117

Nel 2009 si riscontra una riduzione dei minori con handicap afferiti rispetto al 2007 (61%) a fronte di un incremento dei soggetti portatori di disagio psicologico di varia natura che dal 39% del 2007 passano al 42% nel 2008 e al 44% nel 2009:

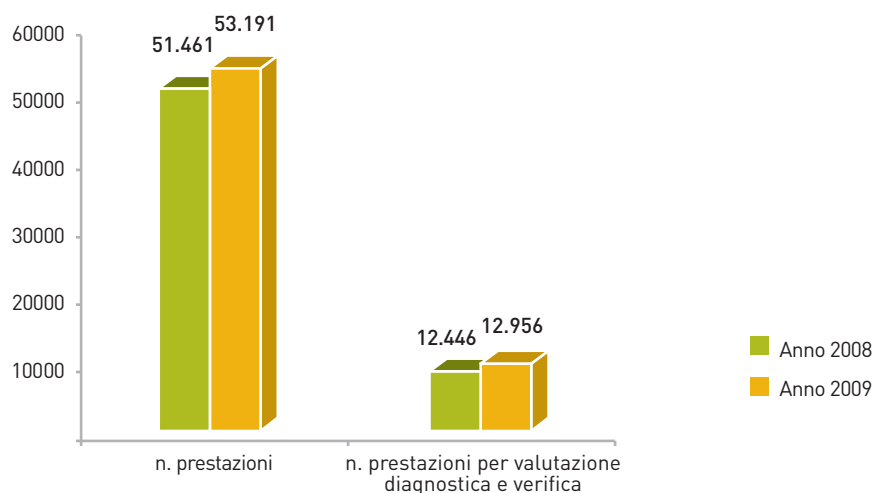
#### Tipologia Handicap anno 2009





Le prestazioni erogate (valutazione diagnostica, presa in carico riabilitativa, Integrazione scolastiche) a seguito della domanda afferita ai sei Centri del NIAT registrano un incremento già rilevato negli anni precedenti.

L'incremento delle prestazioni di valutazione e verifica è strettamente interdipendente dall'applicazione di protocolli che, per ciascuna categoria professionale - psicologo, pedagogo, logopedista, terapeuta della riabilitazione - consentono di oggettivare le risultanze sia diagnostiche, sia di verifica degli obiettivi raggiunti al termine di un percorso psicoterapeutico e/o riabilitativo:



### 3.1.4 Popolazione con disagio psichico



Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura organizzativa ed operativa per la produzione di servizi e prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, e alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale della persona con disturbo mentale attraverso una rete integrata di Servizi Psichiatrici Territoriali ed Ospedalieri, in collaborazione con il Privato Sociale, il volontariato, e le Associazioni di utenti e familiari.

Nel 2008 il DSM ha attivato nel Centro di Salute Mentale di Brindisi il servizio di accoglienza secondo la procedura elaborata da un gruppo misto dipartimentale, a cui è seguita nel 2009 la valutazione del servizio offerto attraverso la somministrazione di un questionario di "customer satisfaction" agli utenti con riscontro assolutamente positivo. Nell'ottica rivolta all'incentivazione di una rete intra ed extra istituzionale attraverso l'incremento di contatti e percorsi

condivisi il Dipartimento di Salute Mentale ha formalizzato una serie di protocolli d'intesa:

- con l'Università di Bari per lo studio della modalità di intercettazione e presa in carico precoce dell'esordio psicotico;
- con i M.M.G per l'integrazione nella presa in carico comune dei pazienti;
- con il SERT per la valutazione della doppia diagnosi, tramite una equipe professionale, in pazienti affetti da diverse patologie;
- con il Distretto n. 2 per la valutazione multidimensionale necessaria all'accesso e alla dimissione del paziente psichiatrico nelle RSA.



La necessità di stipulare protocolli comuni è sorta dalla constatazione di oggettive discrepanze nell'attivazione dei percorsi clinici e amministrativi.

Nel settore dell'assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale, nel biennio considerato, si è proceduto alla riorganizzazione delle strutture psichiatriche attraverso una ricognizione del fabbisogno aziendale. La programmazione e redistribuzione territoriale è avvenuta tenuto conto del riequilibrio qualitativo e quantitativo delle tipologie delle strutture, dei requisiti strutturali ed in funzione dell'appropriatezza dei ricoveri<sup>27</sup>.

Nel 2008 è stato istituito un Tavolo di lavoro per l'elaborazione di una carta dei Servizi e Linee Guida per le strutture riabilitative del contesto aziendale al quale hanno partecipato figure professionali multidisciplinari del settore pubblico e privato. Il documento, presentato e diffuso nel dicembre 2009, nasce con l'intento di definire percorsi, metodologie, linee di indirizzo e obiettivi nel campo della riabilitazione psichiatrica al fine di omogeneizzare ed ottimizzare le procedure di integrazione tra i servizi dell'Azienda ed i gestori del privato sociale. Obiettivo primario rimane, naturalmente, il diritto di informazione del cittadino in merito all'offerta dei servizi in tale settore e alle modalità operative rivolte al miglioramento della qualità e alla garanzia dell'intervento riabilitativo sull'utente dalla presa in carico alla sua dimissione.

Nel settore riabilitativo e di reinserimento sociale dell'utente la Direzione del DSM ha perseguito politiche attive per incentivare le opportunità di occupazione lavorativa e lo sviluppo della cooperazione sociale di tipo b<sup>28</sup> nel nostro territorio. Oltre all'attribuzione di borse lavoro<sup>29</sup> si è proceduto nel 2009 all'elaborazione di linee guida attraverso la partecipazione del Dipartimento al Progetto Regionale Istituto per lo Sviluppo della Formazione dei Lavoratori (ISFOL) e alla ricerca nazionale Progetto Inserimento Lavorativo per l'utenza (PIL). Nel 2008 si è avviato il progetto "Salute Mentale è donna" finalizzato alla prevenzione del disagio mentale nella donna. La prima fase ha riguardato la raccolta e l'analisi dei dati delle utenti afferite nei CSM negli anni 2007 e 2008. Tale analisi è stata condotta in collaborazione con il Gruppo dell'Osservatorio provinciale delle Politiche Sociali (Amministrazione Provinciale di Brindisi).

La ASL BR nel 2009 ha attivato a Latiano il Centro Polifunzionale "Marco Cavallo" configurandolo, all'interno del Dipartimento, come un contenitore sperimentale ed espositivo per la promozione e la diffusione della Salute Mentale e di Comunità.

Si riportano nella seguente tabella le prestazioni effettuate dai CSM del territorio:

<b>Tipo di prestazione/anno</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Prime Visite	1.669	1.820
Prese in carico	836	1.051

Fonte UCG 2008/2009

<sup>27</sup> Programmazione deliberata con atto amministrativo n. 3194 dello 11/11/08 in ottemperanza al R.R. n. 11 dello 08/07/08 "modifiche ed integrazioni all'art. 8 del R.R. 27/11/02, n. 7 < Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private > in attuazione della L.R. 09/08/06, n. 26"

<sup>28</sup> Svolge attività diverse: agricole, industriali, commerciali o di servizio. È finalizzata all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate ai sensi della L. n. 381/08/11/1992

<sup>29</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.

### 3.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale



Nel biennio 2008-2009, analogamente a quanto rilevato negli anni precedenti, i dati relativi alla consistenza del personale (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato) impiegato nell'ASL Brindisi rispecchiano l'andamento registrato a livello nazionale. Anche per il territorio della provincia di Brindisi, infatti, il personale impiegato nel Servizio Sanitario Nazionale si attesta intorno all'1% della popolazione residente.

Con riferimento all'anno 2009, nella tabella seguente è riportato il dettaglio del personale in servizio al 31.12.2009, distinto per ruolo di appartenenza:

Descrizione RUOLO	Dipendenti	Comando	COCOCO**
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	428	-	4
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	10	1	1
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	3	-	5
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	4	-	-
RUOLO SANITARIO COMPARTO	2.241	18	9
RUOLO SANITARIO DIRIGENZA SANITARIA	93	-	15
RUOLO SANITARIO DIRIGENZA MEDICA/VETERINARIA	770	-	11
RUOLO TECNICO COMPARTO	535	1	4
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	6	-	1
RUOLO UNICO - SISH*	1	-	9
<b>TOTALE</b>	<b>4.091</b>	<b>20</b>	<b>59</b>

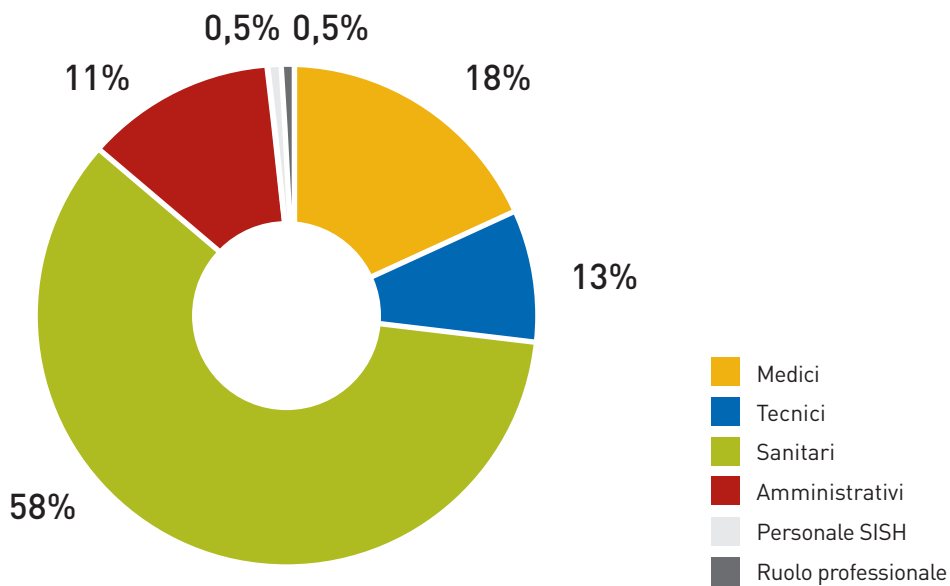
\* Servizio di Integrazione Scolastica per i diversamente abili.

\*\* Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

Fonte: elaborazioni UCG su dati Area Gestione del Personale.

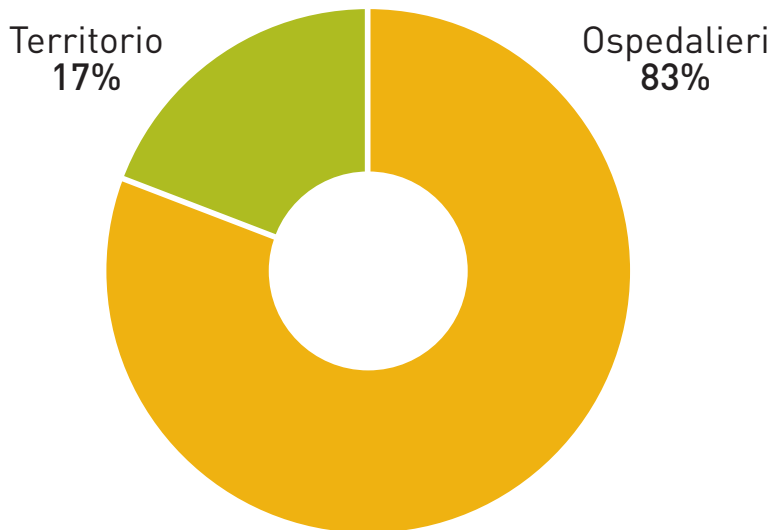
L'analisi dei dati riportati in tabella evidenzia la maggiore consistenza del personale del ruolo sanitario rispetto a quello degli altri ruoli, e, nell'ambito del ruolo sanitario, la prevalenza del personale del comparto.

