



# 2011



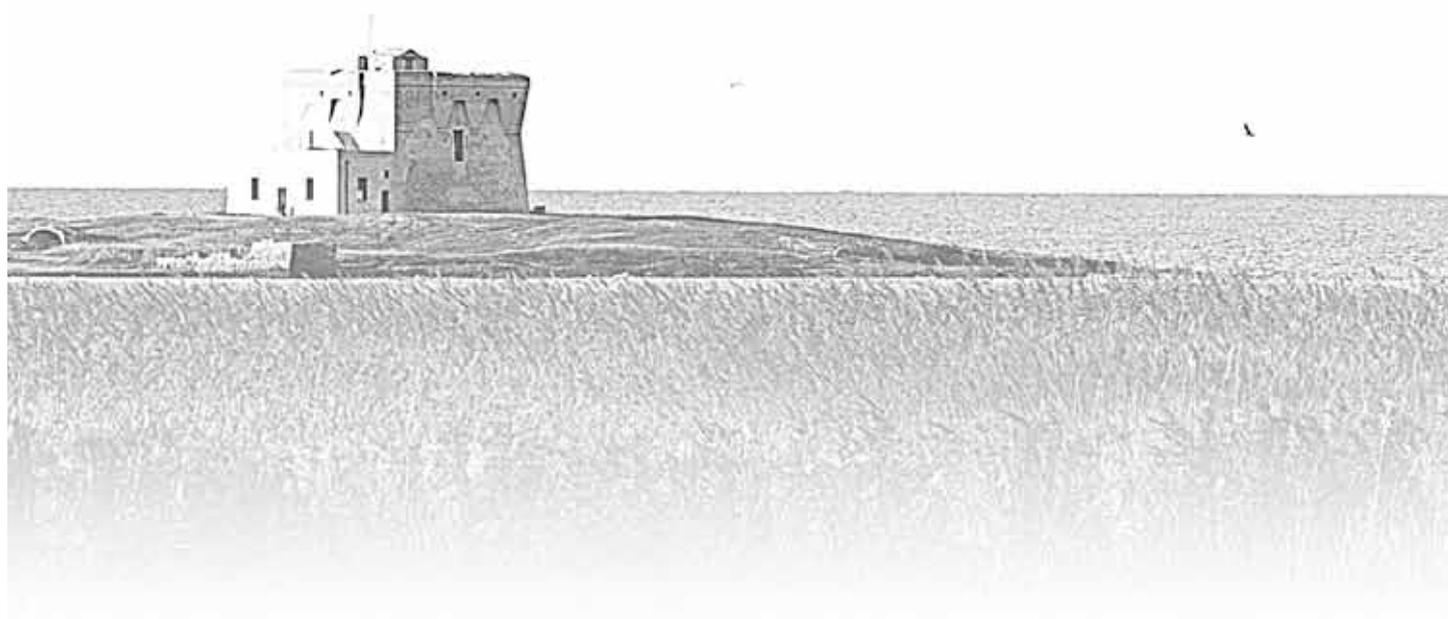
## BILANCIO SOCIALE

Azienda Sanitaria Locale BR  
Brindisi



Regione Puglia





# 2011

## BILANCIO SOCIALE

Azienda Sanitaria Locale BR  
Brindisi



# Indice

Presentazione	5
Metodologia	6
Mappa dei Portatori d'interesse	7
Struttura del documento	8
Piano di comunicazione	9

## Parte prima - Contesto ed 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 e direzione strategica	24
1.6	Modello organizzativo	28

## Parte seconda – Relazione sociale 37

2.1	Utenti	38
2.1.1	Cittadini assistibili	38
2.1.2	Anziani	82
2.1.3	Popolazione in età evolutiva	83
2.1.4	Popolazione con disagio psichico	85
2.1.5	Popolazione con dipendenze patologiche	86
2.2	Risorse umane	88
2.2.1	Consistenza e caratteristiche del personale	88
2.2.2	Formazione	94
2.2.3	Internalizzazione	95
2.2.4	Relazioni sindacali	96
2.2.5	Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	97
2.2.6	Sistemi di valutazione e verifica	98
2.3	Personale convenzionato	100
2.3.1	Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di continuità assistenziale	100
2.3.2	Medici Specialisti ambulatoriali	102
2.4	Strutture private accreditate	103
2.5	Farmacie	104

2.6	Fornitori	106
2.7	Enti e Istituzioni	109
2.8	Associazioni di volontariato	112
2.9	Attività trasversali	116
2.9.1	La funzione di pubblica tutela	116
2.9.2	Informazione e Comunicazione	120
2.9.3	Trasparenza	123
2.9.4	Sanità elettronica	124
2.9.5	Ricerca	126
2.9.6	Sistema ambientale	131

### **PARTE TERZA - Rendiconto economico 135**

3.1	Analisi delle fonti disponibili	136
3.2	Analisi degli impieghi delle fonti disponibili	138
3.3	Bilancio d'esercizio	140
3.4	Analisi dei finanziamenti ricevuti	143
3.5	Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza	145
3.6	Costo della produzione per stakeholder	146
3.7	Investimenti	147

### **PARTE QUARTA - Raggiungimento degli obiettivi e miglioramento continuo 151**

4.1	Raggiungimento degli obiettivi	152
4.2	Qualità	160
4.3	Accreditamento delle strutture sanitarie	161
4.4	Rischio Clinico	163

### **APPENDICI**

	Risultati questionario di valutazione anno 2009	168
	Glossario	173
	Gruppo di lavoro	176

# Presentazione

Al Lettore

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

La pubblicazione di questa quarta edizione, riferita agli anni 2010 e 2011, conferma la volontà, da parte di questa Direzione, di considerare l'adozione del documento una prassi consolidata per l'Azienda, nell'ottica di trasparenza della gestione, comunicazione dei risultati e rappresentazione degli effetti sul territorio.

Nel generale contesto di crisi, che ha avuto forti ripercussioni anche in Sanità, il Bilancio Sociale, partendo da un'accurata analisi dei dati raccolti, diventa ancor più indispensabile strumento di rendicontazione sociale e di controllo continuo sulle attività. Nel corso degli anni il lavoro è stato arricchito dalle osservazioni e dai suggerimenti dei lettori, di fondamentale e prezioso apporto.

Preme evidenziare, inoltre, che la presente edizione è stata sostenuta dalla Regione Puglia come "best practice" di riferimento regionale, utile anche alla sua progressiva estensione ed adozione nelle altre Aziende Sanitarie ed istituti del Servizio Sanitario Regionale.

Un ringraziamento va ai rappresentanti degli stakeholder coinvolti nel processo di produzione della salute ma anche di rendicontazione, per la partecipazione attenta ed interessata, compresi tutti coloro che lavorano nella nostra Azienda, il nostro Capitale Umano, la cui motivazione ha reso possibile il raggiungimento degli obiettivi.

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

5

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr.ssa Paola CIANNAMEA

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr.ssa Graziella DI BELLA

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr. Stefano ROSSI

# Metodologia

Il Bilancio sociale anno 2011 è a cura del Gruppo di lavoro interaziendale, nominato dal Direttore Generale. Contiene dati ed informazioni relativi al biennio 2010/2011, ed è giunto alla sua quarta edizione.

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

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

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

<b>Fase</b>	<b>Azioni</b>	<b>Strumenti</b>
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 2010/2011 (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>

*Il Gruppo di Lavoro*  
Bilancio Sociale ASL BR anno 2011

<sup>1</sup> Deliberazione ASL BR n. 272 del 10.02.2012 "Bilancio Sociale 2011: costituzione gruppo di lavoro"

# 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 rivolto.



7

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*
- Personale convenzionato → *collaborazione e complementarietà*
- Strutture private accreditate/Farmacie/Fornitori → *qualità e trasparenza*
- Università e ricerca → *innovazione*
- Enti ed Istituzioni → *reciprocità*
- Associazioni → *partecipazione e collaborazione*

# Struttura del documento

Il Bilancio sociale è articolato in quattro Sezioni:

## I SEZIONE CONTESTO ED 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 RELAZIONE SOCIALE

Viene descritto il sistema delle relazioni sociali e gli effetti dell'attività aziendale nei confronti delle 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.

## III SEZIONE RENDICONTO ECONOMICO

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

## IV SEZIONE IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ED IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Sono descritti gli obiettivi previsti per l'anno 2011 ed il loro livello di raggiungimento, in coerenza con la programmazione aziendale e in accordo con le direttive regionali. Vengono descritte, inoltre, le attività che contribuiscono al miglioramento continuo.

# Piano di comunicazione

Per diffondere la conoscenza del documento vengono messe in atto 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 Portale Regionale della Salute [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it) sezione ASL BR 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 di volontariato, ecc.;
- focus group con gli stakeholder dell'Azienda;
- invio diretto del documento ad Istituzioni, Ordini, Enti, Autorità locali, ecc..

La lettura del Bilancio Sociale si completa con 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 successive edizioni.

I dati raccolti e analizzati vengono trasmessi alla Direzione Generale e pubblicati nello spazio dedicato al Bilancio Sociale sul Portale Regionale della Salute nella sezione ASL BR.





1

CONTESTO E  
IDENTITÀ AZIENDALE

L'Azienda Sanitaria Locale BR di Brindisi nasce a seguito dell'accorpamento delle sei ex Unità Sanitarie Locali avvenuto nel gennaio 1995, 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". Provvedimenti regionali successivi, con particolare riferimento alla Legge n. 25 del 3.08.2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale", hanno influito sull'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie, con nuove funzioni attribuite al Collegio di Direzione e il potenziamento del Distretto Socio-Sanitario e dei Comitati Consultivi Misti. Cambiamenti importanti sono derivati, altresì, 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.

Gli anni 2010 e 2011 sono stati caratterizzati dall'applicazione del Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010 -2012<sup>6</sup>, adottato dalla Regione Puglia a seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 - Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 - al fine di ristabilire l'equilibrio economico finanziario delle regioni in deficit.

La sottoscrizione di tali Accordi, volti al conseguimento di obiettivi di contenimento dei costi, consente l'accesso a finanziamenti aggiuntivi finalizzati a ridurre i disavanzi. In questo contesto si inserisce la nostra regione, che da molti anni presenta un quadro preoccupante di equilibrio economico finanziario.

<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> D.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> D.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

<sup>6</sup> DGR n. 2624 del 30.11.2010 ad oggetto "Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - Approvazione".

Legge regionale n. 2 del 9 febbraio 2011 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012".

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi 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>q</sup> 1.839. Il Comune di Brindisi ha la superficie più estesa: Km<sup>q</sup> 328,55, seguono per estensione Ostuni, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica e Fasano.

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

La ASL di Brindisi è suddivisa in quattro Distretti che raggruppano da un minimo di due ad un massimo di nove Comuni (Distretto n. 1: Brindisi, San Vito dei Normanni; Distretto n. 2: Fasano, Cisternino, Ostuni. Distretto n. 3: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli. Distretto n. 4: Mesagne, Cellino San Marco, Erchie, Latiano, Sandonaci, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Torre Santa Susanna, Torchiarolo).



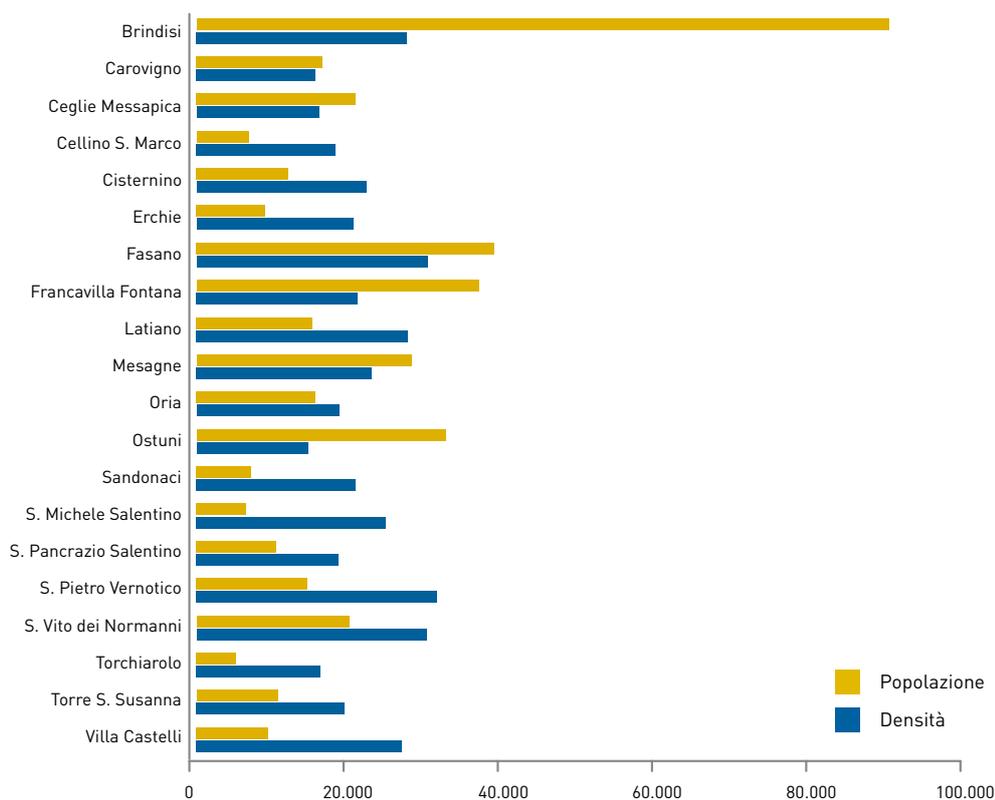
- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1 Brindisi         | 11 Oria                   |
| 2 Carovigno        | 12 Ostuni                 |
| 3 Ceglie Messapica | 13 Sandonaci              |
| 4 Cellino S. Marco | 14 S. Michele Salentino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

Distretti		Superficie (km/q)	Abitanti (n°), abitanti (km/q)	Densità	Differenza 2010/2011
Distretto 1	Brindisi	394,9	109.581	277,5	-0,1
Distretto 2	Fasano	406,6	82.857	203,8	0,04
Distretto 3	Francavilla F.	555,6	104.706	187,9	0,58
Distretto 4	Mesagne	482,4	106.085	220	-0,35
Totale	ASL BR	1839,5	403.229	219,21	0,07

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

Il Distretto n. 1 ha il maggior numero di abitanti ed è anche quello più densamente popolato, mentre, tra i Comuni, è San Pietro Vernotico a vantare la maggiore densità abitativa (312,88 abitanti x Km<sup>q</sup>).

## Anno 2011 Densità e Popolazione per Comune

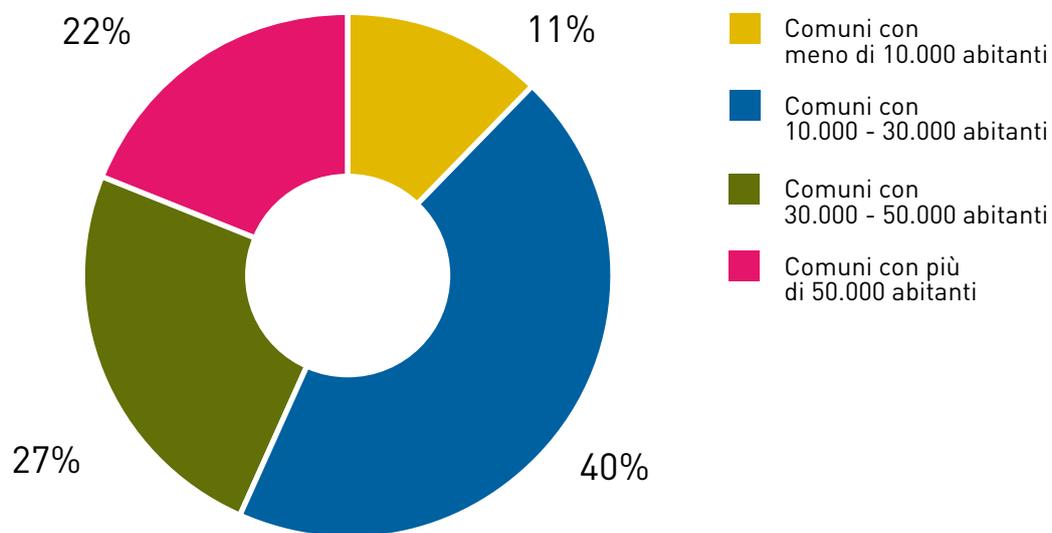


14

Fonte: Un.E.S

## Dispersione % abitanti 2011

Il 22,27% della popolazione vive nel Capoluogo, unico Comune a superare i 50.000 abitanti. L'11% vive in Comuni con meno di 10.000 abitanti; la restante parte si suddivide in Comuni che contano tra i 20.000 ed i 30.000 abitanti.



Fonte: Un.E.S

## La popolazione della provincia di Brindisi

La popolazione della provincia di Brindisi al **1.01.2011** è di **403.229** abitanti, di cui **193.540 maschi** e **209.689 femmine**.