### Personale suddiviso per ruolo

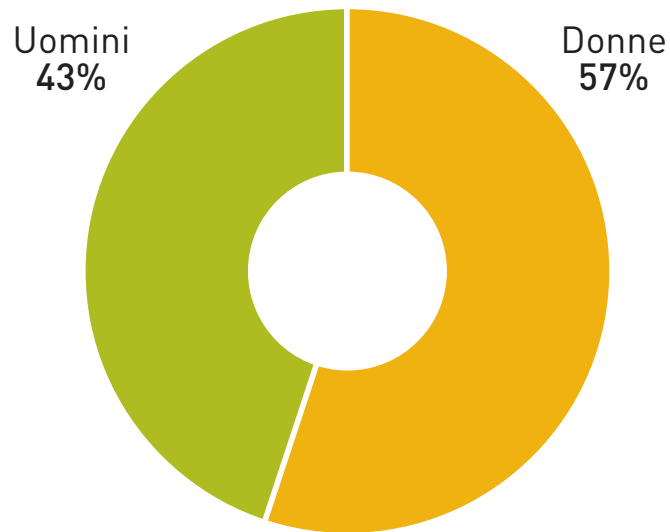


Anche la distribuzione per ruoli rappresentata nel grafico precedente evidenzia la rilevante consistenza del Ruolo Sanitario, che rappresenta ben il 76% di tutto il personale in servizio. Nell'ambito del Ruolo sanitario è da evidenziare l'incidenza dei Dirigenti medici che rappresentano il 18% dell'intera forza lavoro, con una prevalente concentrazione nelle strutture ospedaliere.

### Distribuzione del personale medico

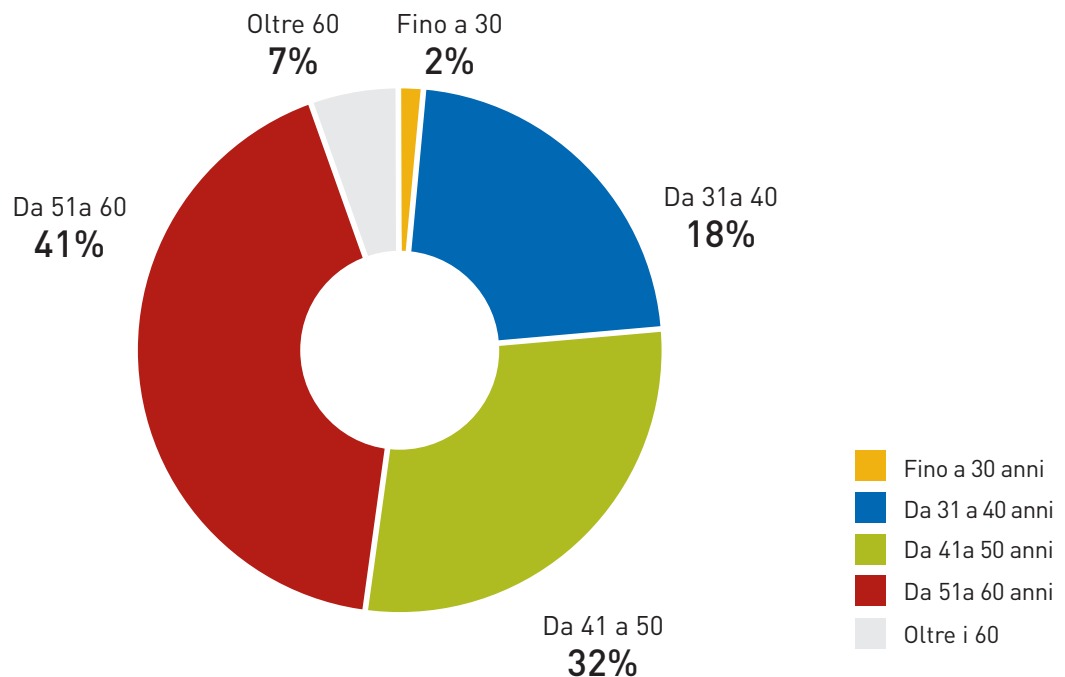


### Distribuzione per sesso



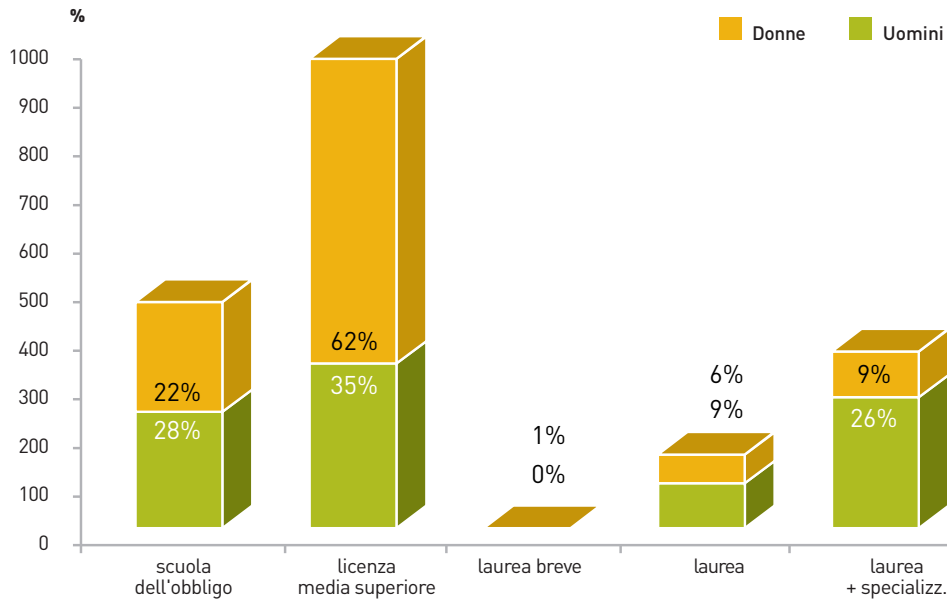
La distribuzione per sesso conferma anche per l'anno 2009 una prevalenza delle donne, con un divario tra i due sessi, circa il 14%, in lieve aumento rispetto al dato dell'anno precedente.

### Distribuzione per età



La distribuzione del personale per età, analogamente a quanto rilevato nell'anno precedente, rileva una maggiore concentrazione di unità nella fascia da 51 a 60 anni. Significativa appare, altresì, la presenza di dipendenti con un'età maggiore di 60 anni, stimata in circa il 7% di tutto il personale in servizio. Se a tali osservazioni, si aggiunge il dato relativo alle unità con età inferiore ai trenta anni, appena il 2%, ben si giustifica il leggero aumento registrato nell'età media dei dipendenti che si attesta ad oltre 48 anni e mezzo.

### Dipendenti per titolo di studio



### Età media per ruolo

Ruolo Amministrativo	52,9
Ruolo Sanitario	47,9
Ruolo Professionale	53,1
Ruolo Tecnico	49,8
Ruolo SISH	46,4

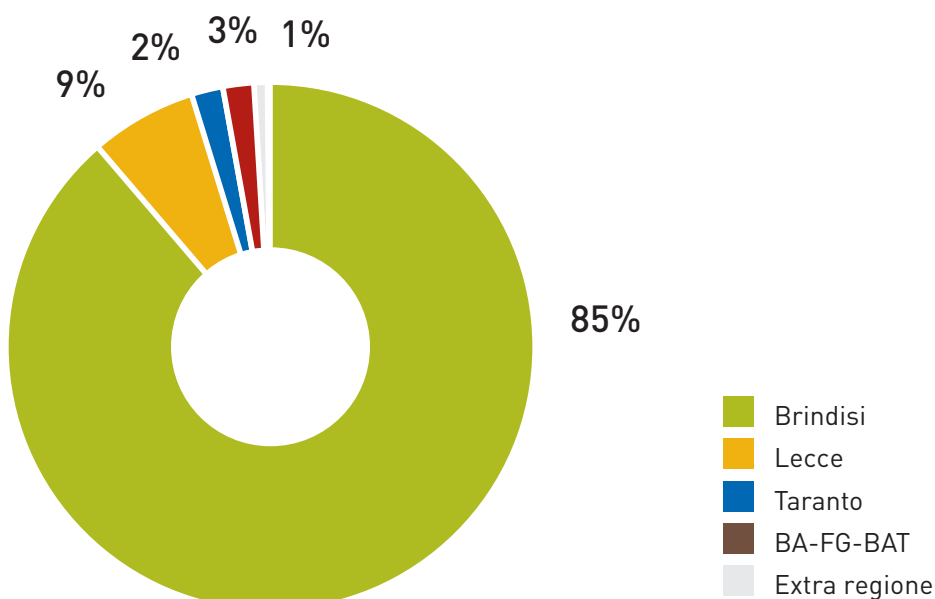
### Personale RUOLO SANITARIO più giovane

Medico	30 Anni
Infermiere	24 Anni

### Personale RUOLO AMMINISTRATIVO più giovane

Collaboratore Amministrativo	30 Anni
Dirigente Amministrativo	41 Anni

### 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'86% nella sola provincia di Brindisi, in leggero calo rispetto ai dati dell'anno 2007. Si registra, al contrario, un lieve incremento delle unità domiciliate fuori Regione, relative per la maggior parte a situazioni di comando, che al 31.12.2009 risultavano essere 38 (venti in più rispetto al 2007).

Il personale domiciliato nella provincia di Brindisi è pari a 3.595 unità e risulta essere così distribuito tra i 20 Comuni del territorio:

<b>Domicilio</b>	<b>Numero Dipendenti</b>
Brindisi	839
Carovigno	117
Ceglie Messapica	168
Cellino San Marco	43
Cisternino	103
Erchie	38
Fasano	244
Franca Villa Fontana	328
Latiano	108
Mesagne	418
Oria	101
Ostuni	428
San Donaci	45
San Michele Salentino	35
San Pancrazio Salentino	62
San Pietro Vernotico	197
San Vito Dei Normanni	170
Torchiarolo	30
Torre Santa Susanna	85
Villa Castelli	36
<b>Totale</b>	<b>3.595</b>

124

#### **Acquisizione di personale**

Si riportano i dati relativi ad assunzioni, comandi, mobilità, avvisi pubblici e concorsi:

- a) stipulazione contratti individuali di lavoro:
  - n. 73 personale a tempo indeterminato
  - n. 53 mobilità tempo indeterminato
  - n. 63 stabilizzazioni
  - n. 283 personale a tempo determinato
  - n. 134 proroghe
- b) contratti in posizione di comando: n. 16
- c) stipulazione di contratti individuali di collaborazione coordinata e continuativa:
  - n. 4 nuovi contratti
  - n. 14 proroghe
- d) avvisi pubblici: n.14 per il conferimento di n. 35 incarichi
- e) avvisi di stabilizzazione: n. 4 per posti vari
- f) avvisi di mobilità: n. 3 per n. 31 posti
- g) concorsi: n. 7 per n. 37 posti
- h) concorsi conclusi: n. 12 per n. 34 posti

## 3.2.2 Relazioni sindacali

Negli anni 2008 e 2009 si è consolidato uno stabile sistema di relazioni sindacali, attraverso un confronto continuo e costruttivo che ha determinato l'approvazione del Contratto Collettivo Integrativo decentrato della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa - sottoscritto il 19 giugno 2008 - e della dirigenza medica e veterinaria - sottoscritto l'8 luglio 2008.

Inoltre nei suddetti anni si è data pratica attuazione alle progressioni verticali di cui agli artt. 18 e 19 del CCNL 19.04.2004, ed al conferimento di nuovi incarichi di posizioni organizzative di cui all'art. 11 CCNL 20.9.2001 - Il biennio economico - Area di Comparto.

## 3.2.3 Sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

La sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro sono garantiti dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, in staff alla Direzione Generale, con compiti di individuazione e valutazione dei rischi e di proposizione di misure migliorative ai sensi della vigente normativa<sup>30</sup>. 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 dalla ASL negli anni 2008 e 2009 - 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. Gli interventi riguardano ambiti multidisciplinari collegati alla funzionalità respiratoria, alle malattie allergiche ed alle contaminazioni biologiche, comprendenti, inoltre, le consulenze per i lavoratori delle aziende e per gli stessi medici di base.

125

<b>Dati di attività Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale - Medicina del Lavoro</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Accertamenti sanitari	4.350	4.329
Idoneità lavorativa e notturna	2.640	2.393
Sopralluoghi aziendali	288	316
Relazioni	288	316
Altro (Test allergici-audiometrie-spirometrie-Mantoux)	68	5
<b>Dipendenti ditte esterne</b>		
Accertamenti Sanitari	649	356
Prelievi Venosi	464	256
Idoneità Lavorativa	599	317
Spirometrie	516	262
Audiometrie	389	203
Altro (Test Allergici-Sopralluoghi-Relazioni)	72	34
<b>Formazione lavoratori ASL D.Lgs 626\94</b>		
Ore di formazione	120	498
Personale formato	1.060	2.156
Crediti ECM	4.240	3.920

Fonte dati Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

<sup>30</sup> D. Lgs. n. 81 del 2008 (ex 626\94)

## 3.2.4 Sistemi di valutazione e verifica

### **Personale del comparto**

Nel corso degli anni 2008 e 2009 si è proceduto alla valutazione<sup>31</sup> della performance individuale del personale di Comparto ed all'erogazione dei compensi per la Produttività Collettiva.

Sono state predisposte e distribuite le schede di valutazione: n.2863 per l'anno 2008 e n.3067 per l'anno 2009. 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.

### **Personale della dirigenza**

Per gli anni 2008 e 2009 è stata conclusa la procedura di valutazione della Dirigenza dei ruoli Sanitario-Professionale-Tecnico-Amministrativo e si è proceduto al pagamento della relativa retribuzione di risultato. È stata avviata e ultimata la valutazione della Dirigenza medica e veterinaria, procedendo al pagamento della relativa retribuzione di risultato.

Nel corso degli stessi anni sono state avviate e concluse, a seguito del processo valutativo portato a termine dai relativi Collegi Tecnici, 58 procedure di verifica del personale dirigenziale (dirigenti medici, dirigenti sanitari e dirigenti veterinari). A seguito di verifiche 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.

È stata inoltre attribuita la retribuzione di posizione minima unificata, ai sensi degli artt. 3 e 4 del CCNL 8.6.2000 II biennio economico, 37 e 42, CCNL 3.11.2005 I biennio economico, e 5 del CCNL 5.7.2006 II biennio economico - area della dirigenza medica e veterinaria - ed ai sensi degli artt. 3 e 4 del CCNL. 8.6.2000 II biennio economico, 37 e 44, CCNL. 3.11.2005 I biennio economico, e 3 del CCNL 5.7.2006 II 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.

<sup>31</sup> Schede di valutazione come da modello approvato con il Contratto Collettivo Integrativo decentrato del 3.10.2006



# 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 2009 il personale convenzionato è pari a:

- 338 Medici di Medicina Generale
- 57 Pediatri di Libera Scelta

Le risorse professionali in convenzione hanno la seguente distribuzione per distretto sanitario:

## ANNO 2008

Distretto	MMG	%	TOT. ASSIST.	PLS	%	TOT. ASSIST.	Totale
Distretto 1	94	27,7	96.328	17	29,8	13.536	111
Distretto 2	70	20,6	73.068	11	19,3	9.274	81
Distretto 3	87	25,6	90.773	13	22,8	11.673	100
Distretto 4	89	26,1	93.790	16	28,1	11.902	105
<b>Totale</b>	<b>340</b>	<b>100</b>	<b>353.959</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>46.385</b>	<b>397</b>

Fonte: Dati aziendali 2008/2009

## ANNO 2009

Distretto	MMG	%	TOT. ASSIST.	PLS	%	TOT. ASSIST.	Totale
DDistretto 1	92	27,2	99.145	17	29,8	13.650	111
Distretto 2	68	20,2	72.910	11	19,3	9.284	81
Distretto 3	86	25,4	90.800	13	22,8	11.673	100
Distretto 4	92	27,2	94.084	16	28,1	11.962	105
<b>Totale</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	<b>257.794</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>46.569</b>	<b>395</b>

Fonte: Dati aziendali 2008/2009

Inoltre, operano nella nostra Azienda 106 medici di continuità assistenziale (guardia medica). 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 cronico 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:

#### ANNO 2008

Medici	In gruppo	In rete	In associazione	S.Rete	S.Gruppo	CPT	Totale
MMG	73	83	72	8	35	45	236
N. Assistiti	83.842	97.343	84.237	10.633	42.258	55.860	276.055
PLS	2	18	14	0	0	0	34
N. Assistiti	1.914	15.383	11.593	0	0	0	28.890
Forma Mista	0	1	0	0	0	0	1

Fonte: Dati aziendali 2008/2009

#### ANNO 2009

Medici	In gruppo	In rete	In associazione	S.Rete	S.Gruppo	CPT	Totale
MMG	78	89	62	9	33	55	238
N. Assistiti	83.961	102.645	76.656	11.963	40.828	69.580	280.225
PLS	2	20	12	0	0	0	34
N. Assistiti	1.920	17.257	9.967	0	0	0	29.144
Forma Mista	0	1	0	0	0	0	1

Fonte: Dati aziendali 2008/2009

Tale mappatura consente di evidenziare una tendenza positiva circa la costituzione di forme strutturate di assistenza primaria a crescente complessità organizzativa nell'ambito della medicina generale, che interessa il 65% di tutti i medici di medicina generale della ASL di Brindisi.

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.

Il coinvolgimento dei M.M.G. e P.L.S., finalizzato alla ridefinizione e riqualificazione della loro funzione è un processo che la Azienda favorisce 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 Ci sternino;
  - 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 Sovra-distrettuali, 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.

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 ricette emesse di 4.251.462 per il 2008, e 4.513.308 per il 2009, per una spesa di euro/mgl di 86.941,28 nel 2008, e di euro/mgl 89.653,61 nel 2009 per il totale degli abitanti presenti sul territorio, e per un costo unitario per assistito di euro 225,41<sup>32</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>33</sup>, la ASL ha utilizzato una serie di strumenti e

risorse finalizzati ad evitare inutili sprechi, tra i 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.

La ASL BR acquista alcuni farmaci inseriti nel prontuario ospedaliero (PHT)<sup>34</sup>, pertanto, usufruisce dello sconto previsto per 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 2008/2009:

### Spesa Farmaceutica euro/000



Fonte: UCG - Servizio Farmaceutico - AGREF

<sup>32</sup> I dati nel paragrafo elaborati dall' A.G.R.E.F. ASL Br e dal Servizio Farmaceutico ASL Br

<sup>33</sup> Legge 16 novembre 2001, n. 405 «Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria»

<sup>34</sup> Accordo Ares-Federfarma, reso esecutivo a partire dal giugno 2006, D.R.G n. 1721/2005

L'analisi del grafico evidenzia un lieve aumento della spesa farmaceutica nel primo e nell'ultimo trimestre del 2009.

L'incremento è prevalentemente imputabile a:

- aumento delle prescrizioni verso specialità di recente introduzione ma di elevato costo per alcuni gruppi terapeutici
- aumento costante della domanda di salute da parte della popolazione, dovuto anche al costante invecchiamento della stessa che, al fine di evitare il disagio del ricovero ospedaliero, incrementa il costo delle cure a domicilio.

Con riferimento al costo dell'assistenza farmaceutica per assistito, la tabella di seguito riportata evidenzia il costo medio per assistito per singolo distretto dell'anno 2009, che risulta superiore alla media regionale pari ad euro 221,63:

<b>Costo Unitario 2009</b>	<b>Euro</b>
DSS Brindisi	231,00
DSS Fasano	214,00
DSS Francavilla F.na	218,00
DSS Mesagne	235,00
<b>Totale</b>	<b>225,00</b>

Fonte: Dati contabilità 2009 AGREF - UCG



Al fine di assicurare la massima partecipazione ed adesione, la ASL BR, nell'espletamento dell'attività contrattuale relativa alla fornitura di beni e servizi, utilizza prevalentemente lo strumento della procedura aperta, attraverso 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.

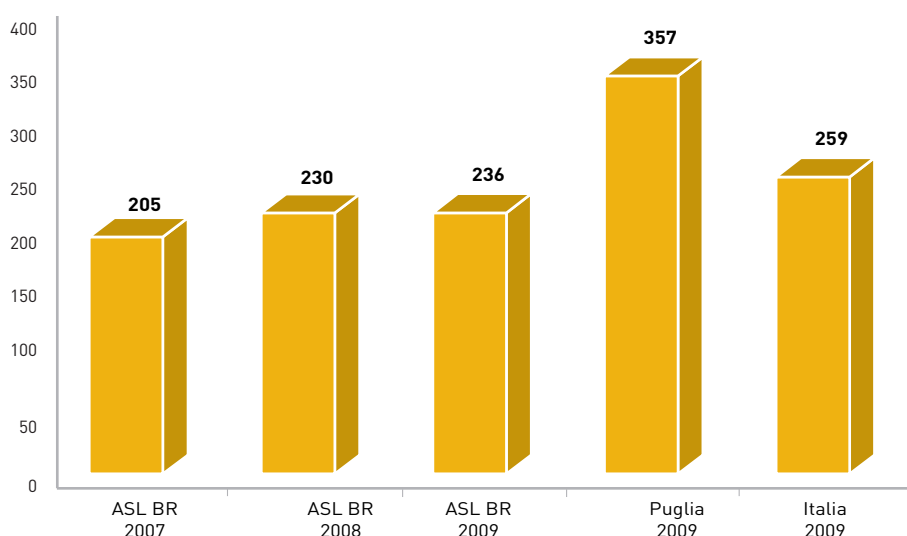
Così come si evince dal grafico sottostante **I tempi medi di pagamento** sono di circa 230 gg nel 2008 e 236 gg nel 2009.

Il dato tende a crescere negli anni e i ritardi sono da attribuire allo sfasamento temporale tra il sostenimento dei costi e l'ottenimento dei flussi finanziari regionali. Il dato della ASL Br rimane comunque più basso rispetto alla media pugliese e a quella nazionale.

#### 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.

### Giorni di ritardo nei pagamenti



Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità, Giugno 2010 - Elaborazione su dati Assobiomedica anno 2010

## La ricaduta sul territorio

### Pagamenti per area geografica (euro/000)

Area geografica	Totale pagamenti 2008	Totale anno 2008	Totale pagamenti 2009	Totale anno 2009
Puglia	85.892	40,6%	92.025	38,3%
Nord	81.115	38,4%	96.322	40,1%
Centro	30.863	14,6%	37.764	15,7%
Sud	13.261	6,3%	13.405	5,6%
Estero	211	0,1%	804	0,3%
Totale	211.342	100,0%	240.320	100%
<b>Totale</b>	<b>211.342</b>	<b>100,0%</b>	<b>240.320</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione AGREF su dati contabilità 2008/2009

Il confronto delle due tabelle evidenzia che il flusso dei pagamenti effettuati dalla ASL nei confronti di fornitori di beni e servizi ricade per buona parte sul territorio regionale, 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 delle sedi delle maggiori aziende farmaceutiche.

### Pagamenti in Puglia per area geografica (euro/000)

Distribuzione 6 province della Puglia	Valore pagamenti 2008	Totale	Valore pagamenti 2009	Totale
Brindisi	55.692	64,8%	57.550	62,5%
Bari	11.069	12,8%	15.208	16,5%
Lecce	12.384	14,4%	14.313	15,6%
Taranto	2.973	3,6%	2.654	2,9%
Foggia	3.724	4,3%	2.296	2,5%
Bat	50	0,1%	5	0,0%
<b>totale</b>	<b>85.892</b>	<b>100,0%</b>	<b>92.026</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborazione AGREF su dati contabilità 2008/2009

L'analisi dei pagamenti in Puglia evidenzia una forte concentrazione della ricaduta del flusso sulle aziende insistenti sul territorio della provincia di Brindisi, con una crescita nelle province di Bari e Lecce.

### Pagamenti 2008 nella provincia di Brindisi per comune (euro/000)

Comuni provincia di Brindisi	Pagamenti effettuati 2008	Composizione %
BBRINDISI	23.547	42,3
OSTUNI	17.656	31,7
FRACAVILLA FONTANA	2.499	4,5
LATIANO	2.332	4,2
CAROVIGNO	1.906	3,4
MESAGNE	1.321	2,4
FASANO	1.206	2,2
SANDONACI	1.125	2,0
ORIA	844	1,5
CISTERNINO	780	1,4
SAN MICHELE SALENTINO	713	1,3
SAN VITO DEI NORMANNI	544	1,0
SAN PIETRO V.CO	530	1,0
TORRE S. SUSANNA	364	0,7
TORCHIAROLO	201	0,4
CEGLIE M.CA	89	0,2
CELLINO S. MARCO	20	0,0
SAN PANCRAZIO S.NO	14	0,0
VILLA CASTELLI	-	0,0
ERCHIE	-	0,0
<b>Totale</b>	<b>55.691</b>	<b>100,00</b>

Fonte: elaborazione AGREF su dati contabilità 2008/2009

## Pagamenti 2009 nella provincia di Brindisi per comune (euro/000)

Comuni provincia di Brindisi	Pagamenti effettuati 2009	Composizione %
BRINDISI	23.003	40,0
OSTUNI	15.346	26,7
FRACAVILLA FONTANA	3.227	5,6
FASANO	2.939	5,1
CAROVIGNO	2.543	4,4
LATIANO	2.492	4,3
MESAGNE	1.509	2,6
SANDONACI	1.155	2,0
TORRE S. SUSANNA	952	1,7
SAN MICHELE SALENTINO	947	1,6
ORIA	880	1,5
CISTERNINO	734	1,3
SAN VITO DEI NORMANNI	727	1,3
SAN PIETRO V.CO	464	0,8
TORCHIAROLO	299	0,5
CELLINO S. MARCO	157	0,3
CEGLIE M.CA	82	0,1
SAN PANCRAZIO S.NO	56	0,1
ERCHIE	34	0,1
VILLA CASTELLI	5	0,0
<b>Totale</b>	<b>57.551</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione AGREF su dati contabilità 2008/2009

Il contenzioso prodotto dai fornitori ha riguardato nel 2008 e 2009 n. 119 ricorsi, ripartiti secondo la tabella sottostante:

Contenziosi con i fornitori	2008	2009
Procedure monitorie ed esecutive tra fornitori ed ASL	32	69
Contenziosi	2	1
Contenziosi relativi alle procedure di gara	10	5
<b>Totale</b>	<b>44</b>	<b>75</b>

Fonte: Struttura legale 2008/2009

# 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 .

Nel 2008/2009 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 consente 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 di Brindisi n° 26 Laboratori di analisi, n° 7 studi di diagnostica strumentale, n° 2 Odontoiatrici e n° 3 Istituti di fisiokinesi - terapia.