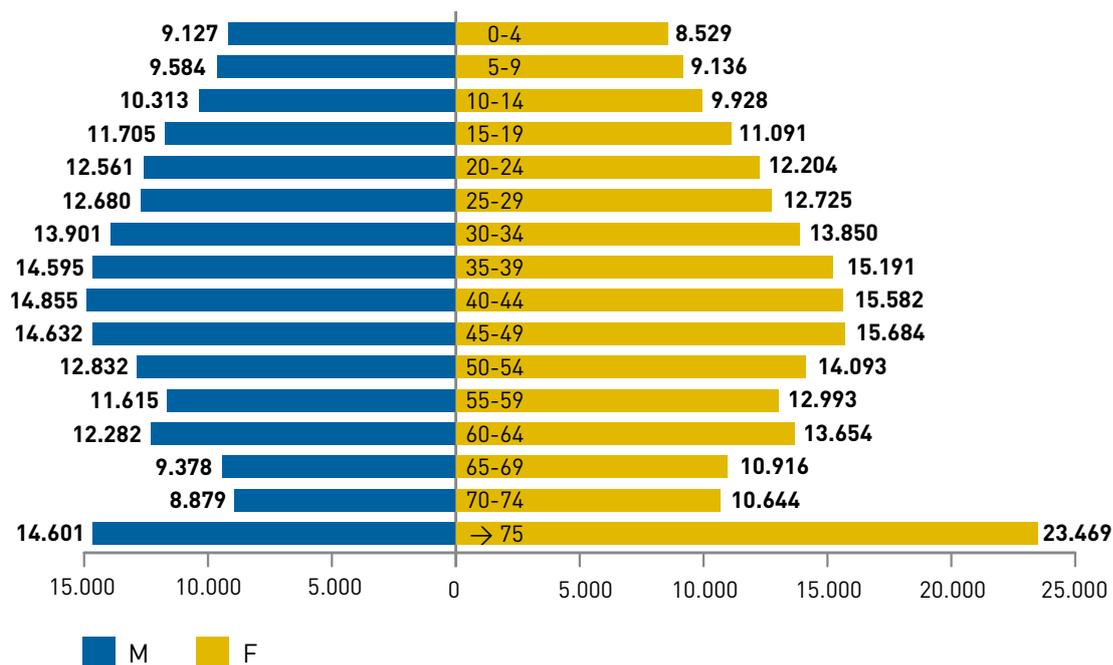
COMUNE	Maschi	Femmine	Totale	%
Brindisi	42.970	46.810	89.780	22,27
Carovigno	8.041	8.266	16.307	4,04
Ceglie Messapica	9.830	10.860	20.690	5,13
Cellino San Marco	3.212	3.543	6.755	1,68
Cisternino	5.737	6.147	11.884	2,95
Erchie	4.333	4.614	8.947	2,22
Fasano	18.713	19.944	38.657	9,59
Francavilla Fontana	17.561	19.032	36.593	9,07
Latiano	7.325	7.695	15.020	3,72
Mesagne	13.208	14.652	27.860	6,91
Oria	7.456	7.980	15.436	3,83
Ostuni	15.213	17.103	32.316	8,01
Sandonaci	3.372	3.678	7.050	1,75
San Michele Salentino	3.130	3.290	6.420	1,59
San Pancrazio Salentino	5.000	5.342	10.342	2,56
San Pietro Vernotico	6.758	7.622	14.380	3,57
San Vito dei Normanni	9.478	10.323	19.801	4,91
Torchiarolo	2.537	2.642	5.179	1,28
Torre S. Susanna	5.066	5.486	10.552	2,62
Villa Castelli	4.600	4.660	9.260	2,30
<b>Totale</b>	<b>193.540</b>	<b>209.689</b>	<b>403.229</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT elaborazione Un.E.S.

## Popolazione per fasce d'età e sesso anno 2011

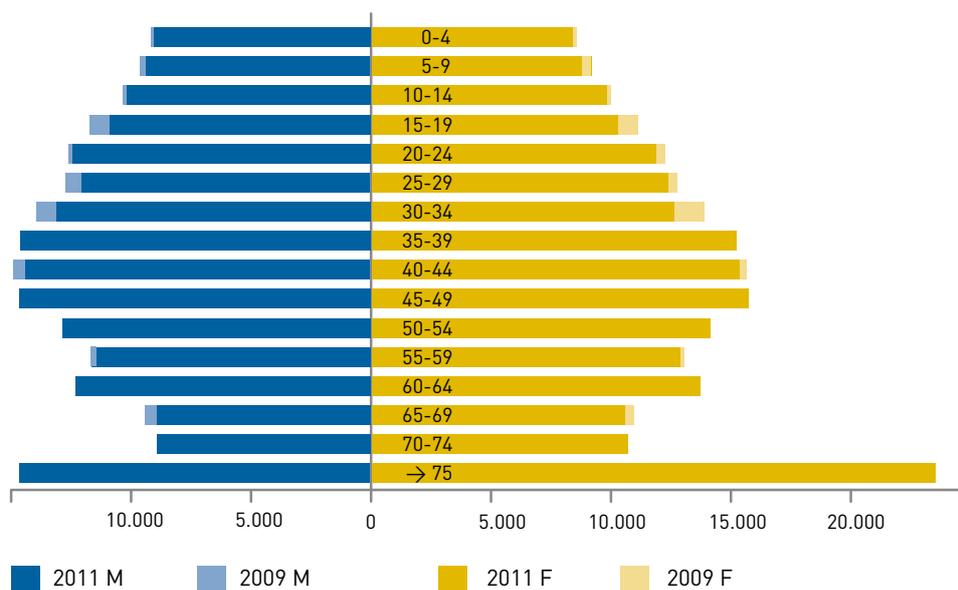
La piramide dell'età conferma la presenza di un maggior numero di maschi solo nelle fasce più giovanili e un ulteriore invecchiamento della popolazione.

Nel 2009 i maschi e le femmine, nella fascia d'età 75 ed oltre, erano rispettivamente 13.967 e 22.775, complessivamente il 9,10% della popolazione totale; nel 2011 sono 14.601 e 23.469, con un incremento di 634 unità per gli uomini e 694 per le donne, complessivamente il 9,44% della popolazione totale.



Dati fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Il grafico successivo mostra l'evoluzione della popolazione negli anni 2009/2011 per fasce d'età e sesso.



**Totale 2009 = 402.891    Totale 2011 = 403.229**

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

16

La tabella 1 conferma il dato di una decrescita naturale di circa il 0,5 per mille su base annua negli ultimi tre anni ed una variazione totale della popolazione, nel 2011, del -0,9 per mille, al di sopra del dato regionale (-0,2) e di quello del Mezzogiorno (-0,1), ed in controtendenza con il dato nazionale (+3,7).

**Tabella 1 - Bilanci demografici Confronti- Anni 2008-2011 (per 1.000 abitanti)**

	Crescita Naturale				Saldo Migratorio Totale				Crescita Totale			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
<b>Brindisi</b>	-0,1	-0,5	-0,4	-0,5	-0,1	1,0	0,7	-0,4	-0,2	0,5	0,3	-0,9
Puglia	1,0	0,6	0,6	0,2	-0,2	0,5	1,2	-0,6	0,8	1,1	1,8	-0,2
Mezzogiorno	0,6	0,2	0,2	-0,1	0,8	1,1	1,3	-0,1	1,4	1,3	1,5	-0,1
<b>ITALIA</b>	-0,1	-0,3	-0,4	-0,6	7,3	5,3	5,1	4,3	7,1	5,0	4,7	3,7

Fonte: stime ISTAT

Il tasso generico di natalità, sempre inferiore a quello della Puglia, del Mezzogiorno e dell'Italia, si riduce ulteriormente dall' 8,9 del 2009 all' 8,4 per mille del 2011, seguendo il trend delle altre aree. La mortalità, nel 2011, si attesta attorno all' 8, 9 per mille, superiore a quello della Puglia (8,7) ma inferiore a quello del Mezzogiorno (9,2) e dell'Italia (9,7). Dopo anni di stabilità nel numero di matrimoni, l'ISTAT stima per il 2011 un notevole incremento della nuzialità.

**Tabella 2 - Tassi generici di natalità, mortalità e nuzialità 2008-2011 (per 1.000 abitanti)**

	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*
Brindisi	8,9	8,9	8,5	8,4	9,0	9,4	8,9	8,9	4,6	4,6	4,5	6,3
Puglia	9,4	9,3	9,1	8,9	8,4	8,7	8,5	8,7	4,8	4,6	4,5	4,3
Mezzogiorno	9,6	9,4	9,3	9,1	9,0	9,2	9,1	9,2	4,8	4,6	4,4	4,2
<b>ITALIA</b>	<b>9,6</b>	<b>9,5</b>	<b>9,3</b>	<b>9,1</b>	<b>9,8</b>	<b>9,8</b>	<b>9,7</b>	<b>9,7</b>	<b>4,1</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>

\*Stima

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

La provincia di Brindisi, come la Puglia e l'intero Mezzogiorno, continua ad essere interessata dal fenomeno emigratorio che, per il 2011, l'ISTAT non prevede possa essere compensato dalla immigrazione proveniente dall'estero.

**Tabella 3 - Tassi generici di migratorietà 2008-2011 (per 1.000 abitanti)**

	Saldo migratorio interno				Saldo migratorio con l'estero				Saldo migratorio per altro motivo				Saldo migratorio totale			
	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*
<b>Brindisi</b>	<b>-2,3</b>	<b>-0,9</b>	<b>-1,3</b>	<b>-1,6</b>	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>	<b>1,4</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,1</b>	<b>1,0</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,4</b>
Puglia	-2,8	-1,8	-1,8	-2,1	2,8	2,5	3,1	1,9	-0,2	-0,2	-0,1	-0,4	-0,2	0,5	1,2	-0,6
Mezzogiorno	-2,7	-1,7	-1,9	-2,2	3,7	3,1	3,6	2,5	-0,2	-0,3	-0,4	-0,4	0,8	1,1	1,3	-0,1
<b>ITALIA</b>	<b>0,3*</b>	<b>0,3*</b>	<b>0,2*</b>	<b>0,1*</b>	<b>7,6</b>	<b>6,0</b>	<b>6,3</b>	<b>5,3</b>	<b>-0,6</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,3</b>	<b>-1,1</b>	<b>7,3</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>4,3</b>

\*Stima

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

L'invecchiamento della popolazione della provincia è confermato dalla riduzione percentuale della popolazione nelle fasce d'età giovanili e dall'aumento dello 0,26% nella fascia d'età degli over 65. L'indice di Dipendenza strutturale, condizionato dal maggior numero degli anziani, aumenta, sino a superare il 50%. L'indice di vecchiaia 137,57 è più vicino al dato nazionale 144,50, che a quello regionale 125,20.

L'età media sale a 42,17 anni, contro il 41,56 del resto della Puglia.

**Tabella 4 - Indicatori strutturali della popolazione al 1 gennaio 2011**

	Brindisi 2010	Brindisi 2011	Puglia 2011	Sud 2011	Italia 2011
% pop. 0-14 anni	14,17	14,04	14,78	15,07	14,04
% pop. 15-64 anni	66,77	66,64	66,71	66,96	65,67
% pop. 65 anni o più	19,06	19,32	18,51	17,97	20,29
Indice di dipendenza strutturale	49,77	50,05	49,91	49,35	52,28
Indice di dipendenza anziani	19,06	19,32	18,51	17,97	20,29
Indice di vecchiaia	134,53	137,57	125,20	119,27	144,50
Età media	41,86	42,17	41,56	41,17	43,00

Dati fonte ISTAT - elaborazione Un.E.S.

### Gli stranieri

La popolazione straniera aumenta passando da 5.905 unità, al 1/1/2009, a 6.686 al 1/01/2010, ed a 7.437 unità al 1/01/2011.

### Popolazione straniera residente al 01/01/2011 per sesso

	Provincia di Brindisi 2008	Provincia di Brindisi 2011	Puglia 2009	Italia Meridionale 2011	Italia 2011
Maschi	2.715	3.268	44.298	194.517	2.201.211
Femmine	3.190	4.169	51.411	244.716	2.369.106
<b>Totale</b>	<b>5.905</b>	<b>7.437</b>	<b>95.709</b>	<b>439.233</b>	<b>4.570.317</b>

\*Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S.

### CONTESTO E IDENTITÀ AZIENDALE

Viene riconfermata la preponderanza della presenza femminile rispetto a quella maschile. I cittadini non comunitari regolarmente presenti sul territorio nel 2011 sono 2.955.

### Cittadini non comunitari, divisi per motivo della presenza, al 1° gennaio 2011.

	Lavoro	Famiglia	Religione	Residenza elettiva	Studio	Asilo	Richiesta asilo	Umanitari	Salute	Altro	Totale
Brindisi	1.002	1.140	66	7	36	115	104	424	14	47	2.955
Puglia	20.800	14.607	426	76	434	1.114	754	4.155	137	524	43.027
Sud	112.101	58.079	2.470	381	1.881	2.556	1.602	9.102	414	2.218	190.804
ITALIA	1.054.659	691.256	25.076	6.243	40.833	16.747	3.798	35.842	4.303	18.571	1.897.328

\*Fonte ISTAT - Elaborazione Un.E.S

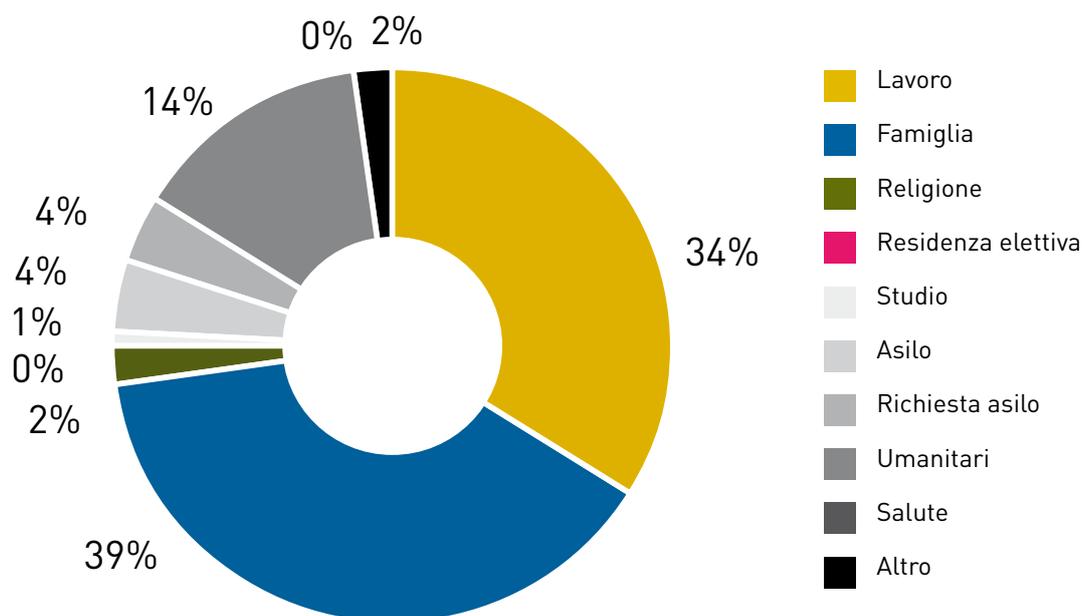
(a) Il dato relativo ai minori di 18 anni è provvisorio. L'Istat sta effettuando una stima a partire dai dati del Ministero dell'Interno che, a causa dei ritardi di registrazione, sottovalutano la presenza di minori.

(b) Sono esclusi coloro che hanno un permesso per soggiornanti di lungo periodo o carta di soggiorno.

(c) Sono compresi, oltre ai documenti di soggiorno individuali rilasciati per ragioni familiari, i minori al seguito di un adulto anche se presente per motivo diverso.

I permessi di soggiorno concessi sono motivati, in maggioranza, dai ricongiungimenti familiari e da motivi di lavoro, seguiti poi dai motivi umanitari e dalle richieste di Asilo.

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



18

### Mortalità

Le malattie del sistema circolatorio sono sempre la prima causa di morte, anche se in decremento. La seconda causa di morte è rappresentata dalle patologie tumorali, in costante aumento, specie nel sesso femminile.

La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ha sopravanzato quella per malattie dell'apparato digerente ed è in costante aumento soprattutto nel sesso maschile.

Negli ultimi anni è da segnalare un incremento della mortalità per traumatismi ed avvelenamenti, in particolare nel sesso femminile.