Si riportano di seguito i dati relativi alle prestazioni e costi 2008/2009:

Branca Specialistica	n. strutture	prestazioni erogate 2008	costo complessivo 2008	prestazioni erogate 2009	costo complessivo 2009
fisiokinesiterapia	3	209.191	1.275.282,44	213.944	1.332.750,27
laboratorio analisi	26	1.867.214	5.969.333,78	1.835.977	5.870.260,14
diagnostica strumentale	7	238.298	2.919.228,67	187.163	2.942.953,94
odontoiatria	2	21.778	526.439,12	22.960	538.208,69
<b>TOTALE</b>	<b>38</b>	<b>2.336.481</b>	<b>10.690.284,01</b>	<b>2.260.044</b>	<b>10.684.173,04</b>

Fonte: Dati aziendali 2008/2009





## 3.7.1 Regione Puglia

L'ultimo biennio è stato caratterizzato da una intensa attività programmatrice della Regione Puglia. Dopo la campagna di ascolto promossa nel 2007 e rivolta a tutti gli stakeholder, nel 2008 è stato approvato il Piano Regionale di Salute, atto che ha determinato una serie di impegni per le ASL fino all'elaborazione del Piano Attuativo Locale Aziendale (sottoposto poi ad approvazione regionale) come strumento essenziale per il raggiungimento

degli obiettivi contenuti nel PRS. Pertanto, oltre alle attività di "routine" che contraddistinguono i rapporti tra ASL e Regione, l'ultimo biennio è stato segnato da importanti tappe. Oltre alle specifiche competenze in materia di programmazione sanitaria la Regione provvede, altresì, a determinare il finanziamento di ciascuna azienda sulla base di una quota capitaria nonché al finanziamento di specifici progetti regionali attuati dalle ASL, attuare la funzione di vigilanza e controllo sulle aziende sanitarie e di valutazione dei risultati raggiunti dal Direttore Generale. Nell'ambito delle attività di Pianificazione e Programmazione, la Regione individua per ciascuna azienda sanitaria gli obiettivi da raggiungere, aventi validità coincidente con la durata dell'incarico del Direttore Generale, e annualmente aggiornati con l'emanazione del Documento Regionale di Indirizzo Economico-Funzionale (DIEF).

Numerose, inoltre, le leggi e disposizioni normative che hanno riguardato la Sanità e i diversi ambiti aziendali, come le assunzioni e dotazioni organiche, l'accreditamento delle strutture sanitarie, l'attuazione di programmi di prevenzione oncologica, le attività di vigilanza e controllo degli alimenti e della sanità animale, l'assistenza agli immigrati, l'informazione e la comunicazione con il cittadino.

Nell'attività di programmazione sanitaria una rilevante funzione viene svolta dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES) che fornisce supporto tecnico alla Regione e alle singole Aziende attraverso l'emanazione di linee guida e direttive.

## 3.7.2 La Conferenza dei Sindaci

Istituita presso l'Azienda come organismo consultivo previsto dalla normativa, rappresenta una importante opportunità nella determinazione delle politiche sanitarie aziendali. Composta dai venti comuni della provincia, opera attraverso una Rappresentanza di cinque membri. È presieduta dal Sindaco della città di Brindisi in quanto Comune capoluogo.

L'azienda Sanitaria assicura l'attività della Rappresentanza e rende disponibile idoneo personale per le funzioni di segretario e per l'assistenza alle riunioni programmate. Dalle riunioni della Rappresentanza sono redatti i verbali che sono pubblicati nell'Albo pretorio dell'Azienda e conservati presso la sede legale della ASL.

Nel periodo in esame la Conferenza dei Sindaci è stata convocata per trattare i seguenti argomenti:

Anno 2008:

- Designazione del componente del Collegio Sindacale in rappresentanza della ASL BR;
- Esame e parere sulla deliberazione n. 410 del 15 febbraio 2008 avente ad oggetto: "Bilancio economico preventivo 2008 e bilancio pluriennale 2008-2010".

Anno 2009:

- Espressione del parere sul Piano Attuativo Locale (PAL);
- Elezione Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci;
- Integrazione nella Conferenza dei Sindaci del nuovo componente.

### 3.7.3 Altri Enti

Per quanto riguarda le collaborazioni con Enti quali Provincia, Comuni, Scuole e Forze Armate, nella parte dedicata alla Relazione Sociale sono stati riportati i singoli progetti realizzati negli specifici ambiti di intervento. Dette attività sono regolamentate da Accordi di programma e Protocolli di intesa.

Tra i più importanti quelli con i Coordinamenti Istituzionali, organismi costituiti dai Sindaci dei Comuni (o loro delegati) che rappresentano istituzionalmente " l'Ambito Territoriale, per legge coincidente con il Distretto Socio-Sanitario. Il Coordinamento Istituzionale ha il compito di definire l'indirizzo politico delle scelte facilitando i processi di integrazione tra i Comuni e gli altri soggetti coinvolti nella programmazione sociale. Alle attività di tale organismo partecipa il Direttore Generale della ASL ed il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di competenza, e possono partecipare anche altri soggetti interessati alla realizzazione della rete dei Servizi.

Nel corso del 2008 e 2009 i Coordinamenti Istituzionali hanno:

- definito i termini della programmazione di ambito;
- individuato strategie di politica sociale;
- condiviso la realizzazione di un sistema di sicurezza sociale attraverso strumenti di partecipazione, pratiche concertative e percorsi di co-progettazione e co-valutazione;
- formulato direttive, proposte e osservazioni per la predisposizione del Piano di Zona 2010/2012, nel rispetto delle leggi nazionali e regionali;
- istituito l'Ufficio di Piano come struttura tecnica a supporto della programmazione dell'Ambito Territoriale;
- disciplinato il funzionamento del Tavolo di Concertazione dell'Ufficio di Piano;
- predisposto e adottato il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano;
- dato attuazione alle forme di collaborazione e di integrazione tra i Comuni e la ASL per le prestazioni dell'area socio-sanitaria.

Vale la pena di menzionare i rapporti di collaborazione del Dipartimento di Prevenzione attivati con l'ARPA e l'Istituto Zooprofilattico, disciplinati da specifiche norme nazionali e regionali allo stato non completamente attuate, nell'ambito delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. In attesa che la materia venga ulteriormente regolamentata dai competenti Organi, si stanno intraprendendo iniziative volte alla predisposizione di un protocollo operativo fra il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BR e il Dipartimento Provinciale di Brindisi dell'ARPA Puglia, per la necessaria collaborazione nell'erogazione di prestazioni e servizi di pubblico e reciproco interesse in materia sanitaria e ambientale. Lo strumento di concertazione è finalizzato ad assicurare livelli di integrazione e coordinamento tra le funzioni dei due soggetti al fine di garantire un effettivo perseguimento delle politiche per la prevenzione ed il risanamento ambientale e per la tutela e la promozione della salute. I principali ambiti riguardano la qualità dell'aria; la qualità delle acque; l'igiene degli alimenti; il rumore; radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

Stessa iniziativa si vuole intraprendere con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata di Foggia per quanto riguarda gli accertamenti circa lo stato sanitario degli animali e la salubrità dei prodotti alimentari di origine animale.



## Il Comitato Consultivo Misto ASL BR

Con l'approvazione del Piano Regionale di Salute, avvenuta nel 2008 a seguito della campagna di ascolto attuata dall'Assessorato Regionale alla Trasparenza e Cittadinanza Attiva, le Associazioni di volontariato hanno attivamente contribuito alla programmazione sanitaria. L'azione attuata dalla Regione Puglia ha rafforzato il valore della partecipazione democratica del cittadino, con l'effetto di consolidare anche i rapporti con le singole Aziende attraverso le quali è avvenuta la consultazione. A livello aziendale le Associazioni sono state coinvolte nella stesura del Piano Attuativo Locale, adottato

nel 2009. Si registra infatti una crescita del Comitato Consultivo Misto<sup>35</sup>, costituito da parte aziendale e referenti di associazioni, che nel 2009 risulta composto da 47 associazioni accreditate con le quali prosegue una proficua collaborazione per la realizzazione di iniziative comuni.

Il Coordinamento Operativo continua a riunirsi una volta mese per proporre iniziative in rappresentanza dell'assemblea o coordinare i lavori in itinere, mentre l'assemblea si riunisce 4 volte l'anno. Nel periodo in esame il Comitato ha proceduto al rinnovo delle cariche ed ha deliberato l'istituzione di nuovi tavoli di lavoro. A quelli già esistenti - Donazione e trapianto, Terza età e disabilità, Prevenzione oncologica - nel 2009 si aggiungono Controllo Qualità ed Educazione alla Salute.

137

### TAVOLI DI LAVORO TEMATICI

- Terza età e disabilità  
Aderenti: ANTEAS, AUSER, AIPD, Rinascita, Centro Studi Don Luigi Sturzo
- Donazione e trapianto  
Aderenti: AIDO Provinciale, AIDO Brindisi, AIDO Francavilla, AIDO Erchie, ANED Brindisi, AVIS provinciale, AVIS Brindisi, ATO Brindisi
- Prevenzione oncologica  
Aderenti: ANT, GNA, LILT, TDM, Misericordia Brindisi, AISTOM, ARCA, CRI, GAT, Medicina Democratica.
- Controllo Qualità  
Aderenti: GNA, BRIN AIL, AIDO Francavilla F., TDM, Fiori di Vernal, 180 Amici Puglia, CRI
- Educazione alla Salute  
Aderenti: GNA, BRIN AIL, AIDO Francavilla F., AIDO Erchie, AUSER, Protezione Civile "A. Bianco", Centro Studi Don L. Sturzo, Medicina Democratica, GAT, Associazione Esposti Amianto, Brindisi Cuore, LILT.

Molte delle attività nascono e vengono realizzate, infatti, nell'ambito di Tavoli di lavoro tematici a cui aderiscono associazioni affini, affiancate da un esperto aziendale.

Le attività realizzate:

- Terza età e disabilità: nel 2008 è stato organizzato un corso di "Primo soccorso" ed uno screening gratuito cardiocircolatorio.

<sup>35</sup> Regolamento di funzionamento approvato con deliberazione n. 946 dell'11.03.2004

- Donazione e Trapianto: edizioni 2008 e 2009 del concorso su donazione di organi e di sangue "Il tuo modo di donare la vita" fotografia, disegno, pittura, video e slogan, realizzato in collaborazione con le scuole della provincia, con premiazione e mostra delle opere.
- Prevenzione oncologica: nel 2008 è stata elaborata la bozza della "Carta dei Servizi Oncologici". In collaborazione con il GNA nel 2009 è stato attivato un numero verde rivolto ai pazienti oncologici e familiari.
- Controllo qualità: Indagine sulla qualità della comunicazione telefonica dei presidi ospedalieri (2009).
- Educazione alla Salute: collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL nella Campagna informativa sull'influenza A/H1N1 con il coinvolgimento delle Associazioni nell'attuazione del Piano di Comunicazione sulla nuova influenza.
- Indagine sul rapporto di collaborazione con gli enti (2008), lavoro proposto dal Coordinamento Operativo e realizzato in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico tramite interviste telefoniche a tutti i componenti del Comitato Consultivo Misto.
- Progetto *Salute Donna*: collaborazione con la Commissione Pari Opportunità dell'Amministrazione Provinciale di Brindisi nella realizzazione di una campagna di prevenzione delle patologie femminili. attraverso 4 incontri condotti con l'ausilio di medici specialisti nei mesi di aprile e di maggio 2008.
- Collaborazione con il Gruppo Aiuto Tiroide e la Croce Rossa per l'organizzazione di convegni vari per l'informazione e la prevenzione delle malattie tiroidee.

Le Associazioni hanno inoltre dato un contributo attivo nell'organizzazione della Conferenza dei Servizi che si tiene ogni anno.

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. 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

Nell'ambito del volontariato si segnala l'importante iniziativa *Cuoreamico - Progetto Salento Solidarietà*. *Cuore Amico* è una Associazione Onlus che nasce a Lecce nel Novembre 2001 e si rivolge alla sensibilità dei salentini per la raccolta solidale di fondi da destinare interamente, a beneficio di quei bambini affetti da gravi patologie o aventi particolari necessità, non risolvibili con interventi del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema di assistenza sociale, e che non sono nelle condizioni economiche di risolvere autonomamente i propri problemi. Dal 2008 la ASL BR è presente direttamente nel Comitato Scientifico dell'Associazione e sostiene l'attività attraverso la raccolta e l'analisi dei casi segnalati, che vengono poi trasmessi alla ASL di Lecce. Sul sito aziendale è stata creata una sezione dedicata.

## Associazioni di volontariato e organismi di tutela accreditate presso la ASL BR

Associazioni per l'assistenza Socio-Sanitaria	Finalità
A.I.D. Associazione Italiana Dislessia Torchiarolo	informazione e sensibilizzazione sulla dislessia evolutiva
A.I.P.D. Associazione Italiana Persone Down - Brindisi	integrazione sociale, scolastica, lavorativa, delle persone down
ANTEAS Associazione nazionale terza età attiva Sedi: Brindisi, Francavilla Fontana	promozione e integrazione delle persone anziane
AUSER Autogestione Servizi Solidarietà - Brindisi	servizi e solidarietà alla persona
BRINDISI CUORE Associazione Provinciale per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari - Brindisi	prevenzione e lotta alle malattie cardiovascolari
Centro di Formazione Permanente Brundisium - Brindisi	formazione in campo sanitario
C.I.F. Centro Italiano Femminile - Erchie	contribuire alla crescita e allo sviluppo delle persone e della famiglia nella vita sociale, culturale e politica
Fiori di Vernal - Latiano	assistenza agli affetti da cheratocongiuntivite Vernal e attività di informazione sulla patologia
G.A.T. Gruppo Aiuto Tiroide - Mesagne	informazione per la prevenzione di malattie tiroidee
Il Giglio - Brindisi	tutela della famiglia e del minore
Inner Wheel Club - Brindisi	associazione socio-culturale
La Rinascita - S. Pietro Vernotico	inserimento sociale di portatori di handicap
Libreria delle Donne - Brindisi	valorizzazione delle donne e dei percorsi femminili
Centro Studi Europei "Il Segno Mediterraneo"	valorizzazione delle donne e dei percorsi femminili
Associazioni per l'Emergenza Sanitaria	Finalità
E.A.M. Associazione Euro Assistenza Mobile - Ostuni	servizio di soccorso primario ambulanza per le emergenze
A.V.P.C. Associazione Volontari Protezione Civile Sedi: Latiano; Torre S.Susanna	servizio emergenza radio, protezione civile
C.I.S.O.M. Cavalieri Ordine di Malta Corpo Italiano di Soccorso - Brindisi	attività di soccorso e intervento in caso di calamità
Croce Rossa Italiana - Brindisi	attività sociosanitarie ed assistenziali, primo soccorso, servizio ambulanza, trasporto infermi
Misericordia Brindisi	servizio di soccorso per le emergenze sanitarie e trasporto infermi

Associazioni per la Donazione di Organi, Sangue, Emodializzati, Stomizzati, Celiaci, Talassemici	Finalità
A.I.C. Associazione Italiana Celiachia - Brindisi	promuovere l'assistenza ai soggetti celiaci e/o affetti da celiachia
A.I.D.O. Associazione Italiana per la Donazione Organi e Tessuti Sedi: Brindisi provinciale, Brindisi comunale, Erchie, Fasano, Francavilla Fontana	attività di sensibilizzazione per diffondere la cultura della donazione degli organi
A.I.S.M. Associazione Italiana Sclerosi Multipla - Brindisi	assistenza e riabilitazione psicologica
A.I. STOM Associazione Italiana Atomizzati - Brindisi	assistenza sanitaria e protesica, riabilitazione psicologica
A.N.E.D. Associazione Nazionale Emodializzati - Brindisi	prevenzione nefropatie e tutela emodializzati
A.T.O. Associazione Trapianti di Organi - Brindisi	attività di sensibilizzazione per diffondere la cultura della donazione degli organi
AVIS Associazione Volontari Italiani Sangue Sedi: Brindisi provinciale, Brindisi comunale	attività di sensibilizzazione per favorire la donazione del sangue

Associazioni per la Tutela dei diritti	Finalità
Ass. COLIBRÌ Brindisi	promozione e integrazione sociale disabili
Associazione Esposti Amianto - Brindisi	Tutela e assistenza giuridica delle persone esposte alle fibre di amianto
Associazione Mediterranea - Latiano	attività socio-culturale, formazione e istruzione, tutela dei diritti umani
Centro Studi "Don Luigi Sturzo" - Torchiarolo	tutela dei diritti del cittadino e attività culturali
Gulliver 180 - Brindisi	integrazione sociale disabili mentali e assistenza alle loro famiglie
ENPAD Ente Nazionale Protezione Ambiente e Territorio - Mesagne	protezione ambientale, civile e del patrimonio storico-artistico, sicurezza agroalimentare e benessere degli animali
Lega Consumatori ACLI - Brindisi	tutela dei diritti del cittadino
Medicina Democratica - Brindisi	tutela della salute con iniziative giuridiche e politiche
T.D.M. Tribunale per i Diritti del Malato Cittadinanzattiva - Sedi: Brindisi	tutela dei diritti del malato
Unione Mutilati ed invalidi per servizio Brindisi	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 nel biennio 2008/2009:

## P.O. Perrino-Mesagne-S. Pietro Vernotico

Codice Rifiuto	Categoria	Kg 2008	Kg 2009
090104	Soluzioni fissative /stato liquido	1.900	1.300
090107	Carta e pellicole per fotografie, contenenti argenti o composti dell'argento/ Stato solido non polverulento	140	80
090101	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa/stato liquido	1.220	1840
180103	Rifiuti a rischio infezioni/Stato solido non polverulento	376.864	419.438
180106	Sostanze chimiche pericolose/stato liquido	20.374	23.538
180109	Medicinali diversi stato solido non polverulento	180	51
160604	Batterie alcaline/ Stato solido non polverulento	80	212
180108	Medicinali citotossici e citostatici// stato solido non polverulento		2

Fonti: MUD anno 2008/2009

## P.O. Francavilla Fontana - Ceglie Messapica

Codice Rifiuto	Categoria	Kg 2008	Kg 2009
60106	Altri acidi/stato liquido	296	6891
180103	Rifiuti a rischio infezioni/stato solido non polverulento	13.961	12.814
090107	Carta e pellicola per fotografia, conteneti argenti o composti dell'argento/ stato solido non polverulento	290	300
180106	Sostanze chimiche pericolose/stato liquido	6.116	6.891
080318	Toner per stampa esauriti/stato solido non polverulento	12	70
160213	Apparecchiature fuori uso contenenti componenti pericolose. Stato solido non polverulento	100	
170405	Rottami di ferro e acciaio/ stato solido non polverulento	11.020	
180104	Rottami di ferro e acciaio/ stato solido non polverulento	85	
180109	Medicinali diversi/stato solido non polverulento	149	88
160214	Apparecchiature fuori uso diverse da quelle codice rifiuto 160213/ stato solido non polverulento	300	
160602	Batterie al nichel -cadmio// stato solido non polverulento	15	
180108	Medicinali citotossici e citostatici// stato solido non polverulento	457	

Fonti: MUD anno 2008/2009

## P.O. Ostuni-Fasano-Cisternino

Codice Rifiuto	Categoria	Kg 2008	Kg 2009
090104	Soluzioni fissative /stato liquido	830	970
090101	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa/stato liquido	660	450
180103	Rifiuti a rischio infezioni/ Stato solido non polverulento	51.181	41.002
180106	Sostanze chimiche pericolose/stato liquido	6.800	6.979
080318	Toner per stampa esauriti/stato solido non polverulento		44
090107	Carta e pellicola per fotografia, conteneti argenti o composti dell'argento/ stato solido non polverulento		20
180109	Medicinali diversi/stato solido non polverulento		7

Fonti: MUD anno 2008/2009

### 3.9.1 Programma "tetti fotovoltaici"

Dal 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.



## 3.9.2 Ecosistema Urbano

Ecosistema Urbano 2009, i cui dati fanno riferimento all'anno 2007, raccoglie sia con questionari e interviste dirette ai 103 comuni capoluogo di provincia, sia sulla base di altre fonti statistiche, informazioni su 26 diversi indicatori di qualità ambientale: qualità dell'aria, perdite di rete idrica, consumi di acqua potabile, di carburante, di elettricità, produzione di rifiuti solidi urbani, raccolta differenziata, tasso di motorizzazione, qualità delle acque ad uso potabile, verde urbano, depurazione, trasporto pubblico, qualità ambientale parco auto, isole pedonali e zone a traffico limitato, piste ciclabili, pianificazione e partecipazione ambientale, sviluppo di politiche energetiche, diffusione delle rinnovabili e teleriscaldamento, eco management). Nella classifica generale Bari è al 60° posto, recupera ben 22 posizioni, Taranto si attesta al 66° posto e Foggia che recupera solo 2 posizioni passando al 79° posto.

Peggiorano, perdendo ben 18 posizioni, Lecce e Brindisi rispettivamente al 84° e 87° posto.

La classifica disegnata da Ecosistema Urbano 2009, è l'annuale ricerca di Legambiente sulla qualità ambientale delle 103 città capoluogo di provincia realizzata con la collaborazione scientifica dell'Istituto di ricerche Ambiente Italia e la collaborazione editoriale de Il Sole 24 Ore.

CLASSIFICA FINALE ECOSISTEMA URBANO 2009 di LEGAMBIENTE (dati 2007, elab. 2008)