## Decessi annuali ogni 100.000 abitanti (tasso grezzo)

	Maschi				Femmine			
	1998	2001	2004	2007	1998	2001	2004	2007
	2000	2003	2006	2009	2000	2003	2006	2009
Malattie infettive e parassitarie	7,6	3,3	5,4	6,7	9,9	5,6	3,5	4,8
Tumori	270,9	280,9	277,9	282,5	164,6	187,5	172,9	195,7
Malattie ghiandole endocrine, nutrizione e metabolismo e disturbi immunitari	6,1	10,9	21,3	31,5	11,5	19,0	32,9	45,7
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	3,7	3,1	2,1	2,2	3,5	3,5	5,4	3,0
Disturbi psichici	5,3	12,9	13,8	10,7	7,3	14,5	14,2	19,1
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	11,5	14,7	27,5	28,6	9,6	16,3	23,9	41,4
Malattie del sistema circolatorio	388,5	356,5	308,7	332,7	423,2	402,3	364,5	383,9
Malattie dell'apparato respiratorio	34,5	71,4	78,6	81,5	31,4	46,4	41,6	48,2
Malattie dell'apparato digerente	49,6	57,5	51,2	51,5	38,0	39,9	38,0	44,4
Malattie dell'apparato genito-urinario	23,3	16,9	18,0	20,3	24,8	15,8	15,6	20,2
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	0,3	0,0	1,3	0,8	1,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,5	0,3	1,7	2,9	0,9	2,1	4,1	7,5
Malformazioni congenite	1,9	3,5	3,6	3,3	2,5	3,3	2,1	3,0
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	4,9	2,2	2,9	3,1	3,0	1,3	1,9	2,2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	32,1	20,0	32,3	41,5	34,3	36,7	36,8	47,4
Traumatismi ed avvelenamenti	48,4	41,2	43,9	50,0	11,7	11,8	16,1	28,3
<b>TOTALE</b>	<b>889,1</b>	<b>895,5</b>	<b>889,3</b>	<b>949,6</b>	<b>776,5</b>	<b>807,1</b>	<b>774,4</b>	<b>896,5</b>

Fonte: Un.E.S.

La mortalità per tutti i tumori è maggiore nei maschi, con un rapporto di circa 3/2 rispetto al sesso femminile. La mortalità per tumori dell'apparato respiratorio, nel sesso maschile, è in lieve diminuzione, ma rimane la più importante causa di morte per neoplasia; nel sesso femminile è in costante aumento, pur essendo, in valori assoluti, solo la terza causa di morte per tumore. Nella donna è in aumento la mortalità sia per tumore della mammella che del colon, rispettivamente prima e seconda causa di morte per neoplasie.

19

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

	Maschi				Femmine			
	1998	2001	2004	2007	1998	2001	2004	2007
	2000	2003	2006	2009	2000	2003	2006	2009
Tumori maligni labbro, cavità orale e faringe	6,3	4,5	5,7	7,9	1,4	1,1	1,1	1,3
Tumori maligni esofago	4,1	3,3	3,3	1,9	0,5	0,2	0,3	0,6
Tumori maligni stomaco	12,7	10,5	14,2	13,6	6,6	9,7	6,2	8,1
Tumori maligni colon	14,6	16,2	13,7	20,3	12,9	18,2	15,6	19,1
Tumori maligni retto, giunzione rettosigmoidea e ano	6,5	6,4	4,5	6,7	6,0	3,0	4,0	4,6
Tumori maligni fegato e dotti biliari intraepatici	23,9	20,2	15,6	14,8	10,9	12,0	9,3	8,1
Tumori maligni laringe	6,5	5,2	5,5	3,8	0,0	0,5	0,2	0,5
Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni	80,6	83,9	80,5	80,0	10,4	12,8	14,8	18,5
Tumori maligni mammella della donna	-	-	-	-	30,5	33,2	28,2	37,1
Tumori maligni collo utero	-	-	-	-	0,5	0,8	1,4	1,7
Tumori maligni altre e non specificate parti dell'utero	-	-	-	-	8,2	10,2	7,5	8,3
Tumori maligni prostata	26,5	30,9	25,7	28,8	-	-	-	-
Tumori di Hodgkin ed altri tumori dei tessuti linfatico ed ematopoietico	10,7	12,3	12,6	11,0	9,3	10,4	8,8	7,2
Leucemie	8,1	11,6	8,8	8,3	7,3	7,8	5,7	5,9
Altri tumori maligni	68,2	73,8	82,3	82,9	58,2	65,5	64,8	70,8
Carcinomi in situ, tumori benigni, di comportamento incerto e di natura non specificata	2,2	2,2	5,5	2,4	1,9	2,2	4,9	4,0
<b>TOTALE</b>	<b>270,9</b>	<b>280,9</b>	<b>277,9</b>	<b>282,5</b>	<b>164,6</b>	<b>187,5</b>	<b>172,9</b>	<b>195,7</b>

Fonte: Un.E.S.

## 1.2.1 Ecosistema urbano

Nel 2011 la novità principale per il XVIII Rapporto di Legambiente sulla qualità ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia è stato il dimensionamento delle classifiche secondo tre grandi categorie: 15 grandi città sopra i 200.000 abitanti, 44 medie città tra i 200.000 e 80.000 abitanti e 45 piccole città sotto gli 80.000 abitanti. Belluno si è confermata alla testa della classifica delle città con meno di 80.000 abitanti, mentre le prime classificate tra le grandi e medie città sono state rispettivamente Venezia e Bolzano. Inoltre Belluno è l'unica tra tutte ad aver superato come indice di valutazione il 70% (seconda Verbania con 69,83%). Per trovare le città più sostenibili bisogna andare a nord, arrivare a Belluno, Bolzano e Venezia. Di limiti, di lacune, di pecche abbonda invece il sud, soprattutto la Sicilia che riesce a piazzare suoi capoluoghi in fondo alle graduatorie, sia in quella delle grandi città (con Palermo, Messina e Catania), sia in quella delle medie (Siracusa), sia in quella delle piccole (Caltanissetta). In mezzo a questi due estremi non solo geografici c'è l'Italia dei centri urbani, luoghi dove si fa fatica a rintracciare qualche segno di indiscutibile miglioramento. Se è vero che qualche dato, qualche numero, segnala lievi progressi (aumenta del 2% la raccolta differenziata) è altrettanto vero che siamo ancora in piena emergenza smog e rifiuti, che la mobilità resta pesantemente congestionata, che il trasporto pubblico è colmo di difetti, che la depurazione è inadeguata. Complessivamente nella classifica generale i capoluoghi di provincia pugliesi migliorano, Brindisi guadagna 9 posizioni e si assesta al 61 posto, Taranto al 64 guadagna 2 posizioni, Lecce al 71 posto (+ 10), Bari al 54 (+7) e Foggia scende al 87 posto perde 5 posizioni.

### Classifica finale ecosistema urbano (dati 2009, elaborazione 2010)

Pos	Città	2009	dif	Pos	Città	2009	dif	Pos	Città	2009	dif			
1	Belluno	71,48%	2°	1	Matera	53,23%	42°	6	Lecce	46,99%	81°	10		
2	Verbania	70,41%	1°	-1	37	Rimini	53,04%	50°	13	72	Ragusa	46,65%	84°	12
3	Parma	67,48%	3°	0	38	Bergamo	52,84%	41°	3	73	Vicenza	46,60%	79°	6
4	Trento	67,32%	6°	2	39	Ancona	52,81%	24°	-15	74	Torino	45,92%	77°	3
5	Bolzano	64,06%	4°	-1	40	Biella	52,62%	31°	-9	75	Roma	45,78%	62°	-13
6	Siena	62,65%	5°	-1	41	Trieste	52,41%	23°	-18	76	L'Aquila	45,76%	63°	-13
7	La Spezia	62,57%	8°	1	42	Asti	52,17%	26°	-16	77	Grosseto	44,75%	55°	-22
8	Pordenone	61,89%	37°	29	43	Lodi	51,79%	60°	17	78	Rieti	44,74%	32°	-46
9	Bologna	61,86%	9°	0	44	Vercelli	51,61%	47°	3	79	Lecco	44,69%	30°	-49
10	Livorno	61,38%	12°	2	45	Firenze	51,53%	38°	-7	80	Teramo	44,63%	72°	-8
11	Savona	61,33%	7°	-4	46	Macerata	51,49%	27°	-19	81	Alessandria	43,11%	68°	-13
12	Ravenna	61,03%	18°	6	47	Ascoli Piceno	51,42%	59°	12	82	Como	42,27%	86°	4
13	Gorizia	60,22%	10°	-3	48	Cagliari	51,22%	29°	-19	83	Benevento	42,14%	71°	-12
14	Ferrara	59,28%	36°	22	49	Pesaro	50,97%	56°	7	84	Viterbo	42,07%	94°	10
15	Venezia	59,14%	14°	-1	50	Varese	50,81%	35°	-15	85	Pistoia	41,66%	69°	-16
16	Prato	58,89%	17°	1	51	Brescia	50,69%	48°	-3	86	Reggio Calabria	41,30%	76°	-10
17	Aosta	58,59%	15°	-2	52	Isernia	50,32%	95°	43	87	Foggia	40,67%	82°	-5
18	Reggio Emilia	58,28%	28°	10	53	Arezzo	50,29%	64°	11	88	Catanzaro	40,54%	85°	-3
19	Salerno	58,13%	34°	15	54	Bari	49,80%	61°	7	89	Nuoro	38,88%	92°	3
20	Cuneo	57,81%	13°	-7	55	Cosenza	49,46%	67°	12	90	Siracusa	37,57%	93°	3
21	Mantova	57,56%	11°	-10	56	Novara	49,20%	53°	-3	91	Caltanissetta	36,70%	99°	8
22	Oristano	57,28%	74°	52	57	Massa	49,02%	57°	0	92	Enna	36,10%	97°	5
23	Cremona	57,26%	19°	-4	58	Chieti	48,99%	43°	-15	93	Imperia	35,58%	87°	-6
24	Modena	56,64%	44°	20	59	Caserta	48,77%	83°	24	94	Frosinone	35,02%	100°	6
25	Perugia	56,34%	16°	-9	60	Verona	48,74%	52°	-8	95	Messina	34,74%	96°	-1
26	Potenza	56,20%	40°	14	61	Brindisi	48,61%	70°	9	96	Napoli	34,53%	89°	-7
27	Terni	55,48%	21°	-6	62	Padova	48,34%	54°	-8	97	Agrigento	32,18%	101°	4
28	Piacenza	55,21%	51°	23	63	Milano	48,18%	46°	-17	98	Trapani	30,76%	98°	0
29	Avellino	55,01%	80°	51	64	Taranto	48,08%	66°	2	99	Vibo Valentia	30,07%	88°	-11
30	Udine	54,99%	33°	3	65	Rovigo	48,06%	58°	-7	100	Latina	29,98%	91°	-9
31	Pisa	54,86%	25°	-6	66	Pescara	47,75%	65°	-1	101	Palermo	29,30%	90°	-11
32	Genova	54,79%	22°	-10	67	Sassari	47,38%	49°	-18	102	Crotone	29,09%	102°	0
33	Forlì	54,02%	45°	12	68	Lucca	47,21%	75°	7	103	Catania	21,32%	103°	0
34	Pavia	54,00%	20°	-14	69	Treviso	47,20%	78°	9					
35	Sondrio	53,41%	73°	38	70	Campobasso	47,04%	39°	-31					

L'Azienda Sanitaria Locale BR realizza le finalità del Servizio Socio Sanitario Regionale, impiegando nel processo di assistenza le risorse ad essa assegnate in modo efficiente. Per Missione aziendale si intende la ragione fondante e legittimante l'esistenza dell'Azienda, essa ha alla sua base la centralità del cittadino/utente e la risposta ai suoi bisogni di salute.

### ***Missione aziendale***

La missione aziendale è la tutela della salute dei cittadini attraverso l'attività di promozione, prevenzione, assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-sanitaria integrata e di monitoraggio, erogate con strutture proprie e con strutture terze pubbliche o private, nel quadro di una oculata gestione delle risorse economiche disponibili. La ASL eroga attività sanitarie di base e specialistiche mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative.

### ***Visione aziendale***

La tutela della salute, che trae origine dall'art. 32 della Costituzione Italiana, è garantita dalla ASL di Brindisi attraverso prestazioni di carattere preventivo, curativo e riabilitativo, per rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni di salute della popolazione residente nel naturale bacino d'utenza. Le specifiche funzioni aziendali sono esercitate in due diversi livelli: Servizi Territoriali e Presidi Ospedalieri.

La Visione si fonda su valori importanti che orientano l'Azienda nello svolgimento delle proprie finalità:

- il soddisfacimento dei bisogni del Cittadino/Utente;
- la formazione e lo sviluppo delle risorse umane;
- l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore;
- la ricerca della massima efficienza ed efficacia possibili.

### **Fattori chiave di successo della ASL BR**

I punti focali individuati per condurre l'Organizzazione verso il successo attraverso il miglioramento continuo delle prestazioni, sono di seguito specificati:

- la qualità delle prestazioni sanitarie;
- l'integrazione nel Sistema di Gestione Qualità del rischio clinico;
- la riduzione dei tempi di risposta ai clienti-utenti;
- l'innovazione tecnologica e la ricerca medico-scientifica;
- il servizio complessivo orientato a soddisfare le esigenze dei Clienti/Utenti;
- la promozione di adeguati rapporti professionali con i Medici Convenzionati;
- la cura del clima interno e la promozione del processo di aggregazione aziendale;
- la puntuale attenzione all'eventuale disservizio attraverso i canali istituzionali e gli enti esterni;
- il miglioramento dell'accessibilità alle strutture;
- il mantenimento e la promozione di legami collaborativi con il volontariato organizzato;
- i costi competitivi delle attività sanitarie.

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 da disposizioni regionali. Le priorità attuative di programmazione sanitaria regionale sono state definite in coerenza con il Piano Regionale di Salute 2008-2010, con il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, con quanto previsto dalle norme in materia di finanza pubblica e di contenimento dei costi, nonché con il Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010 -2012<sup>7</sup>.

Il citato Piano di rientro contiene una serie di obiettivi ed interventi da attuare ai fini del contenimento e razionalizzazione delle spesa corrente, che risultano prioritari e vincolanti per le Aziende Sanitarie e rappresentano obiettivi essenziali posti a carico dei Direttori Generali e dell'intero management dell'Azienda<sup>8</sup>. Pertanto, nel biennio in esame, l'Azienda è stata impegnata essenzialmente nell'emanazione di atti per l'attuazione degli adempimenti previsti dal Piano. Con legge n. 12 del 24.09.2010 la Regione Puglia aveva già disposto il blocco del turn-over per gli anni 2010, 2011 e 2012 per la riduzione dei costi del personale. Si intuisce che detti Piani si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide fortemente sulla organizzazione interna. I provvedimenti che riguardano ristrutturazioni significative, vengono adottati dopo il confronto con i diversi attori presenti sul territorio: Sindaci dei Comuni della provincia, Organizzazioni Sindacali, Associazioni ed Organismi di Tutela, per la valutazione di suggerimenti e proposte.

La programmazione, nonostante il contenimento della spesa, è sempre mirata a garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e alla predisposizione di una rete efficiente di servizi in grado di rispondere ai bisogni di salute, con l'impegno, al contempo, di risanare il deficit promuovendo il recupero dell'efficienza nell'utilizzazione delle risorse.

### Obiettivi

Obiettivi specifici, che hanno orientato l'azione dell'Azienda, sono quelli individuati con il Documento di indirizzo economico-funzionale emanato dalla Regione Puglia per gli anni 2010 e 2011, nonché con atto regionale di nomina del Direttore Generale<sup>9</sup>.

#### 1. area assistenza ospedaliera

- riorganizzazione della rete ospedaliera;
- miglioramento dei livelli di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, con il conseguimento di una riduzione del tasso di ospedalizzazione a favore dell'implementazione delle prestazioni in regime di day-service;

<sup>7</sup> DGR n. 2624 del 30.11.2010 ad oggetto "Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - Approvazione". Legge regionale n. 2 del 9 febbraio 2011 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012".

<sup>8</sup> DIEF Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012 cap. 4.6 "Obiettivi generali, specifici e azioni operative per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012".

<sup>9</sup> D.G.R. n.723 del 9.05.2008 e D.G.R. n. 2502 del 15.11.2011

- adeguamento delle prestazioni ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- potenziamento dell'assistenza 118;
- riduzione della mobilità sanitaria extraregionale;
- attuazione del piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale.

## **2. area assistenza territoriale**

- potenziamento della rete dei servizi territoriali e integrazione dell'offerta ospedale-territorio;
- realizzazione di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento e messa a regime della Porta Unica di Accesso (PUA) e della Unità di Valutazione Multidimensionale in collaborazione con gli Ambiti Territoriali per garantire l'accesso integrato alla rete dei servizi e la presa in carico del paziente;
- potenziamento della rete consultoriale e delle Case della Salute.

## **3. prevenzione**

- potenziamento delle funzioni dei Dipartimenti territoriali;
- potenziamento dei programmi di prevenzione e di screening della popolazione;
- promozione della salute e sani stili di vita della popolazione;
- incremento degli interventi in materia di sicurezza alimentare;
- rilancio di politiche per la tutela della salute mentale e per la prevenzione di dipendenze patologiche;
- attuazione dei piani straordinari di monitoraggio sanitario e veterinario nei territori maggiormente esposti a rischi di inquinamento ambientale;
- attuazione del Patto per la Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro;
- revisione e monitoraggio dell'attività di prevenzione.