### Differenza posizioni edizioni 2008-2009

Pos	Città	2008	dif	Pos	Città	2008	dif	Pos	Città	2008	dif			
1	Belluno	74,63%	1°	0	36	Forlì	56,06%	49°	13	71	Treviso	48,58%	68°	-3
2	Siena	70,24%	6°	4	37	Caserta	55,84%	41°	4	72	Torino	48,55%	74°	2
3	Trento	67,96%	7°	4	38	Campobasso	55,44%	18°	-20	73	Potenza	48,51%	36°	-35
4	Verbania	66,38%	16°	12	39	Gorizia	55,00%	26°	-13	74	Messina	47,91%	56°	-18
5	Parma	65,69%	8°	3	40	Cremona	54,94%	44°	2	75	Verona	47,86%	77°	2
6	Bolzano	65,59%	9°	3	41	Sondrio	54,89%	62°	19	76	Vicenza	47,82%	75°	-1
7	Savona	64,72%	14°	7	42	Modena	54,87%	29°	-13	77	Oristano	47,00%	100°	23
8	Prato	64,10%	22°	14	43	L'Aquila	54,26%	76°	33	78	Imperia	46,56%	84°	6
9	La Spezia	63,50%	25°	16	44	Lecco	54,23%	30°	-14	<b>79</b>	<b>Foggia</b>	<b>46,51%</b>	<b>81°</b>	2
10	Venezia	63,29%	11°	1	45	Cosenza	54,21%	33°	-12	80	Vibo Valentia	46,28%	57°	-23
11	Genova	62,16%	13°	2	46	Grosseto	53,09%	70°	24	81	Agrigento	45,15%	97°	16
12	Mantova	61,79%	3°	-9	47	Pescara	53,05%	71°	24	82	Avellino	45,07%	45°	-37
13	Ravenna	61,59%	28°	15	48	Arezzo	52,69%	40°	-8	83	Salerno	44,56%	64°	-19
14	Perugia	61,45%	5°	-9	49	Milano	52,47%	58°	9	<b>84</b>	<b>Lecce</b>	<b>44,52%</b>	<b>66°</b>	<b>-18</b>
15	Firenze	61,34%	17°	2	50	Trieste	52,44%	59°	9	85	Viterbo	44,49%	83°	-2
16	Pavia	61,26%	10°	-6	51	Lodi	52,42%	61°	10	86	Alessandria	44,21%	87°	1
17	Pisa	61,09%	12°	-5	52	Asti	51,77%	43°	-9	<b>87</b>	<b>Brindisi</b>	<b>44,17%</b>	<b>69°</b>	<b>-18</b>
18	Bologna	60,17%	23°	5	53	Biella	51,70%	65°	12	88	Napoli	43,87%	91°	3
19	Ferrara	59,53%	27°	8	54	Pistoia	51,68%	38°	-16	89	Massa	43,69%	73°	-16
20	Bergamo	59,13%	2°	-18	55	Teramo	51,49%	85°	30	90	Reggio C.	42,73%	78°	-12
21	Como	58,84%	21°	0	56	Lucca	50,92%	31°	-25	91	Crotone	41,78%	88°	-3
22	Udine	58,66%	20°	-2	57	Isernia	50,80%	54°	-3	92	Siracusa	39,15%	98°	6
23	Reggio Emilia	58,59%	15°	-8	58	Rovigo	50,69%	48°	-10	93	Catanzaro	39,04%	95°	2
24	Livorno	58,53%	4°	-20	59	Chieti	50,66%	63°	4	94	Caltanissetta	38,05%	99°	5
25	Brescia	58,29%	35°	10	60	<b>Bari</b>	<b>50,52%</b>	<b>82°</b>	<b>22</b>	95	Latina	36,98%	93°	-2
26	Piacenza	58,19%	46°	20	61	Pesaro	50,41%	80°	19	96	Enna	36,95%	86°	-10
27	Rieti	57,95%	47°	20	62	Pordenone	50,37%	34°	-28	97	Matera	36,50%	50°	-47
28	Macerata	57,61%	19°	-9	63	Rimini	50,00%	37°	-26	98	Palermo	36,31%	89°	-9
29	Aosta	57,58%	39°	1	64	Padova	49,93%	67°	3	99	Trapani	35,51%	96°	-3
30	Cuneo	57,23%	60°	30	65	Sassari	49,83%	72°	7	100	Benevento	35,00%	102°	2
31	Terni	57,20%	51°	20	66	<b>Taranto</b>	<b>49,63%</b>	<b>79°</b>	<b>13</b>	101	Catania	34,73%	94°	-7
32	Varese	56,76%	32°	0	67	Vercelli	49,45%	90°	23	102	Ragusa	32,85%	103°	1
33	Ascoli Piceno	56,61%	24°	-9	68	Nuoro	49,15%	92°	24	103	Frosinone	28,04%	101°	-2
34	Ancona	56,49%	53°	19	69	Novara	48,75%	42°	-27					
35	Cagliari	56,09%	52°	17	70	Roma	48,68%	55°	-15					

Fonte: dati Legambiente



### Si cura meglio dove si fa ricerca

Molti professionisti della ASL sono impegnati in attività di ricerca clinica. Questo impegno viene ritenuto erroneamente non istituzionale nelle ASL. In realtà la ricerca clinica permette a chi la pratica di migliorare la propria formazione e di verificare l'esito della propria attività clinica. Non è un caso che le strutture sanitarie con maggior richiamo per gli ammalati siano quelle dove si coniuga l'assistenza con la ricerca. Per incoraggiare tale impegno sin dalla precedente edizione del Bilancio

Sociale si è dedicato un capitolo al tema. L'elenco che segue, relativo agli anni dal 2008 ad oggi, è il risultato di una ricerca sul sito [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov), la biblioteca medica del Governo USA, delle seguenti parole chiave "Brindisi", "ASL Brindisi", "Brindisi Perrino". Si tratta delle pubblicazioni su riviste che accettano lavori col metodo della "per review" e quindi lavori che hanno superato un esame di qualità. Si è pensato di includere anche i lavori di istituzioni biomediche che operano nella Provincia e che hanno in vario modo rapporti di collaborazione con la ASL (Istituto Medea, Isbem, IFC-CNR). Sappiamo bene che l'elenco è incompleto perché lavori cooperativi con altre istituzioni potrebbero non riportare nella catalogazione della banca dati tutte le istituzioni partecipanti. Un limite di cui ci scusiamo con gli interessati ma che può costituire motivo per una proposta alla Direzione Generale affinché tutta l'attività scientifica svolta in ASL sia raccolta e resa pubblica.

Persistent pulmonary hypertension of the newborn: therapeutical approach.  
Latini G, Del Vecchio A, De Felice C, Verrotti A, Bossone E.  
Mini Rev Med Chem. 2008 Dec;8(14):1507-13. Review.]

Esthesioneuroblastoma treated with external radiotherapy. Case report.  
Tramacere F, Bambace S, De Luca MC, Castagna R, Francavilla MC, Leone A, Monastero S, Fucilli F, Pili G, Portaluri M.  
Acta Otorhinolaryngol Ital. 2008 Aug;28(4):215-7.

[Multivariate analysis of prognostic factors and survival in patients with "glioblastoma multiforme"]  
Tramacere F, Gianicolo E, Serinelli M, Bambace S, De Luca M, Castagna R, Francavilla MC, Leone A, Monastero S, Fucilli F, Pili G, Distante A, Portaluri M.  
Clin Ter. 2008 Jul-Aug;159(4):233-8. Italian.

[Mortality in the municipalities of Brindisi Province, 1981-2001]  
Gianicolo EA, Serinelli M, Vigotti MA, Portaluri M.  
Epidemiol Prev. 2008 Jan-Feb;32(1):49-57. Italian.

Peroxisome proliferator-activated receptors as mediators of phthalate-induced effects

in the male and female reproductive tract: epidemiological and experimental evidence.  
Latini G, Scoditti E, Verrotti A, De Felice C, Massaro M.  
PPAR Res. 2008;2008:359267.

Topiramate: its pharmacological properties and therapeutic efficacy in epilepsy.  
Latini G, Verrotti A, Manco R, Scardapane A, Del Vecchio A, Chiarelli F.  
Mini Rev Med Chem. 2008 Jan;8(1):10-23. Review.]

Is echo-determined left ventricular geometry associated with ventricular filling and mid-wall shortening in hypertensive ventricular hypertrophy?  
Palmiero P, Maiello M, Nanda NC.  
Echocardiography. 2008 Jan;25(1):20-6.

Template bleeding times of 240 neonates born at 24 to 41 weeks gestation.  
Del Vecchio A, Latini G, Henry E, Christensen RD.  
J Perinatol. 2008 Jun;28(6):427-31. Epub 2008 Feb 14.

Prevalenza di lombalgie acute tra operatori sanitari ospedalieri esposti ad indice sintetico MAPO elevato.  
Mazzotta M, D'Ettore G, Cazzato RG, De Giorgio N  
G. Ital Med Lav Ergon 2008

Incidents analysis in radiation therapy: application of the human factors analysis and classification system.  
Portaluri M, Fucilli FI, Bambace S, Castagna R, De Luca MC, Pili G, Didonna V, Tramacere F, Francavilla MC, Leone A, Leo MG.  
Ann Ist Super Sanita. 2009;45(2):128-33.

Metronomic chemotherapy against cancer: from paradigm to clinical practice?  
Calvani N, Orlando L, Nacci A, Sponziello F, Cinefra M, Cinieri S.  
Tumori. 2009 Nov-Dec;95(6):843-5.PMID: 20210257 [PubMed - indexed for MEDLINE]Related citations

Differential left atrial remodeling in LV diastolic dysfunction and mitral regurgitation.  
Maiello M, Sharma RK, Matteo CM, Reddy HK, Palmiero P.  
Echocardiography. 2009 Aug;26(7):772-8.

Spontaneous cervical extradural hematoma in a cutaneo-meningospinal angiomatosis (Cobb syndrome): case report.  
Romeo F, Toscano S, Santangelo M, Fumai V, Maddalena G.  
J Neurosurg Sci. 2009 Jun;53(2):59-61.PMID: 19546845

Influence of environment on insulin sensitivity.  
Latini G, Marcovecchio ML, Del Vecchio A, Gallo F, Bertino E, Chiarelli F.  
Environ Int. 2009 Aug;35(6):987-93. Epub 2009 Apr 23. Review.PMID: 19395033 [PubMed - indexed for 36.

[Graft or CVC? A prosthetic graft is the better choice]  
Cifarelli M.  
G Ital Nefrol. 2009 Mar-Apr;26(2):148-53. Italian.  
Effect of bosentan upon pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary di-

sease.

Valerio G, Bracciale P, Grazia D'Agostino A.  
Ther Adv Respir Dis. 2009 Feb;3(1):15-21.

Adjuvant endocrine treatment in premenopausal early breast cancer.

Orlando L, Fedele P, Cinefra M, Sponziello F, Calvani N, Chettri MC, Rizzo P, D'Amico M, Schiavone P, Portaluri M, Criscuolo M, Burlizzi S, Cinieri S.  
Oncology. 2009;77 Suppl 1:9-13. Epub 2010 Feb 2. Review.

Di-[2-ethylhexyl]phthalate leakage and color changes in endotracheal tubes after application in high-risk newborns.

Latini G, De Felice C, Del Vecchio A, Barducci A, Ferri M, Chiellini F.  
Neonatology. 2009;95(4):317-23. Epub 2008 Dec 11.

Lactational exposure to phthalates in Southern Italy.

Latini G, Wittassek M, Del Vecchio A, Presta G, De Felice C, Angerer J.  
Environ Int. 2009 Feb;35(2):236-9. Epub 2008 Aug 5.

Carcinogens in nanotechnology research laboratories

Mazzotta M, D'Ettore G, Fernandez M, Cazzato RG  
G. Ital Med Lav Ergon 2009

## **Consorzio ISBEM**

L'ISBEM è un istituto scientifico multi-istituzionale e trans-disciplinare 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.

Ha sede amministrativa e laboratori di ricerca, formazione e servizi sia nella Cittadella della Ricerca di Brindisi che nel Convento dei Cappuccini di Mesagne.

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.

L'attività svolta nel 2009 si distingue tra:

### *Attività progettuale*

Progetto sulla THALASSEMIA-Mds e Regione Basilicata

Laboratorio Cardiovascolare presso Ospedale Perrino Asl Brindisi COPU PIANETA SALUTE 2009 (corso di Orientamento Pre-Universitario) di Oria, Francavilla Fontana, Ostuni e Lecce

Master in Innovazione Gestionale ed Economia sanitaria – ASL BR

Art. 12 sullo Scompensò Cardiaco in cordata con l'Emilia Romagna

### *Eventi di formazione e divulgazione scientifica*

Convegno a porte aperte 2009: eventi, convegni, mostre e promozioni del 5 per mille

### *Campagna del cinque per mille ed altre donazioni*

Potenziata la campagna del 5 per mille

Erogazioni liberali: donazioni per attività svolte all'interno del Convento e nel laboratorio CERSUM

Altre donazioni: donazione della Banca Popolare per l'acquisto di un densitometro, collezione di quadri donati dal maestro Attanasio

*Produzione scientifica*

Abstract sull'Osteoporosi

5 Poster presentati prima della Conferenza dei Servizi della ASL di Taranto

Presentazione al "Forum sul Risk Management in Sanità di Arezzo - 25/11/2009" Sezione sulla sicurezza e tracciabilità del farmaco

*Investimenti in risorse umane*

L'ISBEM ha attivato 2 posti aggiuntivi di scuola di specializzazione in cardiologia in collaborazione con l'Università di Pisa

*Altre attività significative*

Il comodato d'uso gratuito del Convento dei Cappuccini in essere tra ISBEM e Comune di Mesagne, in scadenza al 31/10/2009, è stato rinnovato per altri tre anni. Presso il Convento oltre alla sede di rappresentanza, l'ISBEM ha allestito un laboratorio per l'osteoporosi e ha iniziato lo studio di fattibilità per accreditare - secondo procedure ADISU - delle postazioni per gli studenti dell'Università del Salento, sede di Brindisi.

È stato redatto ed aggiornato il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS) nei termini previsti dal D.Lgs. 196/2003.

Sulla scorta della vocazione di ente promotore del rispetto e dello sviluppo sostenibile, l'ISBEM fornisce le informazioni obbligatorie sull'ambiente ed il personale alla luce delle novità introdotte dal D.lgs 32/2007.