## **4. obiettivi generali**

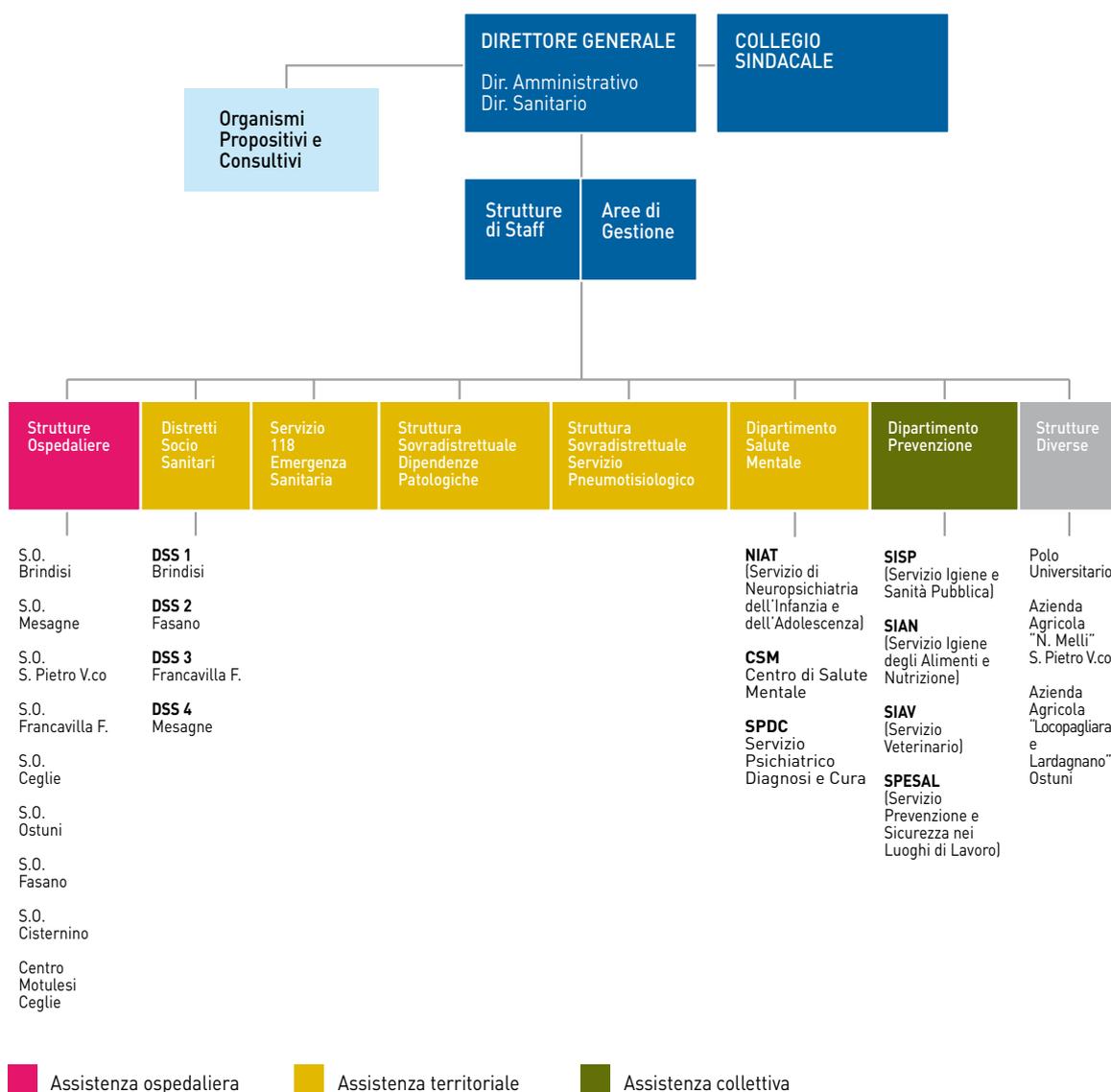
- riduzione della spesa corrente e dei costi di produzione dei servizi;
- contenimento dei costi del personale: blocco del turn-over; contenimento delle consulenze sanitarie e non sanitarie e di altri incarichi professionali, monitoraggio della libera professione, rideterminazione della consistenza organica;
- ottimizzazione degli acquisti per la riduzione dei costi;
- organizzazione dell'offerta sanitaria e adeguamento della rete dei servizi;
- governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi e prestazioni;
- potenziamento dei sistemi e azioni di verifica, monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie;
- monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica;
- risk management e sistemi di qualità;
- sviluppo della comunicazione ed informazione sanitaria;
- programmazione aziendale delle attività formative;
- conclusione del processo di stabilizzazione del personale;
- attuazione del modello di Sanità Elettronica, sviluppo ed evoluzione del nuovo sistema informativo sanitario (Edotto) e sviluppo di tecnologie ICT;
- potenziamento dei sistemi di informazione e comunicazione istituzionale, nonché di partecipazione attiva dei cittadini;
- potenziamento di servizi interattivi con i cittadini (call center, servizi on line, ecc.);
- semplificazione delle procedure di accesso alle cure ed ai procedimenti amministrativo-contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- miglioramento dell'efficienza nella gestione dei pagamenti ai fornitori e relativi tempi;
- adozione di strumenti di governance (aggiornamento degli atti e regolamenti di organizzazione aziendale).

# 1.5

## Organi di governo e direzione strategica

L'attuale assetto aziendale discende dalle vigenti normative nazionali e regionali.

### ORGANIGRAMMA ASL BR



## **Organi di Governo e Direzione Strategica**

Sono organi dell'Azienda Sanitaria il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale.

### **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 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 la seguenti funzioni:

- verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- effettua periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni 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.

25

## **LA DIREZIONE STRATEGICA**

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

### **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 strategica**

La Direzione aziendale, 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 diversi processi aziendali.

### **Strutture di staff**

- Segreteria Direzionale
- Affari Generali
- Struttura Burocratica Legale
- Unità di Programmazione e Controllo di Gestione
- Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
- Ufficio CUP aziendale
- Unità di Statistica ed Epidemiologia
- Servizi Socio-Sanitari
- Ufficio Formazione
- Ufficio Qualità e Accreditamento
- Gestione del Rischio Clinico
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
- Servizio di Sorveglianza Sanitaria
- Nucleo di Valutazione

L'organizzazione delle strutture di staff è flessibile ed elastica per permettere, ove necessario, una rapida ed efficace integrazione delle diverse attività svolte. Nel 2010 e 2011, per disposizioni regionali<sup>10</sup>, sono intervenute modifiche all'organizzazione di alcune Unità e ne sono state istituite di nuove.

26

### **Aree di Gestione**

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

## **ORGANISMI PROPOSITIVI E CONSULTIVI**

### **La Conferenza dei Sindaci**

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). E' 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;

<sup>10</sup> DIF anno 2010

- 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 dall'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.

### **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.

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

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

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

### **Il Consiglio dei Sanitari**

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

27

### **Il Comitato Etico**

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.

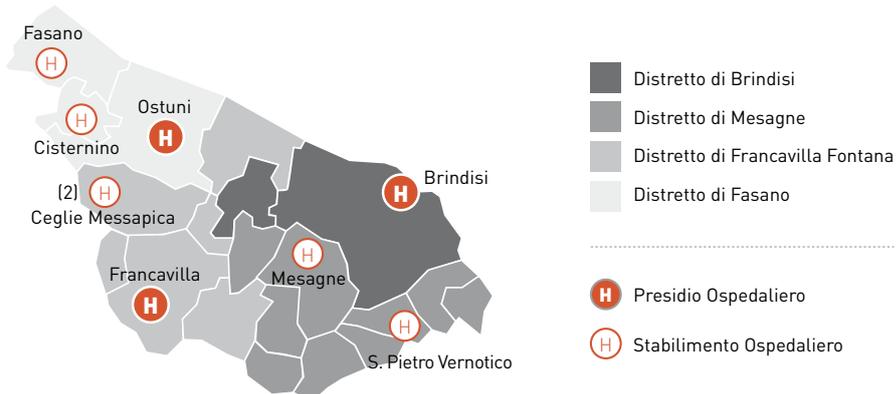
Ai sensi del DM 12/05/06 il Comitato Etico deve garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

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 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. L'applicazione del Piano di rientro 2010-2012 incide sul modello organizzativo a partire da dicembre 2011 con l'avvio della riorganizzazione delle rete ospedaliera, conclusa nell'anno successivo. Pertanto, per il periodo in esame, non si ritiene riportarne il dettaglio, se non in relazione al numero dei posti letto, ridotti per effetto del Piano.

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



28

### 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 le Unità Operative di degenza suddivise per stabilimento, con i relativi posti letto medi dell'anno 2011.

### ANNO 2011 - POSTI LETTO TOTALI MEDI SU MODELLI UNES HSP 22BIS

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	24			48	24	3		27	23	15	38	113
CHIRURGIA PLASTICA	20				20								20
CHIRURGIA VASCOLARE	19				19								19
DERMATOLOGIA	10				10								10
EMATOLOGIA	20				20								20
ENDOCRINOLOGIA	10				10								10
GERIATRIA	51		20		70								70
GRANDI USTIONATI	8				8								8
LUNGODEGENZA		17	15		32		6	17	23		23	23	77
MALATTIE INFETTIVE	18				18								18
MEDICINA INTERNA	32	18	25		75	24	33		57	17	10	27	159
NEFROLOGIA	20				20					14		14	34
NEONATOLOGIA	12				12								12
NEUROCHIRURGIA	20				20								20
NEUROLOGIA	32				32								32
NEURORIABILITAZIONE				60	60								60
NIDO	0				0	0	0		0			0	0
OCULISTICA	13				13								13
ONCOLOGIA	20				20								20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 1	27				27	24			24	19	4	23	73
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2	26				26								26
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	47				47	10	17		27	22		22	95
OTORINOLARINGOIATRIA	20				20								20
PEDIATRIA	21				21	10	18		28	20		20	69
PNEUMOLOGIA			22		22		24		24				46
PSICHIATRIA			13		13						12	12	25
RECUPERO E RIABILITAZIONE				45	45								45
TERAPIA INTENSIVA	16				16								16
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8				8								8
UNITA' CORONARICA	8				8					8		8	16
UROLOGIA	24				24								24
TOTALE	550	60	95	105	808	96	101	17	214	138	63	201	1.224

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

Si fa presente che, a seguito delle disposizioni regionali previste dal Piano di rientro, nel corso del 2011 l'Azienda ha provveduto a riorganizzare la rete ospedaliera con progetti di riqualificazione di alcuni stabilimenti, con particolare riferimento a quello di Ceglie Messapica e di Cisternino, che a fine anno vengono convertiti in strutture territoriali<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Deliberazione ASL BR n. 3136 del 6.12.2011 "Adozione progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento Ospedaliero di Ceglie Messapica in Presidio Territoriale Polifunzionale"; Deliberazione n. 215 del 2.02.2012 "Adozione progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento Ospedaliero di Cisternino in Presidio Territoriale per le cronicità".

## 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 e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche, , Struttura Sovradistrettuale 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.).

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

#### 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, Torchiariolo, 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.

- **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 di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale (NIAT)**

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

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

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

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

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

La Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche svolge le attività riconducibili all'area di intervento delle dipendenze da sostanze di abuso legali (alcol, tabacco, e taluni psicofarmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabis, ecstasy ed altre droghe) e del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Si avvale di un Sistema Informatico Regionale per l'inserimento dei dati relativi alle prestazioni svolte. Alla Struttura fanno capo i SERT istituiti dal DPR 309/90 e D.M. 444/90, 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, avvalendosi anche degli Enti Ausiliari per l'inserimento dell'utenza in programmi residenziali e semi-residenziali da svolgere nelle Comunità Terapeutiche.

I SERT devono assicurare 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 della 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;
- 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) dell'uso di droghe ed 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**

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 una U.O.C. " 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.

Al Servizio Pneumotisiologico fanno capo gli Ambulatori Pneumologici Territoriali così distribuiti sul 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;
- 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.

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):

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

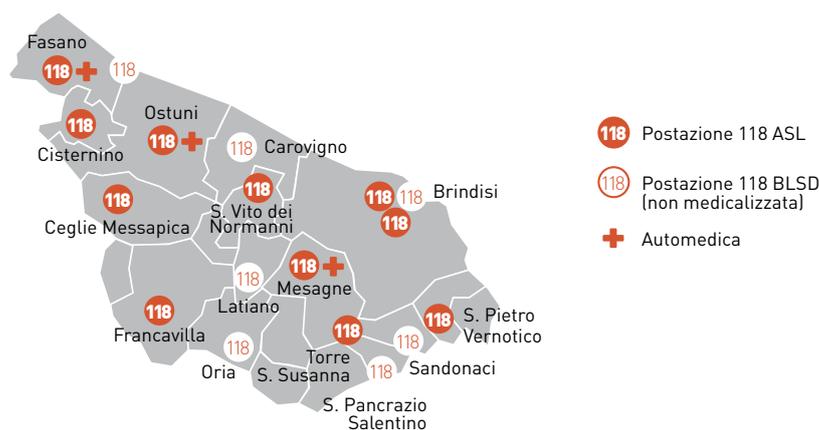
### Servizio 118 - Emergenza Sanitaria

Il Servizio territoriale di Emergenza-Urgenza Sanitaria (S.E.U.S.) gestisce la Centrale operativa del 118, numero di telefono gratuito, attivo 24 ore su 24, attraverso il quale si attiva il soccorso sanitario. Il servizio 118 si fonda su un'organizzazione complessa, che coinvolge diverse professionalità, commisurata alle esigenze del territorio, per popolazione ed estensione, la cui efficienza, tuttavia, è subordinata al suo corretto utilizzo da parte dell'utente. Perché il soccorso sia sempre tempestivo ed efficace occorre quindi ricorrere al servizio 118 solo nelle reali situazioni di emergenza o urgenza, rivolgendosi alle altre articolazioni dell'assistenza sanitaria sul territorio in tutti gli altri casi.

Sul territorio provinciale sono attive 18 Postazioni territoriali: 11 "Mike" medicalizzate (ALS) e 7 "Victor" non medicalizzate (BLS):

- Area Nord: Fasano – Mike, Ostuni – Mike, Cisternino – Mike, Ceglie M. – Mike, S. Vito dei Normanni – Mike, Speciale, Carovigno.
- Area Sud: Brindisi-Perrino – Mike, Brindisi-Centro – Mike, Brindisi-Porto, S. Pietro V.co – Mike, Mesagne – Mike, Francavilla F. – Mike, Torre S. Susanna. – Mike, Oria, Latiano, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino.

33



## 1.6.3 Assistenza Collettiva

### Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione<sup>12</sup> è la struttura della ASL preposta alla prevenzione collettiva, promozione e tutela della salute pubblica da diversi rischi di natura infettiva,

<sup>12</sup> Regolamento regionale n. 13 del 30 giugno 2009

igienico-ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa. Il Dipartimento, quindi, lavora per analizzare, prevedere e prevenire tutte quelle situazioni che potrebbero nuocere alla salute delle persone.

I compiti del Dipartimento di Prevenzione sono diversi e molto importanti:

- tiene sotto controllo le malattie infettive;
- si interessa di vaccinazioni;
- studia i rischi per la salute che derivano dall'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo,
- tutela la salute nei luoghi di vita e di lavoro (abitazioni, ristoranti, alberghi, scuole, uffici, fabbriche, officine, campi);
- sorveglia gli allevamenti per evitare le malattie degli animali;
- controlla gli alimenti e le bevande dal punto di vista dell'igiene;
- organizza attività di educazione alla salute;
- svolge visite mediche nel campo della medicina legale (ad esempio: le visite mediche per le patenti o quelle per gli invalidi).

Per fare tutto ciò, 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.

34

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

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica si occupa della tutela della salute dei cittadini, della salubrità degli ambienti di vita e della promozione di corretti stili di vita; garantisce la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita. Le attività proprie del SISP sono dirette a tutte le componenti della popolazione (infantile, adulta ed anziana) e si compiono attraverso interventi di assistenza, sostegno, controllo, vigilanza, formazione ed informazione.

Il Servizio si occupa, inoltre, dei problemi medico-legali relativi ai singoli cittadini (ad esempio: le visite mediche per le patenti, i porto d'armi, quelle per gli invalidi, ecc.) ed alle strutture sanitarie.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- prevenzione delle malattie infettive e parassitarie, sorveglianza epidemiologica, vaccinazioni;
- prevenzione negli ambienti di vita;
- consulenza e profilassi ai viaggiatori internazionali ed ai migranti;
- prevenzione 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;
- vigilanza e controllo sulle attività sanitarie e strutture turistico ricettive e termali.

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

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ha come compito fondamentale la tutela della salute della popolazione per gli aspetti legati all'alimentazione; si occupa pertanto della tutela della salute del cittadino consumatore, provvedendo al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti ed a contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria del cittadino e della popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

In particolare, 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 alimentare (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.)**

Il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come compito fondamentale la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro, attraverso le funzioni di controllo, vigilanza e di promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, allo scopo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro e al miglioramento del benessere del lavoratore.

In particolare, 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**

Il Servizio Veterinario Area A svolge attività di controllo e tutela della salute degli animali domestici e d'allevamento con l'obiettivo di tutelare la salute pubblica ed il benessere animale.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie trasmissibili dall'animale all'uomo (zoonosi);
- profilassi delle malattie infettive e trasmissibili tra animali;
- trattamenti immunizzanti e inoculazioni diagnostiche;
- realizzazione di piani di risanamento zootecnico;
- profilassi della rabbia, lotta al randagismo, tenuta anagrafe canina;
- gestione dell'anagrafe del bestiame.

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

Il Servizio Veterinario Area B si occupa del controllo delle materie prime di origine animale destinate a diventare alimento per il consumo umano.

Il suo obiettivo primario è la tutela della salute del consumatore, attraverso un accurato e minuzioso controllo sulla produzione, trasformazione, conservazione, trasporto, commercializzazione e distribuzione di tutti gli alimenti di origine animale e loro derivati.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- controllo su impianti di produzione, lavorazione, somministrazione, di carni, uova, prodotti della pesca, latte e derivati, miele, alimenti d'origine animale in genere;
- controllo nelle derrate alimentari per la ricerca di residui di antiparassitari, di altri prodotti inquinanti chimici ed individuazione di fattori di rischio da inquinamento ambientale;
- anagrafe di tutti gli impianti di produzione di alimenti di origine animale operanti sul territorio;
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine animale.

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

Il Servizio Veterinario Area C vigila sul benessere degli animali sia da reddito che da affezione, sull'utilizzo del farmaco veterinario, sulla riproduzione animale, sulla tutela dell'ambiente dall'allevamento intensivo, sulla produzione dei mangimi, sulla produzione del latte alla stalla, cura la raccolta, il trasporto, lo smaltimento delle spoglie animali. Focalizza l'attenzione su di un processo che prende le mosse dall'ambiente in cui un animale nasce, si riproduce, vive, e si conclude col ritorno delle sue spoglie all'ambiente stesso.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- controllo su uso del farmaco veterinario e della presenza dei residui nelle produzioni zootecniche;
- controllo sulla riproduzione animale;
- controllo su latte alla stalla;
- controllo sul benessere animale;
- controllo sugli impianti di acquacoltura;
- controllo su produzione e commercio di mangimi medicati e sorveglianza BSE;
- controllo su raccolta e trasporto delle spoglie animali e dei sottoprodotti della macellazione.

36

I diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno una differente articolazione sul territorio per l'offerta delle attività rivolte ai cittadini e 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.



# 2

## RELAZIONE SOCIALE



### 2.1.1 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 sanitaria 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.

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, pari a 427.458 persone<sup>13</sup>, che risulta essere sempre significativamente superiore alla popolazione residente, pari a 403.229 residenti. A livello numerico il dato risulta pressoché costante negli ultimi anni, anche se si delinea via via 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:

<sup>13</sup> Elaborazione alla data di redazione del presente documento

- anziani
- popolazione in età evolutiva
- popolazione con disagio psichico
- popolazione con dipendenze patologiche

## 2.1.1.a Attività di prevenzione

Si illustra qui di seguito un prospetto delle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione per l'anno 2011. I dati riportati sono quelli forniti ufficialmente alla Regione Puglia per il debito informativo istituzionale; attualmente sono raccolti in via cartacea per cui possono risentire di imperfezioni nella raccolta. È in via di definizione a livello regionale l'informatizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione che permetterà di computare automaticamente tutte le attività e di valorizzarle dal punto di vista economico.

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	2010	2011
<b>Profilassi malattie infettive</b>		
N° notifiche di malattie infettive	294	264
N° di inchieste epidemiologiche a seguito di notifiche di malattie infettive	241	288
N° dei bambini residenti che hanno compiuto 24 mesi di età nell'anno e che hanno completato le somministrazioni delle 3 dosi di vaccini: differite, tetano, polio ed epatite B (il dato è riferito al numero dei principi attivi somministrati ai bambini appartenenti alla coorte target)		
	4981	3475
N° di vaccinazioni obbligatorie eseguite	41.602	42.079
N° di vaccinazioni raccomandate eseguite	79.302	74.020
<b>Educazione alla salute</b>		
N° Interventi di educazione sanitaria e correzione stili di vita	2.791	2.703
N° Interventi di informazione e formazione	2.791	3.881
N° di interventi di vigilanza sull'igiene delle scuole e degli alunni	351	162
<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	385	501
N° di interventi per l'igiene sull'abitato	423	608
N° di controlli sulle attività di barbiere, parrucchiere, estetista, ecc.	185	223
N° sopralluoghi su aziende non alimentari effettuati	265	411
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		
	107	193
N° di esposti pervenuti	435	637
N° di esposti verificati	377	547
<b>SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE</b>		
N° di aziende censite	7.004	7.456
<b>Controllo Ufficiale</b>		
N° di aziende alimentari ispezionate	741	653
N° campionamenti di alimenti eseguiti	456	364

N° aziende alimentari con irregolarità	123	68
N° provvedimenti sanitari	58	14
N° notizie di reato	14	9
<b>Controllo Straordinario</b>		
N° totale ispezioni effettuate	352	615
N° provvedimenti amministrativi	26	40
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	401	451
<b>Acque destinate al consumo umano</b>		
N° ispezioni sulle acque destinate al consumo umano	50	40
N° campionamenti sulle acque destinate al consumo umano	365	353
N° campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	12	22
N° provvedimenti per campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	5	0
<b>Ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti</b>		
N° campionamenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti	136	215
N° campioni di alimenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari irregolari	1	0
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari in attività	45	75
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari controllati	31	75
<b>Attività del centro di controllo micologico</b>		
N° eventi di formazione nei confronti di terzi	15	15
N° persone formate	442	469
N° interventi per intossicazioni da funghi	8	5
N° persone intossicate da funghi	16	5
N° certificati di commestibilità per il commercio	401	301
N° certificati per i privati	2.470	503

40

<b>SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
N° di denunce per malattie professionali registrate	50	27
N° di infortuni ricevuti e registrati	58	82
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di malattia professionale, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	56	22
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di infortuni sul lavoro, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	45	50
N° di piani di lavoro esaminati (amianto, edilizia)	316	289
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.	1.316	545
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	323	204
N° di esposti pervenuti	25	32
N° di esposti verificati	22	32

<b>SERVIZIO VETERINARIO - AREA A - Sanità animale</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
N° di interventi per l'igiene sull'abitato: sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio delle zoonosi	1.061	1.205
<b>Controllo sugli allevamenti di bestiame</b>		
N° di prelievi per piani nazionali di profilassi	39.454	36.671
N° di interventi di profilassi delle malattie ed indagini epidemiologiche nei casi di infezione	18	4
N° misure restrittive degli allevamenti infetti	23	3

N° di certificazioni rilasciate	2.738	2.521
N° operazioni di marcatura animali	2.521	2.576
N° di interventi sanitari su cani presso canili	1.599	1.333
N° osservazioni di cani ed altri animali morsicatori	608	359

#### **Controllo sugli animali da affezione**

N° di controlli legati alla gestione dell'anagrafe canina	2.289	1.636
N° di interventi finalizzati alla lotta al randagismo dei cani	2.335	1.955
N° di interventi di profilassi antirabbica	1.648	1.321
N° di passaporti rilasciati per animali da compagnia	181	175
N° di esposti pervenuti	291	243
N° di esposti verificati	291	243

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

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	16	26
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	800	1207

#### **Controllo sugli impianti di macellazione**

N° di autorizzazioni all'insediamento rilasciate	0	4
N° dei capi macellati	13.173	4.385
N° di campioni prelevati da capi macellati (piano residui, esami di laboratorio complementari al giudizio ispettivo)	135	50
N° di esami trichinoscopici effettuati	1.398	1.114
N° di certificazioni ed attestazione sulla salubrità degli alimenti di origine animale	378	237
N° di campioni per ricerche batteriologiche e chimico-fisiche prelevati da esercizi ed attività di vendita al dettaglio, mezzi di trasporto e stabilimenti (esclusi i macelli, molluschi e cefalopodi)	247	200

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

#### **Controllo sugli allevamenti di bestiame**

Piani di controllo sugli allevamenti autorizzati	0	8
Attività legate ai controlli sulla gestione igienico sanitaria	3	25
Farmacovigilanza	19	16
N° di controlli di benessere animale in allevamento	44	52
N° campionamenti di alimenti per animali	29	47
N° sopralluoghi ai negozi PETS (mangimi)	4	15
N° campioni per ricerca sostanze indesiderate	20	31
N° di controlli ufficiali sui centri di raccolta del latte e stabilimenti di produzione di prodotti a base di latte	5	0
N° sopralluoghi caseifici	0	17
N° prelievi tronco encefalico da animali destinati all'alimentazione umana	855	613
N° di esposti pervenuti	50	45
N° di esposti verificati	50	45
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	3

Fonte: Dipartimento di prevenzione

### **PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE (VACCINAZIONI)**

Il Dipartimento di Prevenzione, attraverso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ha provveduto all'organizzazione ed all'offerta delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate secondo il calendario vaccinale regionale vigente, garantendo l'ampio raggiungimento delle coperture previste. Tale risultato è stato garantito e monitorato attraverso l'utilizzo del sistema informatico regionale (GIAVA). La ASL BR ha accolto e dato seguito a quanto previsto dal "Piano Nazionale della Prevenzione - Progetto Vaccinazioni - predisponendo l'informatizzazione di tutti i centri vaccinali della provincia e l'imputazione dei dati storici e correnti; tale obiettivo è stato raggiunto per quanto riguarda l'acquisizione di apparecchiature informatiche, la messa in rete di tutti gli ambulatori ed è in stato di avanzata implementazione l'imputazione dei dati. E' stata inoltre ampliata l'offerta vaccinale introducendo i nuovi vaccini antirotavirus, antimeningococco C, antivaricella, anti HPV, antipneumococco 13-valente, antimeningococco coniugato quadrivalente ACYW135. Sempre nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive si pone il Centro di Medicina dei Viaggi, strutturato su n° 3 ambulatori, uno in Brindisi c/o il Dipartimento di Prevenzione, uno in Fasano c/o Ambulatorio Vaccinazioni ed uno in Mesagne c/o Ambulatorio Vaccinazioni. L'attività del Centro 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; ha l'autorizzazione del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute ad effettuare la vaccinazione contro la Febbre Gialla (anti-amarillica) ed al rilascio del relativo certificato ad uso internazionale. Il Centro, inoltre, offre sistematicamente la propria consulenza al personale ONU e di altre ONG e continua a registrare costantemente una crescente domanda di prestazioni. In questi primi 6 anni di attività si sono avuti circa 1.100 accessi. I risultati raggiunti in termini di coperture vaccinali, insieme alle attività di monitoraggio delle malattie infettive, quali ad esempio gli interventi presso il CARA di Restinco, il sistema di sorveglianza (SIMI), le attività di prevenzione ed informazione rivolte alla popolazione, hanno determinato un trend in discesa dell'incidenza, prevalenza e mortalità per patologia infettiva. Ulteriore notevole impegno è stato assicurato in ambito di prevenzione delle malattie infettive a seguito dell'avvenuta apertura dei centri di accoglienza migranti nei Comuni di Oria, Carovigno, Cisternino e Fasano, ove sono stati registrati alcuni casi di TBC e meningoencefalite.

42

### **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 ad 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 2011 sono state eseguite circa 1460 interviste i cui risultati saranno pubblicati a breve.

### **EDUCAZIONE ALLA SALUTE**

Il Dipartimento di Prevenzione è impegnato in diversi interventi di educazione alla salute

che vede prioritariamente coinvolto il mondo della Scuola.

#### **Programma regionale di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo “Club dei vincenti”**

E' rivolto agli alunni delle classi quarte/quinte delle scuole primarie con le seguenti finalità: fare in modo che gli alunni siano convinti di non fumare; fare in modo che gli alunni convincano gli altri a non fumare. Tanto attraverso una metodologia basata sulla promozione delle “life skills” (abilità sociali e intrapersonali), attraverso la problematizzazione, la documentazione, il confronto, l'approfondimento, elaborazione di strategie, assunzione di impegni. Il progetto prevede la formazione delle insegnanti (“target intermedio”), e successivamente il coinvolgimento degli alunni attraverso lo svolgimento di “5 attivazioni”. Hanno collaborato al progetto 10 scuole primarie di primo grado: per ciascun anno sono stati formati 150 insegnanti e coinvolti 350 alunni.

#### **Programma regionale di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo “Liberi di scegliere”**

Rivolto agli alunni delle classi seconde delle scuole secondarie di primo grado, il progetto fa parte del programma nazionale di prevenzione del tabagismo (CCM3) e integra il ciclo iniziato con il progetto “Club dei vincenti”, proponendo le seguenti finalità: aiutare i ragazzi a comprendere il complesso di fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare; potenziare le capacità di far fronte alle pressioni sociali; aiutare i ragazzi a saper essere “non fumatori”.

Adotta una metodologia incentrata sulla promozione delle “life skills” quale principale strumento di orientamento per la promozione dei comportamenti salutari. Hanno collaborato al progetto 8 scuole secondarie di primo grado con 104 insegnanti formati e circa 500 alunni coinvolti.

#### **Programma di prevenzione degli incidenti stradali alcol e droga correlati “Scegli la strada della sicurezza – Insieme per la sicurezza”**

I due titoli si riferiscono ad una programmazione nazionale di cui capofila è la Regione Piemonte. “Insieme per la sicurezza” afferisce al Programma nazionale “Guadagnare Salute in Adolescenza” (GSA), ed è rivolto ai ragazzi delle classi terze delle scuole secondarie di primo grado e delle classi seconde e quarte delle scuole secondarie di secondo grado. Tale progetto, condotto sul territorio provinciale dall'ufficio Educazione ed Informazione Sanitaria in stretta collaborazione della Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche, ha coinvolto Comandi di Polizia Municipale e della Polizia di Stato, che hanno collaborato attraverso la partecipazione attiva di personale specializzato agli incontri con gli alunni e/o insegnanti. Obiettivo generale è la promozione della sicurezza stradale attraverso la prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso/abuso di alcol e sostanze psicotrope. La metodologia usata è quella della “peer education” e delle lezioni interattive, avvalendosi in entrambi i casi di materiale informatico, con possibilità di accesso ed interazione con il sito ministeriale [www.droganograzie.it](http://www.droganograzie.it), oltre che del contributo dato dagli elaborati prodotti dagli stessi ragazzi. Il programma ha coinvolto 10 scuole secondarie di primo grado e 10 scuole secondarie di secondo grado con il coinvolgimento di 200 insegnanti e 2500 alunni.

#### **Programma di prevenzione di comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze d'abuso “Unplugged”**

E' basato sul metodo dell'influenza sociale che propone un modello dello sviluppo e dell'apprendimento umano complesso e dinamico, attraverso le interazioni tra l'individuo e il suo ambiente. “Unplugged” ha individuato nelle “life skills” lo strumento privilegiato per la promozione della salute in ambito scolastico con l'obiettivo di individuare i fattori di protezione (la relazione con gli altri, lo sport, la scuola, ecc.) capaci di supportare l'individuo in una delicata fase, quale l'adolescenza, in cui spesso si adottano comportamenti a rischio (fumo, alcol, droghe).

Attuato nella nostra ASL, come esperienza pilota, dall'Ufficio Educazione ed Informazione Sanitaria in stretta collaborazione con la Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche, è rivolto agli alunni della 1ª classe di scuola superiore. Sono stati reclutati 10 Istituti d'Istruzione secondaria di secondo grado in tutto il territorio provinciale nei quali sono stati formati 32 insegnanti (target intermedio) con un "target finale" individuato in 16 classi.

#### **Programma di promozione dell'attività fisica per adulti "4 Passi per la Salute"**

Il Progetto, articolazione territoriale del Programma Nazionale di Promozione dell'Attività Fisica (PNPAM) ed inserito nel Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia, è stato espletato in collaborazione con la UISP, in via sperimentale, limitatamente all'ambito territoriale della città di Brindisi e si pone l'obiettivo generale di incrementare la pratica dell'attività motoria nella popolazione adulta con età da 50 a 70 anni. L'esperienza positiva, maturata in occasione della implementazione del progetto, ha consentito di porre utili basi per lo sviluppo delle attività negli anni successivi. Molto apprezzati dai partecipanti gli aspetti legati alla socializzazione ed al miglioramento dello stato di benessere percepito.

#### **Programma di promozione dell'attività fisica per bambini "Diamoci una mossa"**

Obiettivo generale è incrementare la pratica di attività motoria nella popolazione di età scolare. Il Progetto è stato espletato in collaborazione con la UISP per il solo a.s. 2010/2011 e fa capo al Programma Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria (PNPAM). La scuola individuata come pilota è il II° Circolo Didattico di Brindisi "San Lorenzo", in cui sono state coinvolte le terze classi, rilevando particolare consenso da parte del corpo docente e delle famiglie degli alunni.

#### **Programma di prevenzione dei difetti della refrazione "Vedere bene per apprendere meglio"**

Attivato nel 2011 grazie alla collaborazione con l'U.O.C. di Oculistica e l'Ambulatorio di Ortottica del P.O. "Perrino" di Brindisi, in collaborazione con l'Associazione "Fiori di Vernal", presso le scuole dell'Infanzia "Longo" e Primaria di Primo grado "Errico" di Latiano. È stato attivato un corso di formazione per 40 docenti.