# 4

## RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI



Come illustrato nel capitolo relativo all'attività di programmazione e pianificazione strategica, l'Azienda adotta nella definizione delle attività da svolgere, il metodo della pianificazione strategica, intesa come correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le azioni da compiere per il loro raggiungimento.

Nel corso dell'anno 2009, l'azione dell'Azienda è stata orientata, tra l'altro, al raggiungimento degli obiettivi assegnati in sede di nomina del Direttore Generale nonché degli obiettivi di miglioramento individuati dalla Giunta Regionale per le Aziende Sanitarie della Regione Puglia con il Documento di indirizzo economico-funzionale dell'anno 2009. Scopo del presente paragrafo è quello di presentare, in maniera molto sintetica, le attività intraprese in ordine ai principali obiettivi prefissati per l'anno 2009, attraverso un'esposizione organica e razionale, coerente con il contenuto delle disposizioni regionali. Per ciascuno degli obiettivi, saranno evidenziate, altresì, le strutture aziendali referenti e gli eventuali ostacoli che ne hanno impedito la piena realizzazione.

Si elencano di seguito gli obiettivi dell'anno 2009 e il loro livello di raggiungimento

(● non raggiunto, ● parzialmente raggiunto o in fase di implementazione, ● raggiunto).



### 1. **OBIETTIVO GENERALE: RISPETTO DEI TERMINI E DELLE MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI**

**Obiettivo specifico:** rispetto dei modi e dei termini per la trasmissione, attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N.S.I.S), dei dati richiesti dal Ministero della Salute:

- Flussi informativi di governo (sanitari);
- Flussi economici;
- Altri Flussi;

**Struttura referente:** Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia tramite una postazione informatica del Ministero in dotazione alla stessa Unità Operativa

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

150



### 2. **OBIETTIVO GENERALE: TENUTA DELLA CONTABILITÀ ANALITICA**

**Contenuto dell'obiettivo:** attribuzione di costi e ricavi ai singoli centri di costo e responsabilità per consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati di ogni singola Unità Operativa.

**Struttura referente:** Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie - Unità di Programmazione e Controllo di Gestione.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.



### 3. **OBIETTIVO GENERALE: RISPETTO DEI TETTI FISSATI PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA**

**Obiettivo specifico:** rispetto dei tetti fissati per l'assistenza farmaceutica, previsti nella misura del 14% per la spesa territoriale e del 2,4% per la spesa ospedaliera ai sensi e con le modalità previste dall'art. 5 del D.L. 159/07 come convertito, con modificazioni, dalla Legge 29.11.2007 n. 222.

**Struttura referente:** Area Gestione servizio Farmaceutico.

**Attività svolta:** Monitoraggio consumi strutture ospedaliere. Attività di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni e delle dispensazioni da parte di apposita commissione di farmacisti. Predisposizione e trasmissione alle farmacie convenzionate di note informative sull'erogazione di farmaci e sulle modifiche legislative intervenute in materia.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo non raggiunto.



### 4. **OBIETTIVO GENERALE: IMPLEMENTAZIONE DI ADEGUATI PROGRAMMI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

**Obiettivo specifico:** assicurare programmi di assistenza domiciliare adeguati a favorire l'integrazione socio-sanitaria e la valorizzazione delle attività territoriali.



Struttura referente: Unità Operativa Servizi Socio Sanitari - Distretti Socio Sanitari.  
**Attività svolta:** realizzazione di un modello assistenziale capace di rispondere agli standard tendenziali della domanda epidemiologica, differenziati per livello di gravità nella perdita di autosufficienza, attraverso la differenziazione degli ambiti di trattamento e con un'elevata integrazione sociale e sanitaria dell'intero processo (richiesta di attivazione – valutazione – erogazione – valutazione).  
**Grado di raggiungimento: obiettivo raggiunto.**

#### 5. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO

**Obiettivo specifico:** implementazione della gestione del rischio clinico quale strumento indispensabile per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la Sicurezza del Paziente, anche attraverso l'apprendimento dall'errore.  
**Attività svolta:** istituzione dell'Unità Operativa "Risk Management", deputata a promuovere l'approccio sistemico basato sulla formazione e sulla risoluzione dei problemi, attraverso l'analisi delle criticità organizzative che hanno determinato l'errore e l'individuazione di rimedi a tali criticità che evitino il ripetersi degli stessi errori.  
**Struttura referente:** Unità Operativa "Risk Management" in staff alla Direzione Generale.  
**Grado di raggiungimento: obiettivo in fase di implementazione.**

#### 6. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE ALLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE

**Obiettivo specifico:** Obiettivo specifico: rispetto del Piano Regionale della Prevenzione, dando attuazione ai programmi di screening approvati e finanziati dalla Regione Puglia, con particolare enfasi alla diagnosi precoce dei tumori.  
**Attività svolta:** in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, sono stati avviati i seguenti progetti:

- Prevenzione del carcinoma mammario;
- Prevenzione del carcinoma della cervice uterina;
- Prevenzione del carcinoma del colon-retto;
- Progetto vaccinazioni;
- Prevenzione dell'obesità (Progetto "Cip e Ciop");
- Prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro;
- Prevenzione degli incidenti stradali (Scegli la strada della sicurezza);
- Prevenzione del rischio cardio-vascolare;

**Struttura referente:** Dipartimento di Prevenzione.  
**Grado di raggiungimento: obiettivo raggiunto.**

#### 7. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE PER L'AGGIORNAMENTO E DEI CONSEGUENTI PIANI AZIENDALI.

**Obiettivo specifico:** promuovere l'attività di formazione in quanto ritenuta elemento strategico di promozione e miglioramento continuo della qualità in ambito sanitario.  
**Attività svolta:** elaborazione del piano annuale di formazione, in funzione del fabbisogno formativo interno rilevato attraverso l'invio a tutte le strutture e i servizi aziendali di apposite "schede di rilevazione dei fabbisogni formativi", in modo da coniugare gli interessi dei singoli operatori con quelli strategici aziendali, nonché in funzione degli obiettivi formativi previsti dalla Regione Puglia.  
**Struttura referente:** Unità Operativa Sviluppo Organizzativo.  
**Grado di raggiungimento: obiettivo raggiunto.**

#### 8. OBIETTIVO GENERALE: IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

**Obiettivo specifico:** sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici, sia a livello ospedaliero che territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanita-

rie e garantire l'equilibrio di gestione.

**Attività svolta:** è stata attivata la Porta Unica di Accesso (PUA) per la presa in carico del paziente e l'accesso integrato alla rete dei servizi. Altro percorso attuato è rappresentato dal progetto SIATA (l'acronimo sta per Sistema Integrato Assistenza Territoriale & Ambulatoriale) che rappresenta una forma associativa complessa di medici di medicina generale, riuniti in rete o in gruppo, deputato ad erogare servizi aggiuntivi di concerto con strutture specialistiche territoriali, con la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, secondo le linee guida internazionali. Al di fuori del progetto SIATA, nel DSS di Mesagne è stato attivato il percorso diagnostico terapeutico relativo alle malattie della tiroide.

**Struttura referente:** Unità Operativa Servizi Socio-Sanitari - Distretti Socio Sanitari - Presidi Ospedalieri.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo in fase di implementazione.

## 9. OBIETTIVO GENERALE: ASSICURAZIONE DELLE FUNZIONI DI COMPETENZA DEI CONSULTORI FAMILIARI

**Obiettivo specifico:** promuovere le attività di competenza dei consultori familiari operativi sul territorio, con particolare riferimento alle attività di prevenzione ed educazione alla maternità e paternità responsabile.

**Attività svolta:** le strutture distrettuali competenti hanno assicurato le 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, attraverso i diciotto centri esistenti nel territorio di riferimento della ASL, fornendo assistenza psicologica, pediatrica, sociale, legale e ostetrico-ginecologica per la diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale femminile.

**Struttura referente:** Distretti Socio Sanitari.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

## 10. OBIETTIVO GENERALE: RILASCIO DELLE CERTIFICAZIONI DI ESENZIONE-TICKET

**Obiettivo specifico:** adempiere a quanto previsto dalla normativa regionale in tema di compartecipazione alla spesa sanitaria.

**Attività svolta:** nelle diverse strutture distrettuali sono stati attivati gli sportelli destinati al rilascio delle certificazioni di esenzione, coadiuvati dai CAF esterni con cui sono state stipulate apposite convenzioni. In ambito aziendale sono stati rilasciati oltre 70.000 certificati di esenzione per prestazioni specialistiche ed oltre 100.000 certificati di esenzione per prestazioni farmaceutiche.

**Struttura referente:** Distretti Socio Sanitari.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

## 11. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE CONTRO L'INFEZIONE DA HPV

**Obiettivo specifico:** completo recepimento dell'Intesa Stato-Regione in merito alle "Strategie per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV" offrendo in modo attivo e gratuito il relativo vaccino.

**Attività svolta:** è stata predisposto il piano di vaccinazione delle adolescenti degli anni di nascita 1996-1998, raggiungendo elevate coperture; a tal fine sono stati organizzati sia incontri di informazione/formazione con la cittadinanza e con i medici e, per venir incontro alle esigenze della popolazione, sono state organizzate sedute straordinarie di vaccinazione anche nelle scuole.

**Struttura referente:** Dipartimento di Prevenzione.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

## 12. OBIETTIVO GENERALE: ATTIVAZIONE DI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IN RELAZIONE ALLE CRITICITÀ RILEVATE A SEGUITO DELL'AUDIT CIVICO

**Obiettivo specifico:** promuovere l'AUDIT CIVICO quale efficace strumento metodologico per consentire la valutazione dei servizi sanitari a partire dal "punto di vista" dei cittadini.

**Attività svolta:** l'azienda ha aderito al progetto regionale di Audit Civico al fine di favorire forme di coinvolgimento dei cittadini nella gestione, rendendoli partecipi della programmazione e dell'attuazione delle politiche aziendali. A livello aziendale, il programma delle attività è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. Elaborazione e realizzazione del Piano Locale Aziendale di Comunicazione per pubblicizzare l'iniziativa AUDIT e reclutare i cittadini volontari;
2. Costituzione di una Equipe Mista Locale - operatori ASL e volontari - da dedicare all'attività di rilevazione delle informazioni, a seguito di adeguata formazione;
3. Elaborazione ed approvazione del Piano Aziendale di applicazione dell'Audit Civico nella ASL BR anni 2006/2009.

**Struttura referente:** Ufficio Relazioni con il Pubblico

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

## 13. OBIETTIVO GENERALE: CONTENIMENTO DELLE PERDITE DI GESTIONE E STRUMENTI DI GOVERNO AZIENDALE

**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.

**Attività svolta:** adozione di ogni iniziativa idonea a ridurre i costi "governabili" che rappresentano circa il 30% dei costi totali. Si segnala, tuttavia che il perseguimento del presente obiettivo è sicuramente di non facile realizzazione in quanto il contenimento del volume dei costi aziendali al livello sopra contemplato, attraverso la diminuzione dei costi direttamente governabili, richiederebbe azioni strategiche a forte impatto sulla struttura organizzativa e patrimoniale dell'azienda, che andrebbero sicuramente ad intaccare il buon livello di assistenza sanitaria attualmente assicurato al territorio di riferimento.

**Struttura referente:** Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo non raggiunto.

## 14. OBIETTIVO GENERALE: CONTENIMENTO DELLE PERDITE DI GESTIONE E STRUMENTI DI GOVERNO AZIENDALE

**Obiettivo specifico:** contenimento delle perdite di esercizio nella misura del 40% rispetto all'anno precedente.

**Attività svolta:** contenimento dei costi di telefonia mobile, attraverso una ricognizione delle utenze assegnate, al fine di razionalizzare la rete aziendale; monitoraggio dell'avanzamento degli obiettivi di piano, al fine di utilizzare le risorse disponibili con piena efficienza, efficacia e tempestività; utilizzo del nuovo sistema di informatizzazione al fine del controllo "on-line" delle prestazioni e dei correlati costi; aumento della produttività interna in termini di ricoveri ospedalieri al fine di ridurre l'incremento della mobilità passiva; verifica dei consumi farmaceutici presso i reparti, per analizzare eventuali consumi anomali, e definizione di linee guida per la prescrizione di farmaci innovativi;

**Struttura referente:** Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo non raggiunto.



#### 15. OBIETTIVO GENERALE: RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

**Obiettivo specifico:** dare attuazione al programma definito a livello regionale per l'abbattimento delle liste di attesa.