#### **Programma di informazione per la prevenzione della pediculosi nelle scuole "Pidocchi: che grattacapo!"**

Consiste nella distribuzione agli alunni dell'ultimo anno della scuola materna e del primo anno della scuola elementare ed alle rispettive famiglie di supporti informativi e di "schede" riflettenti la prevenzione e la gestione corretta dei casi di pediculosi al fine di evitare/contenere i fenomeni di tipo epidemico in ambito scolastico. Il programma di informazione affianca l'azione preventiva ed educativa degli operatori degli Uffici di Igiene territoriali nei relativi ambiti di competenza.

#### **Progetto Comenius Regio "Developing Health Education Culture in Italian and Lithuanian Educational institutions"**

Progetto realizzato oltre i confini nazionali e finanziato dall'Agenzia Nazionale L.L.P. che, oltre all'ASL di Brindisi, ha visto coinvolti altri partners: per l'Italia l'Ufficio Scolastico Regionale di Bari e il Liceo Classico "Lilla" di Francavilla Fontana e per la Lituania il Dipartimento per l'Istruzione, la Cultura e lo Sport della Regione di Kaunas, il Centro per l'Istruzione di Kaunas e l'Istituto di Istruzione Media e Superiore di Karmelava (Kaunas). Vi sono stati diversi incontri in Lituania e in Italia volti a mettere a punto strategie ed interventi per incidere positivamente sui comportamenti a rischio degli adolescenti delle due Regioni europee. Inizialmente (ottobre 2010 in Lituania) è stato individuato un sistema di rilevazione validato a livello internazionale (questionario HBSC), rivolto agli studenti italiani e lituani, per esplorare i comportamenti e gli stili di vita tra le due

popolazioni di adolescenti. Nei primi mesi del 2011 il questionario è stato somministrato a circa 1200 studenti italiani e lituani di entrambi i sessi, di età compresa fra 14 e 19 anni. In due workshop successivi in Italia (aprile e ottobre 2011) sono stati analizzati e discussi i risultati della ricerca. Nell'incontro finale previsto in Lituania per aprile 2012 saranno programmati gli interventi mirati di promozione ed educazione alla salute nelle due popolazioni.

### **Prevenzione dell'obesità in età pediatrica nei primi 2 anni di vita. Analisi dei dati scientifici e delle buone pratiche a livello internazionale e progetto pilota nella Regione Puglia in collaborazione con WHO Headquarters**

Workshop internazionale sui modelli di svezzamento nel mondo e la loro associazione con lo sviluppo di malattie cronico degenerative in età adulta. Hanno partecipato i rappresentanti della WHO Headquarters, Europa, America, esperti da Europa, America, Asia, Magreb e la presenza di 10 pediatri italiani come osservatori. Sono stati identificati i punti chiave di ricerca ed i risultati del workshop sono pubblicati su Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases. Il volume è gratuitamente scaricabile dal sito web per la grande importanza scientifica ed etica dell'argomento ed ha ricevuto oltre 500 download. Sono stati sviluppati specifici protocolli per valutare le assunzioni alimentari di lattanti; la qualità di informazione derivabile da internet; l'adeguatezza dei suggerimenti alimentari da siti di baby food; l'attuazione di Focus Group con pediatri e con genitori per valutare bisogni, aspettative, barriere esistenti per attuare un sano modello di svezzamento, tenendo conto del valore ed impatto sociale e culturale dello svezzamento oltre le problematiche nutrizionali. Sono pervenute 4 richieste di collaborazione scientifica con la ASL Brindisi da parte di Università europee (Salisburgo, Reozvow, Porto, Novi Sad) per la condivisione dei protocolli stesi senza aggravio di spesa per la ASL.

### **Continui Interventi Preventivi per il Controllo Integrato dell'Obesità Pediatrica (CIPxCIOP)**

Continuazione delle attività iniziate nel 2008 nei paesi della provincia. Acquisizione delle città di Mesagne e di San Pancrazio nel numero delle municipalità collaboranti. Circa 22 scuole portano avanti il progetto di merende buone a scuola e dei laboratori del gusto. Nel 2011 il controllo delle mense scolastiche è stato esteso su tutto il territorio della ASL includendo anche la città di Brindisi.

Le mense scolastiche di tutta la ASL sono quindi diventate uno strumento attivo di educazione alimentare con la partecipazione di genitori, insegnanti e municipalità.

### **Okkio alla Salute**

La ASL ha partecipato alla 3° raccolta dati del programma di sorveglianza nutrizionale in età pediatrica. Sono stati somministrati questionari specifici a circa 700 bambini fra gli 8 e i 9 anni. I dati sono ancora in fase di analisi presso l'I.S.S. a Roma.

### **TUTELA IGIENICO SANITARIA DEGLI ALIMENTI - SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE**

È stato creato un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'organizzazione dei corsi di formazione degli operatori del settore della ristorazione pubblica. E' stata data la precedenza agli operatori della ristorazione ospedaliera e scolastica, con l'obiettivo di diffondere tra i ristoratori la cultura della corretta alimentazione per i clienti malati di celiachia. Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) nell'arco del 2011 ha ulteriormente qualificato tutti i suoi operatori (Medici e Tecnici della Prevenzione) con un corso di formazione in "Auditor/Lead Auditor dei Sistemi di Gestione Qualità per l'Autorità Competente per la Sicurezza Alimentare ed il Controllo Ufficiale" finalizzato a far conoscere un innovativo strumento operativo introdotto dalla legislazione europea, denominato AUDIT, che costituisce l'attuale tecnica di controlli ufficiali nei confronti

degli Operatori del Settore Alimentare (O.S.A.). Il SIAN è attivamente impegnato al raggiungimento degli obiettivi regionali di cui alle seguenti programmazioni:

- Piano Nazionale Integrato dei Controlli in materia di sicurezza alimentare anni 2009/2011;
- Piano triennale di controllo sulla vendita e utilizzo dei prodotti fitosanitari, diretto a valutare eventuali effetti negativi derivanti dall'utilizzo dei prodotti fitosanitari sulla salute degli operatori e della popolazione esposta a residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari negli alimenti, nelle bevande e nell'ambiente;
- Piano Regionale di Controllo Ufficiale sugli OGM di cui alla delibera G.R. n. 1923 del 21/10/2008;
- Controllo Ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale in adempimento del D.M. 23/12/1992 e s.m.i.;
- Piani Regionali di monitoraggio per la ricerca di residui e contaminanti negli alimenti;
- Piano di monitoraggio delle acque destinate al consumo umano di cui al D. L.gs n. 31/2000.

### **PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO**

In questi anni è stata riscontrata un'applicazione limitata e spesso solo formale della normativa vigente (D. Lgs. 81/08). Documenti di valutazione rischi: centinaia di pagine impolverate e ignorate dagli stessi datori di lavoro; formazione "di pile di carta" che crollano al primo colpo di vento, come la salute e le vite dei lavoratori. Lo S.P.eS.A.L. ha, pertanto, cercato di dare al territorio un più efficace contributo per la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali, puntando maggiormente sulle linee di attività di seguito riportate.

#### **Attività relativa ai Piani della Prevenzione Regionali 2010-2012**

- "Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia": 167 cantieri ispezionati sul territorio su 2.357 cantieri notificati nel 2011. La percentuale dei cantieri ispezionati sul totale delle notifiche pervenute (7,08% rispetto al 10% atteso), non tiene conto che un significativo numero di notifiche, incluso nel numero totale, riguarda aggiornamenti.
- "Promozione dei comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura e Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura": partecipazione ad attività formativa di 3 dirigenti medici e 3 tecnici della prevenzione ed esecuzione di 48 sopralluoghi in 18 aziende agricole.
- Prosecuzione dell'attività di "formazione di qualità" dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, al fine di accrescere la consapevolezza dei rischi negli ambienti di lavoro e promuovere comportamenti corretti nei lavoratori, in collaborazione con le associazioni datoriali e sindacali (237 RLS formati al 31.12.2011).

#### **Attività di formazione ed informazione**

Per il 2011 è stato disposto l'aggiornamento dell'attività del "Laboratorio di Informazione e Formazione della Prevenzione" per le attività formative previste dal D. Lgs 81/08 in materia di igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro. Sono stati realizzati:

- 2 corsi per l'attività gestionale delle ditte addette e autorizzate alle attività di rimozione di Manufatti contenenti amianto (MCA) per datore di lavoro, RSPP e RLS: 1° (febbraio-marzo 2011), 2° (maggio 2011);
- 2 incontri con i Medici competenti: 1° (3 marzo 2011) e 2° (11 luglio 2011);
- 1 Seminario sul "Decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i. - Titolo IX Sostanze Pericolose - Capo III Protezione dai rischi connessi all'esposizione all'Amianto: Linee di Indirizzo";
- Attività d'istituto per il rilascio del patentino per l'acquisto e l'utilizzo di fitosanitari tossici, molto tossici e nocivi per 18 interventi di informazione/comunicazione: erogate 130 ore di formazione a 256 persone formate.

## SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

La Direzione Area Sanità Animale ha proseguito nel corso dell'anno 2011 l'attività di sterilizzazione delle cagne di proprietà, attivando convenzioni con i singoli Comuni, che hanno contribuito con il 50% del finanziamento.

### 2.1.1 b Attività sanitaria ambulatoriale

Le direttive nazionali e regionali, emanate negli ultimi anni, dispongono il potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali come forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero ordinario. Questa tendenza sta progressivamente spostando importanti risorse dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali.

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

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;
- organizzazione dell'offerta sanitaria e adeguamento della rete dei servizi;
- governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi e prestazioni;
- maggiore controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni;
- introduzione di strumenti di governo clinico per la gestione delle liste di attesa di alcune prestazioni critiche.

Nel 2011 sono state erogate 5.172.973 prestazioni specialistiche; di queste più di 3 milioni sono esami di laboratorio (73%), circa 974.000 prestazioni visite specialistiche (18,83%), più di 148.000 prestazioni diagnostiche (2,88%), circa 265.000 prestazioni riabilitative (5,13%).

47

#### ANNO 2010

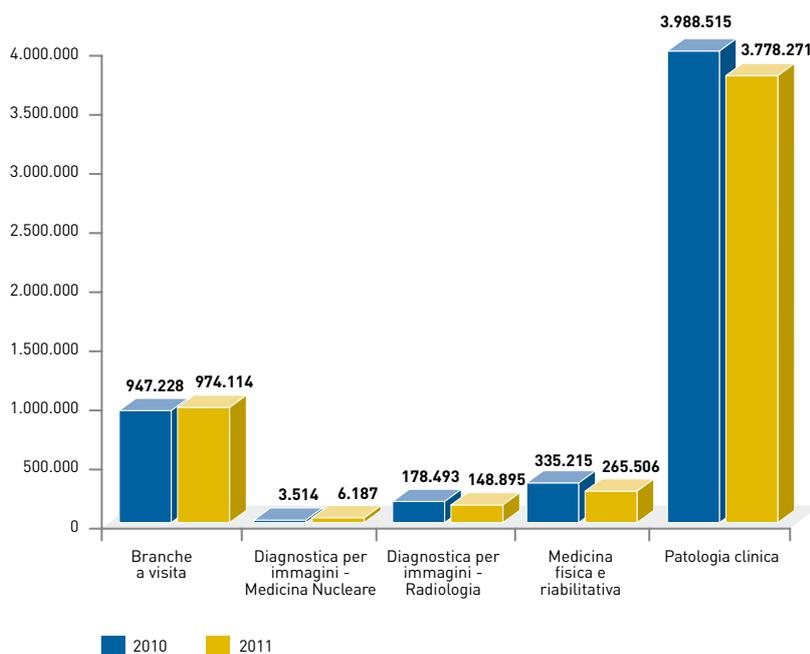
	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
<b>DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>						
Branche a visita	642.932	261.684	21.025	21.587	947.228	17,37%
Diagnostica per immagini						
- Medicina Nucleare	3.514				3.514	0,06%
Diagnostica per immagini - Radiologia	107.050	16.076		55.367	178.493	3,27%
Medicina fisica e riabilitativa	34.993	34.163		266.059	335.215	6,15%
Patologia clinica	1.598.003	7.394	249.005	2.134.113	3.988.515	73,14%
<b>TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>	<b>2.386.492</b>	<b>319.317</b>	<b>270.030</b>	<b>2.477.126</b>	<b>5.452.965</b>	<b>100,00%</b>
%	43,77%	5,86%	4,95%	45,43%	100,00%	

#### ANNO 2011

	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
<b>DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>						
Branche a visita	654.962	274.652	21.540	22.960	974.114	18,83%
Diagnostica per immagini						
- Medicina Nucleare	6.187				6.187	0,12%
Diagnostica per immagini - Radiologia	91.964	16.366		40.565	148.895	2,88%
Medicina fisica e riabilitativa	28.989	36.119		200.398	265.506	5,13%
Patologia clinica	1.455.859	31.275	225.832	2.065.305	3.778.271	73,04%
<b>TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b>	<b>2.237.961</b>	<b>358.412</b>	<b>247.372</b>	<b>2.329.228</b>	<b>5.172.973</b>	<b>100,00%</b>
%	43,26%	6,93%	4,78%	45,03%	100,00%	

Fonte: UCG - CUP - SISR

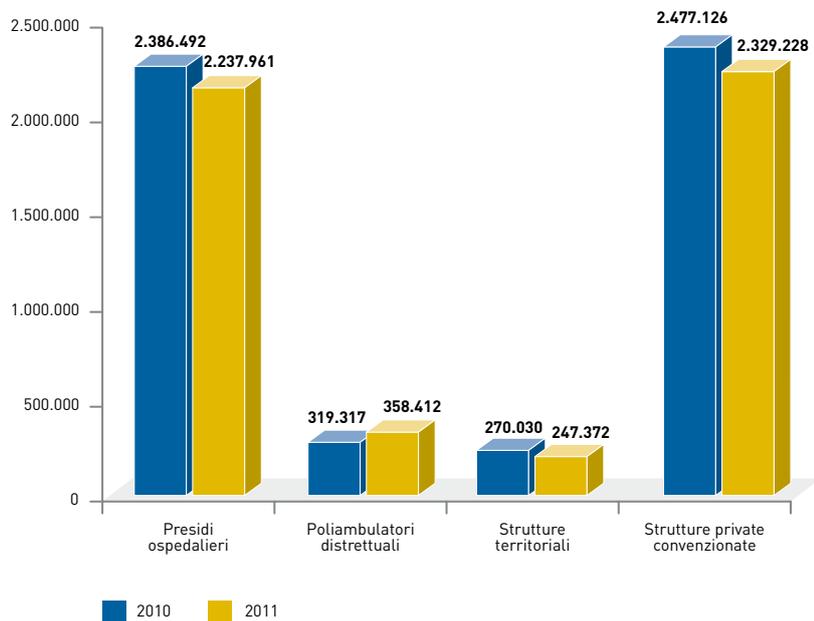
### Tipologia attività ambulatoriale - confronto anno 2010-2011



L'analisi dei dati evidenzia la riduzione complessiva, rispetto all'anno precedente, delle prestazioni specialistiche erogate; si è rilevato inoltre un aumento delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, in maggior parte legate ai laboratori di analisi. 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 relativo all'attività riabilitativa che vede una generale riduzione tra pressoché tutti i soggetti erogatori (con esclusione degli Ospedali), ciò per effetto della riduzione dei tetti di spesa per le strutture private.

48

### Prestazioni ambulatoriali per struttura confronto anno 2010- 2011



Il grafico mostra l'evoluzione del ricorso della popolazione alle varie strutture eroganti; maggiore, per l'anno 2011, il ricorso alle prestazioni erogate dai poliambulatori distrettuali; in riduzione l'erogazione da parte delle strutture private convenzionate e i presidi ospedalieri. I grafici successivi mostrano l'andamento delle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri.

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2010 - 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	315.750	20.927	74.777	411.454
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	3.514			3.514
Diagnostica per immagini - Radiologia	28.873	6.224	17.241	52.338
Medicina fisica e riabilitativa	23	7.220	12.428	19.671
Patologia clinica	304.701	127.175	83.209	515.085
<b>TOTALE</b>	<b>652.861</b>	<b>161.546</b>	<b>187.655</b>	<b>1.002.062</b>

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2011 - 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	325.529	16.308	66.337	408.174
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	6.187			6.187
Diagnostica per immagini - Radiologia	26.441	5.762	17.116	49.319
Medicina fisica e riabilitativa	22	3.955	14.834	18.811
Patologia clinica	284.302	126.377	92.108	502.787
<b>TOTALE</b>	<b>642.481</b>	<b>152.402</b>	<b>190.395</b>	<b>985.278</b>

Per ciò che riguarda il P.O. di Brindisi si rileva una complessiva riduzione delle prestazioni ambulatoriali per esterni ad eccezione di quelle di Medicina Nucleare che hanno visto invece un raddoppio nell'offerta dovuto all'introduzione della Pet-Tac.

49

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2010 - P.O. Francavilla Fontana

##### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Francavilla F.	S.O. Ceglie M.ca	Totale
Branche a visita	93.917	25.118	119.035
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare			
Diagnostica per immagini - Radiologia	12.772	13.612	26.384
Medicina fisica e riabilitativa		10.172	10.172
Patologia clinica	345.468	212.858	558.326
<b>TOTALE</b>	<b>452.157</b>	<b>261.760</b>	<b>713.917</b>

#### Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2011 - P.O. Francavilla Fontana

##### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Francavilla F.	S.O. Ceglie M.ca	Totale
Branche a visita	113.319	24.451	137.770
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare			
Diagnostica per immagini - Radiologia	10.752	9.539	20.291
Medicina fisica e riabilitativa		4.748	4.748
Patologia clinica	332.702	156.173	488.875
<b>TOTALE</b>	<b>456.773</b>	<b>194.911</b>	<b>651.684</b>

Anche per ciò che riguarda i restanti Presidi si è rilevata una generale riduzione delle prestazioni erogate con eccezione delle visite specialistiche che hanno invece subito un incremento a Francavilla Fontana.

## Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2010 - P.O. Ostuni

### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Ostuni	S.O. Fasano	S.O. Cisternino	Totale
Branche a visita	54.874	56.328	1.241	112.443
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare				0
Diagnostica per immagini - Radiologia	14.720	6.561	7.047	28.328
Medicina fisica e riabilitativa	4.921		229	5.150
Patologia clinica	238.493	198.759	87.340	524.592
<b>TOTALE</b>	<b>313.008</b>	<b>261.648</b>	<b>95.857</b>	<b>670.513</b>

## Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2011 - P.O. Ostuni

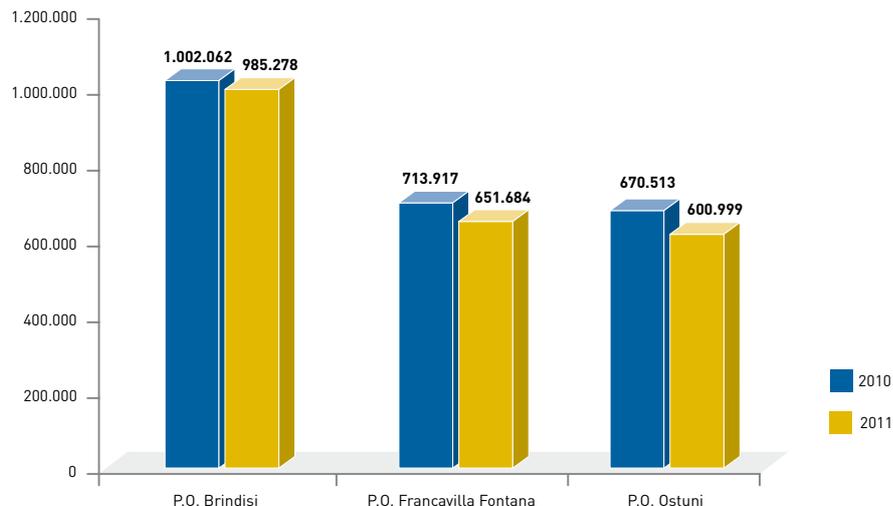
### DATI DI ATTIVITÀ

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. Ostuni	S.O. Fasano	S.O. Cisternino	Totale
Branche a visita	55.928	52.279	811	109.018
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare				0
Diagnostica per immagini - Radiologia	12.108	4.520	5.726	22.354
Medicina fisica e riabilitativa	5.267		163	5.430
Patologia clinica	219.244	171.625	73.328	464.197
<b>TOTALE</b>	<b>292.547</b>	<b>228.424</b>	<b>80.028</b>	<b>600.999</b>

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

Fonte UCG

## Prestazioni ambulatoriali per struttura confronto anno 2010-2011



50

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 2010

2010	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				Totale
	Brindisi	Fasano	Francavilla F.	Mesagne	
Attività ambulatoriale per "esterni"					
Branche a visita	100.139	38.719	36.796	86.030	261.684
Diagnostica per immagini - Radiologia	14.821			1.255	16.076
Medicina fisica e riabilitativa	29.407	494	1.808	2.454	34.163
Patologia clinica	2.231			5.163	7.394
<b>TOTALE</b>	<b>146.598</b>	<b>39.213</b>	<b>38.604</b>	<b>94.902</b>	<b>319.317</b>

Nota: Le prestazioni di Diagnostica per immagini e Patologia clinica relative ai Distretti di Fasano e Francavilla, nel 2010 venivano attribuite all'attività ospedaliera. Nel 2011, la conversione degli ospedali di Cisternino e Ceglie ha portato alla registrazione di tali prestazioni come attività territoriale.

## Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali – Anno 2011

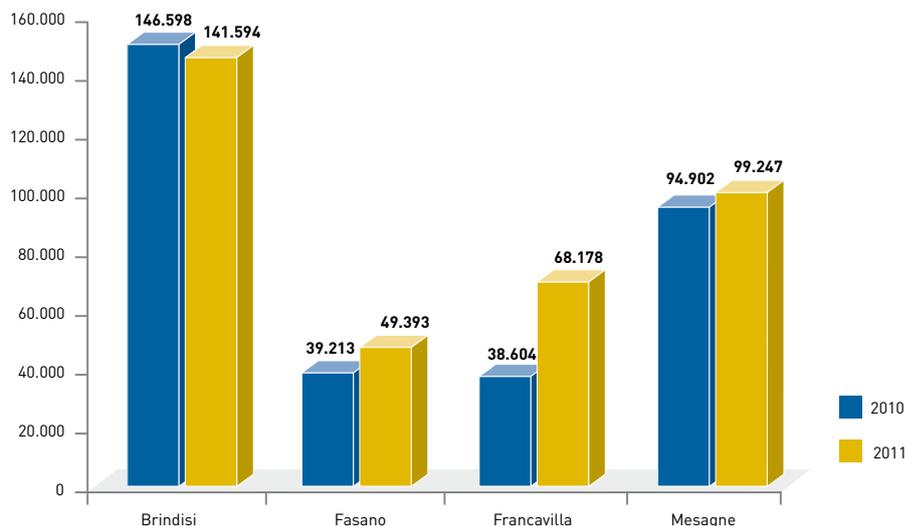
2011	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				
Attività ambulatoriale per "esterni"	Brindisi	Fasano	Francavilla F.	Mesagne	Totale
Branche a visita	97.201	43.195	43.053	91.203	274.652
Diagnostica per immagini - Radiologia	14.092	1.018	1.170	86	16.366
Medicina fisica e riabilitativa	29.244	599	2.717	3.559	36.119
Patologia clinica	1.057	4.581	21.238	4.399	31.275
<b>TOTALE</b>	<b>141.594</b>	<b>49.393</b>	<b>68.178</b>	<b>99.247</b>	<b>358.412</b>

Fonte UCG

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata sul territorio, nell'anno 2011 si registra un incremento delle prestazioni rispetto all'anno precedente.

L'esame dei dati conferma una grande diversità nel ricorso alla specialistica ambulatoriale tra i vari distretti. Il caso delle visite è forse il più emblematico per indicare le differenze dei consumi.

Il Distretto di Brindisi ha i massimi consumi di prestazioni in pressoché tutte le aggregazioni.



## 2.1.1.c Attività ospedaliera

Per ciò che riguarda il dato generale, l'analisi mostra una riduzione, rispetto all'anno precedente, del numero dei ricoveri complessivi con particolare riferimento a quelli erogati in regime ordinario (-5.553). Fa da contrappeso a questo dato l'aumento della complessità dei casi trattati in regime ordinario. Se a questo dato associamo la riduzione delle giornate complessive di degenza (-7,69%) si evidenzia come alla maggiore complessità non sia stato associato un maggiore dispendio di risorse (quello che si è speso in più per trattare casi più complessi, si è risparmiato in termini, ad esempio, di servizi alberghieri con la riduzione delle giornate di degenza). Questo dato può essere interpretato come indice di grande attenzione da parte degli operatori verso le procedure di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni e di maggiore attenzione alle procedure relative ai percorsi diagnostico-terapeutici.

### Stutture Ospedaliere

Dati attività	Anno 2010	Anno 2011	Differenza 10-11
Totale ricoveri	66.782	58.120	-8.662
Totale ricoveri ordinari	47.291	41.738	-5.553
Totale ricoveri day hospital	19.491	16.382	-3.109

Totali ricoveri	Anno 2010	Anno 2011	Differenza 10-11
Posti letto	1.338	1.223	-8,59
N° casi	66.782	58.120	-12,97
Peso medio	0,86	0,88	2,33

Ricoveri ordinari	Anno 2010	Anno 2011	Differenza 10-11
Posti letto	1.217	1.114	-8,46
N° casi	47.291	41.738	-11,74
Peso medio	0,92	0,95	3,26
Degenza	385.234	355.595	-7,69
N° casi LEA	2.000	np	np

Ricoveri in day hospital	Anno 2010	Anno 2011	Differenza 10-11
Posti letto	121	109	-9,92
N° casi	19.491	16.382	-15,95
Peso medio	0,7	0,7	0,00
Accessi	54.950	50.832	-7,49

Fonte: dati UCG 2010/2011

Tale situazione viene osservata in quasi tutte le proiezioni relative ai singoli Presidi Ospedalieri (tabelle successive) con la sola eccezione per lo Stabilimento di Francavilla Fontana, dove invece si è registrato un decremento dell'attività inteso sia come numero di casi trattati che come peso medio DRG (complessità dei casi); tale dato è però attribuibile ai lavori in corso presso il presidio e che hanno comportato una riduzione dell'attività operatoria.

Le informazioni fin qui riportate fanno pensare ad una maggiore appropriatezza clinica del ricorso alle prestazioni di ricovero per le quali sarà lecito aspettarsi una minore quota di mobilità passiva ed un maggiore indice di attrattività.

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Brindisi

Totali ricoveri	2010					2011				
	St. S. Pietro V.	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riab. Neuromotulesi	totale	St. S. Pietro V.	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riab. Neuromotulesi	totale
Posti letto	90	73	580	105	848	95	60	550	105	809
N. casi	4.308	4.966	29.844	804	39.922	2.836	3.907	28.923	864	36.530
Peso medio	0,94	0,74	0,94	1,01	0,92	1,02	0,75	0,95	1,00	0,93
<b>Ordinari</b>										
Posti letto	83	61	531	96	771	89	53	501	96	739
N. casi	3.162	1.994	22.161	539	27.856	2.388	1.617	21.345	584	25.934
Peso medio	0,99	0,86	1,03	1,08	1,01	1,07	0,87	1,04	1,06	1,03
Degenza	27.030	18.422	178.761	35.218	259.431	27.005	16.524	175.367	35.145	254.041
n casi LEA	51	198	662		911					
<b>Ricoveri in day hospital</b>										
Posti letto	7	12	49	9	77	6	6	49	9	70
N. casi	1.146	2.972	7.683	265	12.066	448	2.290	7.578	280	10.596
Peso medio	0,79	0,65	0,68	0,87	0,69	0,79	0,67	0,69	0,88	0,70
Accessi	2.461	5.183	24.631	5.530	37.805	1.407	3.947	25.038	5.749	36.141

Fonte: dati UCG 2010/2011

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Francavilla Fontana

53

Totale ricoveri	2010			2011		
	St. Francavilla	St. Ceglie Mes.	Totale	St. Francavilla	St. Ceglie mes.	Totale
Posti letto	160	75	235	138	63	201
N. casi	10.657	2.357	13.014	9.716	565	10.281
Peso medio	0,78	0,80	0,79	0,77	0,82	0,78
<b>Ordinari</b>						
Posti letto	148	66	214	126	54	180
N. casi	7.614	1.762	9.376	7.207	430	7.637
Peso medio	0,80	0,81	0,80	0,78	0,84	0,79
Degenza	43.086	18.568	61.654	40.102	7.740	47.842
n casi LEA	370	216	586			
<b>Ricoveri in day hospital</b>						
Posti letto	12	9	21	12	9	21
N. casi	3.043	595	3.638	2.509	135	2.644
Peso medio	0,75	0,77	0,75	0,75	0,76	0,75
Accessi	4.997	1.159	6.156	4.377	275	4.652

Fonte: dati UCG 2010/2011

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Ostuni

	2010				2011			
	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	Totale	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	Totale
<b>Totali ricoveri</b>								
Posti letto	115	116	24	255	96	101	17	214
N. casi	7.085	6.395	366	13.846	6.356	4.886	67	11.309
Peso medio	0,77	0,74	0,86	0,76	0,82	0,76	0,83	0,79
<b>Ordinari</b>								
Posti letto	106	102	24	231	90	89	17	195
N. casi	5.518	4.175	366	10.059	5.072	3.028	67	8.167
Peso medio	0,80	0,77	0,86	0,79	0,85	0,83	0,83	0,85
Degenza	30.353	27.966	5.830	64.149	29.035	23.489	1.188	53.712
N. casi LEA	313	190	503					
<b>Ricoveri in day hospital</b>								
Posti letto	9	14	0	23	6	13	0	19
N. casi	1.567	2.220		3.787	1.284	1.858		3.142
Peso medio	0,65	0,70		0,68	0,68	0,65		0,66
Accessi	2.704	8.285		10.989	2.263	7.776		10.039

Fonte: dati UCG 2010/2011

La tabella che segue mostra invece la distribuzione dei ricoveri nell'ambito delle Strutture sanitarie presenti nel territorio. Si rileva che la maggioranza delle prestazioni di ricovero vengono erogate dagli Ospedali dell'Azienda (pur con le già esplicitate riduzioni nel numero di ricoveri) 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.

54

Totale ricoveri per strutture territorio ASL BR	anno 2010	anno 2011	Differenza 11-10
Presidi ASL BR	57.380	49.239	-8.141
Neuromotulesi Ceglie M.ca	359	398	39
IRCSS "Medea"	130	154	24
Casa di cura Salus Accreditata	4.486	4.352	-134
<b>Totale</b>	<b>62.355</b>	<b>54.143</b>	<b>-8.212</b>
Ricoveri regime ordinario	anno 2010	anno 2011	Differenza 11-10
Presidi ASL BR	40.939	35.579	-5.360
Neuromotulesi Ceglie M.ca	199	230	31
IRCSS "Medea"	130	154	24
Casa di cura Salus Accreditata	2.724	3.115	391
<b>Totale</b>	<b>43.992</b>	<b>39.078</b>	<b>-4.914</b>
Ricoveri regime day hospital	anno 2010	anno 2011	Differenza 11-10
Presidi ASL BR	16.441	13.660	-405
Neuromotulesi Ceglie M.ca	160	168	22
IRCSS "Medea"	0	0	0
Casa di cura Salus Accreditata	1.762	1.237	-74
<b>Totale</b>	<b>18.363</b>	<b>15.065</b>	<b>-309</b>

Fonte: dati UCG 2010/2011

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

<u>Regione</u>	<u>n. ricoveri 2010</u>
ABRUZZO	157
ACISMOM LAZIO	1
BASILICATA	130
CALABRIA	26
CAMPANIA	128
EMILIA ROMAGNA	1.159
FRIULI V. GIULIA	85
LAZIO	544
LIGURIA	254
LOMBARDIA	1.103
MARCHE	162
MOLISE	42
OSPEDALE BAMBIN GESU'	28
PIEMONTE	184
PROV. AUT. BOLZANO	15
PROV. AUT. TRENTO	24
SARDEGNA	7
SICILIA	45
TOSCANA	566
UMBRIA	121
VALLE D'AOSTA	3
VENETO	373
<b>TOTALE</b>	<b>5.157</b>

\* Nota: i dati relativi al 2011 non sono disponibili - Fonte: dati UCG 2010

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

### Mobilità sanitaria infra regionale

<u>ASL o AO</u>	<u>prov.</u>	<u>n. ricoveri 2010</u>
BA	BA	5.076
BAT	BA	47
FG	FG	687
LE	LE	5.630
Ospedale Oncologico	BA	330
Ospedali Riuniti	FG	102
Policlino Consorz.	BA	3.268
Saverio De Bellis	BA	800
TA	TA	4.751
<b>totale</b>		<b>20.691</b>

\* Nota: i dati relativi al 2011 non sono disponibili - Fonte: dati UCG 2010

Nella tabella sotto riportata sono invece descritti i dati di migrazione dei vari Comuni della provincia. Ciò che risalta maggiormente è l'ancora alto tasso di ospedalizzazione che, se 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 indice.