**Attività svolta:** gestione della totalità delle agende attraverso il sistema CUP centralizzato affidato in gestione alla Società SVIMSERVICE. Elaborazione mensile di un report, visionabile all'utenza, contenente, per ciascuna struttura erogante, i tempi di attesa di tutte le prestazioni erogabili dall'Azienda, nonché il numero di persone in attesa. Acquisto di prestazioni rese al di fuori dell'attività istituzionale (ex Art. 55 CCNL) da parte dei dirigenti medici dipendenti ai fini dell'abbattimento dei tempi d'attesa, come ad esempio visite cardiologiche, ecocolordoppler cardiaci e dei vasi, RMN encefalo e colonna, etc..

**Struttura referente:** UCG.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo in fase di implementazione.



#### 16. OBIETTIVO GENERALE: PUBBLICAZIONE SUL SITO WEB DEI PROVVEDIMENTI AZIENDALI

**Obiettivo specifico:** garantire la corretta e puntuale pubblicazione delle deliberazioni aziendali e delle determinazioni dirigenziali sul sito WEB dell'azienda.

**Struttura referente:** Ufficio per la Gestione degli Affari Generali;

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.



#### 17. OBIETTIVO GENERALE: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI MEDIANTE L'ADOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI INNOVATIVI

**Obiettivo specifico:** Implementazione e mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001:2008 nelle unità operative territoriali ed ospedaliere aziendali

**Attività svolta:**

1) Mantenimento Sistema Qualità ISO 9001:2008 Servizio NIAT , referenti Ufficio Qualità aziendale e Direzione NIAT

2) Certificazione e mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001:2008 nell'area Gestione Economico -Finanziaria referenti Ufficio Qualità aziendale e Direzione Area Gestione Economico Finanziaria

3) Certificazione e mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001:2008 nella U.O.C. di medicina trasfusionale del Presidio Ospedaliero "A. Perrino" di Brindisi" referenti Ufficio Qualità aziendale e Direzione Medicina Trasfusionale

4) Implementazione nell'U.O.C. di Pneumologia del Sistema Qualità ISO 9001:2008 referenti Ufficio Qualità aziendale e Direzione U.O.c. di Pneumologia

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.



#### 18. OBIETTIVO GENERALE: REDAZIONE DI UNA CARTA DEI SERVIZI E LINEE GUIDA DEL PERCORSO RIABILITATIVO NELLE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

**Obiettivo specifico:** Implementazione e mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001:2008 nelle unità operative territoriali ed ospedaliere aziendali

**Attività svolta:** sperimentazione presso le struttura di riabilitazione psichiatrica referenti Ufficio Qualità aziendale, direzione del Dipartimento di salute Mentale e gruppo di lavoro misto dipendenti del DSM e operatori del privato sociale

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

## 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.
- **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, essa 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.
- **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 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).
- **A.D.I.:** Assistenza Domiciliare Integrata
- **A.D.E.I.:** Assistenza Domiciliare Ematologica Integrata
- **A.D.O.:** Assistenza Domiciliare Oncologica
- **A.D.P.:** Assistenza Domiciliare Programmata
- **A.D.S.:** Assistenza Domiciliare Sanitaria
- **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
- **Back-office:** letteralmente *dietro ufficio*, nel significato di *retro-ufficio*, è quella parte di un'azienda (o di un'organizzazione) che comprende tutte le attività proprie dell'azienda, come il sistema di produzione o la gestione. Il *back office* comprende sia le attività di gestione dell'organizzazione, sia quelle di gestione dei procedimenti amministrativi. In pratica, il *back office* è tutto ciò che il cliente (o l'utente) non vede, ma che consente la realizzazione dei prodotti o dei servizi a lui destinati.
- **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, organismo costituito da parte aziendale e rappresentanti di Associazioni di Volontariato.
- **C.E.:** Conto Economico
- **CEIS:** Centre for Economics International Studies
- **CO.CO.CO.:** tipologia di contratto di lavoro: Collaborazione coordinata e continuativa
- **C.N.T.:** Centro Nazionale Trapianti
- **Costi Capitalizzati:** la voce contiene le sterilizzazioni effettuate sugli ammortamenti delle immobilizzazioni, se queste sono state pagate con risorse finanziarie provenienti dalla Regione. La sterilizzazione è effettuata per neutralizzare l'effetto sul risultato d'esercizio dei costi di ammortamento per gli acquisti effettuati con finanziamenti della Regione.
- **C.R.R.:** Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti
- **C.R.T.:** Centro Regionale Trapianti
- **C.S.M.:** Centro di Salute Mentale
- **C.U.P.:** Centro Unico Prenotazioni
- **Customer Satisfaction:** Letteralmente "soddisfazione del cliente". È riferito alle indagini effettuate per rilevare il gradimento dei servizi offerti.
- **D. Lgs.:** Decreto Legislativo
- **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
- **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.
- **D.G.R.:** Delibera di Giunta Regionale
- **D.I.E.F.** Documento di Indirizzo Economico e Finan-

ziario.

- **D.M.** : Decreto Ministeriale
- **D.S.M.:** Dipartimento di Salute Mentale
- **D.S.S.:** Distretto Socio Sanitario
- **FARMACUP:** Sistema di prenotazione presso le farmacie collegate al CUP aziendale.
- **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
- **H.P.V.:** Infezione da Papilloma Virus Umano
- **I.N.P.S.:** Istituto Nazionale Previdenza Sociale
- **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 di 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 in via telematica.
- **OO.SS.:** Organizzazioni sindacali
- **O.S.R.:** Osservatorio Sanitario Regionale
- **P.A.I.:** Piano di Assistenza Individuale
- **P.L.S.:** Pediatra di Libera Scelta
- **P.O.:** Presidio Ospedaliero: stabilimento singolo o più stabilimenti funzionalmente accorpati ed orga-

nizzati 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*.
- **P.U.A.:** Porta Unica di Accesso: strumento che consente all'utente di percorrere, a partire da un punto unico di accesso, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari, la cui realizzazione è gestita congiuntamente dal Comune e dalla ASL.
- **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 (clinical):** metodologia finalizzata alla prevenzione dei rischi legati alle attività sanitarie, 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.
- **R.S.S.A.:** Residenza Socio Sanitaria Assistenziale
- **SER.T:** Servizio per le tossicodipendenze
- **S.D.O.:** Scheda di Dimissione Ospedaliera
- **S.I.A.N.:** Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione. Svolge attività di tutela della salute pubblica dai rischi legati all'alimentazione.
- **SIATA:** Sistema integrato assistenza territoriale ambulatoriale
- **SIAV:** Servizio Veterinario
- **S.I.S.H.:** Servizio di Integrazione Scolastica per i diversamente abili.
- **S.I.S.P.:** Servizio Igiene e Sanità Pubblica Il S.I.S.P. 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.O.:** Stabilimento Ospedaliero
- **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
- **S.S.R.:** Servizio Sanitario Regionale
- **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.
- **TACP:** Terapia del Dolore e delle Cure Palliative
- **Tasso grezzo:** è il rapporto tra il numero di casi in cui si presenta la caratteristica in studio e la popolazione di riferimento.
- **T.B.:** Tubercolosi
- **U.O.:** Unità Operativa
- **U.O.C.:** Unità Operativa Complessa
- **U.O.S.:** Unità Operativa Semplice
- **U.R.P.:** Ufficio Relazioni con il Pubblico
- **UN.E.S.:** Unità di Epidemiologia e Statistica
- **U.O.C.I.S.S.:** Unità Operativa Complessa Integrazione Socio Sanitaria
- **Welfare:** da 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 disuguaglianze 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 ed incontri 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.

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 raccolti e analizzati vengono trasmessi alla Direzione Generale e pubblicati nello spazio dedicato al Bilancio Sociale sul sito aziendale.

## Risultati questionario di valutazione Bilancio Sociale anno 2007

All'edizione del Bilancio Sociale anno 2007 è stato allegato un questionario di valutazione per rilevare il gradimento del documento.

Il feed-back, necessario per raccogliere proposte migliorative di ogni successiva edizione, non è stato quello atteso. Il numero dei questionari presentati, infatti, è troppo esiguo per consentire un'analisi attendibile dei dati.

Probabilmente il Bilancio Sociale non viene ancora percepito come utile strumento di lavoro. Siamo, tuttavia, consapevoli di una "mancanza", da parte del gruppo di lavoro, nell'organizzazione dei focus group previsti dal Piano, come occasione di confronto da attuare nella fase successiva alla pubblicazione del documento che renderebbe più efficace il Piano di comunicazione con il conseguente riscontro del lavoro svolto.

Per questa terza edizione ci auguriamo una maggiore partecipazione che solleciti il Gruppo a migliorare il lavoro in tutte le sue parti.

Sentiamo di aggiungere che la redazione del documento ci ha consentito di riconoscere in questo strumento un'utilità sempre maggiore anche nel lavoro quotidiano. La raccolta dei dati e la successiva analisi ha permesso di cogliere aspetti nuovi e sostanziali riguardanti la gestione delle attività, che diversamente non sarebbero emersi.



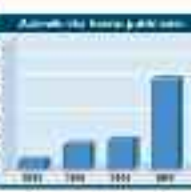
# Il Sole 24 Ore Sanità: Bilancio Sociale, strumento spot

## Negli ultimi dieci anni migliaia di strutture sanitarie hanno fatto ricorso alla rendicontazione

# Bilancio sociale, strumento spot

Linee guida definite da quattro Regioni - In molti casi è stato pubblicato in

La pubblicazione del bilancio sociale è un obbligo che si è imposto alle aziende sanitarie italiane a partire dal 2004. In questi anni, migliaia di strutture sanitarie hanno fatto ricorso alla rendicontazione sociale, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti. In molti casi, il bilancio sociale è stato pubblicato in forma di libro, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti.



Il bilancio sociale è uno strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti. In molti casi, il bilancio sociale è stato pubblicato in forma di libro, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

**La Adesione ha un costo medio di 100 euro**

Regione	Struttura	Area geografica	Attività	Costo medio	Attività	Costo medio
Centro	100	100	100	100	100	100
Nord	100	100	100	100	100	100
Sud	100	100	100	100	100	100
Isola	100	100	100	100	100	100

**PIÙ DI**

Adesione	Bilancio sociale	2004
100	100	100
100	100	100
100	100	100
100	100	100

159

## per riconoscere le attività svolte, ottive e risultati raggiunti

# e per poche aziende

una sola edizione senza pensare al lungo periodo



Il bilancio sociale è uno strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti. In molti casi, il bilancio sociale è stato pubblicato in forma di libro, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

**Per il bilancio sociale**

Il bilancio sociale è uno strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti. In molti casi, il bilancio sociale è stato pubblicato in forma di libro, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti.



Il bilancio sociale è uno strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti. In molti casi, il bilancio sociale è stato pubblicato in forma di libro, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

Il bilancio sociale è uno strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti. In molti casi, il bilancio sociale è stato pubblicato in forma di libro, strumento che ha permesso di rendere conto delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

Fonte: Osservatorio

## Gruppo di Lavoro

Bilancio Sociale ASL BR anno 2009

Gianluca <b>CAPOCHIANI</b>	Coordinatore Bilancio Sociale – AGREF
Ernesto <b>ALLEGRO</b>	Unità di Statistica ed Epidemiologia
Marcello <b>BACCA</b>	AGREF
Angelo <b>CAMPANA</b>	Servizi Socio-Sanitari
Roberta <b>COCCIOLO</b>	Dipartimento di Salute Mentale – NIAT
Valter <b>De NITTO</b>	U.O. Risk Management
Claudia <b>D’ONOFRIO</b>	Direzione Amministrativa P.O. Perrino
Vanessa <b>GIANNUZZI</b>	Collaboratrice esterna AGREF
Carlo <b>LEO</b>	Unità Controllo di Gestione
Prassede <b>MARTINA</b>	U.O. Qualità e Accreditamento
Ida <b>SANTORO</b>	Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
Viviana <b>SCARANO</b>	Dipartimento di Salute Mentale
Giuseppe <b>SPAGNOLO</b>	Unità di Statistica ed Epidemiologia
Stefano <b>TERMITE</b>	SISP Dipartimento di Prevenzione

160

*Si ringraziano tutti coloro che con il loro contributo hanno reso possibile la stesura del documento.*

Volume stampato  
con l'utilizzo dei contributi di  
Banca Intesa - Banco di Napoli

**Progetto grafico:**  
Leo Tropicano

**Foto di Ida Santoro:**  
pag. 11, 69, 70, 115, 116, 120,  
127, 131, 135, 141, 144

**Stampa:**  
Donzelli Image  
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**