### Ricoveri per Comune di residenza

distretto residenza	comune di residenza pazienti	PPO0 ASL BR	Neuromotulesi Ceglie M_Ca	Casa di Cura Salus	IRCCS MEDEA	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE	N° RICOVERI 2009	Diff. 2010-2009	popolazione Istat 01/01/2010	tasso x 1000 ab. 2010	tasso x 1000 ab. 2009
distretto n°1	BRINDISI	13.496	58	1.815	36	2.976	1.352	19.733	19.770	-37	89.735	219,90	220,42
	SAN VITO DEI NORMANNI	2.750	11	264	6	778	290	4.099	4.211	-112	19.884	206,15	211,11
	<b>TOTALE</b>	<b>16.246</b>	<b>69</b>	<b>2.079</b>	<b>42</b>	<b>3.754</b>	<b>1.642</b>	<b>23.832</b>	<b>23.981</b>	<b>-149</b>	<b>109.619</b>	<b>217,41</b>	<b>218,73</b>
distretto n°2	CISTERNINO	1.282	6	69	3	1.187	188	2.735	2.659	76	11.894	229,95	223,18
	FASANO	5.184	11	68	14	3.353	328	8.958	9.200	-242	38.493	232,72	239,21
	OSTUNI	4.415	33	119	12	1.756	450	6.785	7.103	-318	32.453	209,07	219,04
	<b>TOTALE</b>	<b>10.881</b>	<b>50</b>	<b>256</b>	<b>29</b>	<b>6.296</b>	<b>966</b>	<b>18.478</b>	<b>18.962</b>	<b>-484</b>	<b>82.840</b>	<b>223,06</b>	<b>229,00</b>
distretto n°3	CAROVIGNO	2.239	20	216	6	646	179	3.306	3.459	-153	16.138	204,86	215,51
	CEGLIE MESSAPICA	3.551	38	167	8	1.035	194	4.993	5.197	-204	20.671	241,55	250,99
	FRANCAVILLA FONTANA	5.446	59	343	12	1.680	432	7.972	8.262	-290	36.619	217,70	225,72
	ORIA	2.228	21	168		748	159	3.324	3.430	-106	15.385	216,05	223,12
	SAN MICHELE SALENTINO	989	7	52	3	292	58	1.401	1.593	-192	6.390	219,25	250,00
	VILLA CASTELLI	925	10	31	4	946	106	2.022	1.956	66	9.180	220,26	215,92
	<b>TOTALE</b>	<b>15.378</b>	<b>155</b>	<b>977</b>	<b>33</b>	<b>5.347</b>	<b>1.128</b>	<b>23.018</b>	<b>23.897</b>	<b>-879</b>	<b>104.383</b>	<b>220,51</b>	<b>229,42</b>
distretto n°4	CELLINO SAN MARCO	960	3	106	1	398	94	1.562	1.634	-72	6.753	231,30	241,86
	ERCHIE	975	7	82	1	516	90	1.671	1.821	-150	9.011	185,44	202,45
	LATIANO	2.178	20	151	7	644	164	3.164	3.179	-15	15.052	210,20	210,92
	MESAGNE	4.384	25	335	6	1.043	415	6.208	6.216	-8	27.827	223,09	223,46
	SANDONACI	899	7	71	1	448	106	1.532	1.570	-38	7.074	216,57	221,53
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	1.075	6	108	3	754	176	2.122	2.123	-1	10.367	204,69	204,15
	SAN PIETRO VERNOTICO	2.125	8	212	1	685	185	3.216	3.476	-260	14.430	222,87	240,17
	TORCHIAROLO	757	1	24		272	55	1.109	1.221	-112	5.156	215,09	238,80
	TORRE SANTA SUSANNA	1.522	8	85	6	534	110	2.265	2.332	-67	10.584	214,00	220,50
	<b>TOTALE</b>	<b>14.875</b>	<b>85</b>	<b>1.174</b>	<b>26</b>	<b>5.294</b>	<b>1.395</b>	<b>22.849</b>	<b>23.572</b>	<b>-723</b>	<b>106.254</b>	<b>215,04</b>	<b>221,77</b>
	codice comune errato						5	5	11	-6			
<b>totale ASL BR</b>		<b>57.380</b>	<b>359</b>	<b>4.486</b>	<b>130</b>	<b>20.691</b>	<b>5.136</b>	<b>88.182</b>	<b>90.423</b>	<b>-2.241</b>	<b>403.096</b>	<b>218,76</b>	<b>224,44</b>

Nell'ultima tabella sono riportati i raggruppamenti di diagnosi per i quali la popolazione è stata ricoverata. Anche in questo caso si rilevano ancora elevati indici di mobilità, soprattutto infraregionale, per patologie a bassa complessità come i disturbi dell'apparato osteoartromuscolare ovvero ricoveri per cataratta.

### Ricoveri per diagnostica principale (MDC)

MDC	DESCRIZIONE	2010								N° RICOVERI 2009	Diff. 2010-2009
		PP00 ASL BR	Neuromotulesi Ceglie M_ca	Casa di Cura Salus	IRCCS MEDEA	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE	%		
5	DISTURBI CIRCOLATORI	6.532		767		2.888	505	<b>10.692</b>	12,12%	11.526	-834
8	DISTURBI MUSCOLARI, OS- SEI, TESSUTO CONNETTIVO	6.066	2	45		3.538	994	<b>10.645</b>	12,07%	10.407	238
6	DISTURBI DIGESTIVI	5.268		1.066		1.731	311	<b>8.376</b>	9,50%	8.390	-14
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	4.613		1.085		729	127	<b>6.554</b>	7,43%	6.787	-233
4	DISTURBI RESPIRATORI	5.193		111		736	182	<b>6.222</b>	7,06%	6.787	-565
1	DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	3.499	343	207	64	1.072	437	<b>5.622</b>	6,38%	5.596	26
2	DISTURBI DELL'OCCHIO	2.831		1	2	2.045	265	<b>5.144</b>	5,83%	5.422	-278
11	DISTURBI URINARI	2.848		13		1.104	241	<b>4.206</b>	4,77%	4.309	-103
10	DISTURBI METABOLISMO	2.788		23		603	297	<b>3.711</b>	4,21%	3.911	-200
17	DISTURBI MIELOPROLIFE- RATIVI	2.105		89		985	448	<b>3.627</b>	4,11%	3.013	614
9	DISTURBI CUTE	2.823		71		535	189	<b>3.618</b>	4,10%	3.609	9
15	CONDIZIONI PERINATALI	2.649		448	1	382	22	<b>3.502</b>	3,97%	3.647	-145
13	DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.196		382		690	213	<b>3.481</b>	3,95%	3.592	-111
7	DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	1.824		28		920	224	<b>2.996</b>	3,40%	3.124	-128
3	DISTURBI OTORINOLARIN- GOIATRICI	1.594	1	32	1	852	189	<b>2.669</b>	3,03%	2.826	-157
12	DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	667		35		642	111	<b>1.455</b>	1,65%	1.462	-7
16	DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	1.084		12		208	47	<b>1.351</b>	1,53%	1.455	-104
19	DISTURBI MENTALI	847	13	2	61	252	96	<b>1.271</b>	1,44%	1.291	-20
23	FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	528		62		289	132	<b>1.011</b>	1,15%	1.058	-47
18	MALATTIE INFETTIVE	643		2	1	123	27	<b>796</b>	0,90%	983	-187
21	FERIMENTI, AVELENA- MENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	409		2		107	27	<b>545</b>	0,62%	621	-76
0	ALTRI D.R.G	199				151	31	<b>381</b>	0,43%	272	109
25	INFEZIONI DA HIV	66				79	3	<b>148</b>	0,17%	157	-9
20	DISTURBI PER USO DI AL- COL/DROGA	61		3		11	14	<b>89</b>	0,10%	96	-7
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	21				17	3	<b>41</b>	0,05%	47	-6
22	USTIONI	26				2	1	<b>29</b>	0,03%	35	-6
<b>Totale</b>		<b>57.380</b>	<b>359</b>	<b>4.486</b>	<b>130</b>	<b>20.691</b>	<b>5.136</b>	<b>88.182</b>	<b>100%</b>	<b>90.423</b>	<b>-2.241</b>

Fonte: dati UCG 2010

## 2.1.1.d Attività servizio 118

**Organizzazione territoriale del 118 Brindisi: 18 postazioni mezzi complessive nella provincia di Brindisi:**

**11 "Mike" – medicalizzate (o ALS):**

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

**7 "Victor" – non medicalizzate (o BLS):**

- Brindisi-Porto, Sandonaci, Latiano, San Pancrazio Salentino
- Oria, Carovigno e Speziale (Fasano)

### Attività servizio 118 Brindisi - anni 2010 - 2011

	2010	2011	% su casistica totale 2011	Variazione assoluta	Variazione %
TOTALE CHIAMATE	53.770	52.241	-	1.529	2,84%
TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI	25.913	27.602	-	1.689	6,52%
1. Luogo dell'evento					
Interventi effettuati a casa (K)	17.883	19.153	82,59%	1.270	7,10%
Interventi effettuati sulla strada (S)	3.990	4.037	17,41%	47	1,18%
<b>TOTALE</b>	<b>21.873</b>	<b>23.190</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.317</b>	<b>6,02%</b>
2. Patologie più frequenti					
Trauma (incidenti stradali, domestici, infortuni sul lavoro...)	5.822	5.738	40,49%	84	1,44%
Cardio-vascolare	5.662	6.067	42,82%	405	7,15%
Respiratorio	1.995	2.365	16,69%	370	18,55%
<b>TOTALE</b>	<b>13.479</b>	<b>14.170</b>	<b>100,00%</b>	<b>691</b>	<b>5,13%</b>
3. Codici di uscita dei mezzi di soccorso					
Codice Rosso	5.081	5.208	18,90%	127	2,50%
Codice Giallo	19.760	20.955	76,04%	1.195	6,05%
Codice Verde	1.046	1.394	5,06%	348	33,27%
<b>TOTALE</b>	<b>25.887</b>	<b>27.557</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.670</b>	<b>6,45%</b>
4. Codici di rientro (diagnosi sul luogo)					
Codice 1 (forme lievi)	9.192	9.153	44,87%	39	0,42%
Codice 2 (forme gravi)	9.069	10.017	49,11%	948	10,45%
Codice 3 (funzioni vitali compromesse)	644	692	3,39%	48	7,45%
Codice 4 (deceduto sul luogo)	442	537	2,63%	95	21,49%
<b>TOTALE</b>	<b>19.347</b>	<b>20.399</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.052</b>	<b>5,44%</b>
5. Esito degli interventi					
Evento non seguito da trasporto in P.S.	7.519	7.906	28,69%	387	5,15%
Pazienti centralizzati allo Stabilimento di:					
Brindisi-Perrino	8.882	9.969	36,17%	1.087	12,24%
Francavilla Fontana	3.486	4.164	15,11%	678	19,45%
Ostuni	3.012	2.714	9,85%	298	9,89%
Mesagne	1.156	879	3,19%	277	23,96%
Fasano	996	937	3,40%	59	5,92%
San Pietro V.co	947	777	2,82%	170	17,95%
Ceglie M.ca	448	163	0,59%	285	63,62%
Cisternino	64	50	0,18%	14	21,88%
<b>TOTALE</b>	<b>26.510</b>	<b>27.559</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.049</b>	<b>3,96%</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" in un contesto di "rete organizzativa", 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 43% 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.

59

## 2.1.1.e Attività di donazione e trapianto

### Donazione e trapianto di organi

Al 31 dicembre 2011 i pazienti in lista di attesa per un trapianto sono 8.731 (in leggero calo rispetto agli anni precedenti). Il numero delle donazioni è in aumento ma l'offerta rimane ancora insufficiente. Nel 2011 la media nazionale è pari a 21,9 donatori effettivi per milione di abitanti, mentre la Puglia risulta con 13 donatori effettivi, con uno scarto che rimane ancora troppo elevato rispetto ad altre regioni italiane, se pure con un andamento in crescita rispetto agli anni precedenti (10,8 nel 2008).

Dagli ultimi dati disponibili del 2010<sup>14</sup> in Europa si registra una media di 16,9 donatori per milioni di abitanti; i paesi che risultano con il numero più alto sono la Croazia (30,7), il Portogallo (30,2), la Spagna (29,2) e a seguire la Francia (22,8).

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 in merito alla donazione di organi e tessuti, come previsto dalla normativa<sup>15</sup>, diventa un diritto-dovere, sia in senso positivo che negativo. Infatti, senza una volontà espressa in vita la decisione spetta ai familiari, con tutte le

<sup>14</sup> Fonte: Statistiche del Centro Nazionale Trapianti

<sup>15</sup> Legge n.91/1999 Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, artt. 4 e 5

difficoltà che nascono in un momento così 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 gli anni 2010 e 2011.

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

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

- Donazioni e attività di prelievo: l'U.O. di Rianimazione di Brindisi è dotata di sedici posti letto. Nel 2010 sono stati eseguiti 5 prelievi multiorgano, nel 2011 sono stati eseguiti 7 prelievi multiorgano e 6 prelievi di cornea.
- Eventi formativi rivolti al personale interno: nel 2010 è stato organizzato un corso di formazione ECM, dal titolo "Donazione e Trapianto di Organi e Tessuti", rivolto agli operatori sanitari in servizio presso le UU.OO. Laboratorio di Analisi, Anatomia Patologica, Radiagnostica, Centro Trasfusionale e Pronto Soccorso, mentre nel 2011 si è svolto un corso ECM dal titolo "Il percorso verso il trapianto degli organi" rivolto agli operatori delle UU.OO. di Nefrologia e Dialisi degli ospedali di Brindisi e Francavilla Fontana.
- 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, è nato 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 morbilità 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. Il progetto SEUSA si è concluso nel giugno 2011, lasciando operativi il sistema DAS e il software Donor manager. Nel periodo di collaborazione connessa al progetto SEUSA, l'attività di prelievo ha conosciuto fasi alterne con un picco nell'anno 2011.

60

#### **Coordinamento territoriale donazione e trapianto**

Le attività sono riferite alle funzioni principali di informazione e sensibilizzazione della popolazione. 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 Referente aziendale Banca dati C.N.T. nominato presso l'Unità Controllo di Gestione, che cura le procedure di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di volontà al Centro Nazionale Trapianti.

- Istituti scolastici: sono stati effettuati incontri formativi e divulgativi nelle scuole medie inferiori e superiori dei comuni di Brindisi e provincia, n.6 nel 2010 (di cui uno specifico rivolto ai docenti) e n. 6 nel 2011, con l'ausilio del materiale predisposto dal Ministero della Salute "Ti voglio donare" nel 2008.
- Associazioni di volontariato: ogni anno vengono incontrate le associazioni di volontariato presenti nel territorio (AIDO, ADMO, ANED, ATO, AVIS, FIDAS) 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 associa-

zioni nel 2011 è stata anche avviata la terza edizione del concorso “Il tuo modo donare la vita” di fotografia, grafica, video, slogan, nato nell’ambito del Comitato Consultivo Misto aziendale e realizzato nelle precedenti edizioni del 2008 e 2009.

- Interventi su emittenti radiotelevisive: in occasione della giornata nazionale per la donazione anno 2010, partecipazione al talk show sul tema Donazione e trapianto sull’emittente televisiva Puglia TV di Brindisi, con la presenza di medici dell’Azienda, rappresentanti delle Associazioni di volontariato e persone che hanno subito un trapianto.
- Settimana nazionale della donazione: nel 2011 si è tenuto un evento divulgativo in collaborazione con l’ATO e l’AIDO provinciale con il patrocinio dell’Amministrazione provinciale di Brindisi e con l’organizzazione di un Concerto per la vita.
- Formazione aziendale: nel 2011 si è svolto il corso ECM dal titolo “Il percorso verso il trapianto degli organi” rivolto a 70 infermieri e 10 medici delle UU.OO. di Nefrologia e Dialisi degli ospedali di Brindisi e Francavilla Fontana, organizzato in collaborazione con il Coordinamento ospedaliero.

### Dichiarazioni di volontà

La procedura di raccolta è stata avviata nel 2003. Presso le strutture aziendali sono stati attivati 17 punti di raccolta in 14 comuni della provincia. Al 31 dicembre 2011 risultavano presentate e registrate nella banca dati del Centro Nazionale Trapianti n. 902 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.

Anno di trasmissione	Dichiarazioni
2003	223
2004	50
2005	171
2006	74
2007	50
2008	114
2009	99
2010	54
2011	67
<b>Totale</b>	<b>902</b>

### Donazione e raccolta sangue

Le donazioni di sangue in Italia sono ancora insufficienti a coprire il fabbisogno, con notevoli differenze tra regione e regione. Il fenomeno diventa critico soprattutto durante il periodo estivo. Per accrescere la consapevolezza del problema e favorire la donazione, che nel nostro Paese è su base volontaria, il Ministero della Salute ha attivato campagne di comunicazione in collaborazione con le Associazioni di Volontariato più rappresentative del settore, grazie alle quali si è avuto un progressivo aumento del numero dei donatori.

Anche nella realtà brindisina la stagione estiva, in particolare, pone in primo piano l’importanza della donazione del sangue. La crescente incidenza di politraumi ed urgenze, unito al mantenimento del fabbisogno trasfusionale per i pazienti trapiantati, dializzati, leucemici e microcitemici, rende necessario un maggiore impegno da parte di tutta la popolazione per ripristinare e aumentare le disponibilità di sangue.

Ogni anno questa ASL lancia un appello a tutta la popolazione volto a sensibilizzare e sollecitare la donazione volontaria per far fronte alle problematiche relative ad una insufficienza delle scorte all’interno delle strutture ospedaliere.

La donazione di sangue avviene presso la U.O.C. di Medicina Trasfusionale dell’Ospedale Perrino di Brindisi, le Unità di Raccolta Fissa di Sangue territoriali e presso le sedi di raccolta delle associazioni A.V.I.S., F.I.D.A.S., FRATES e C.R.I. che, soprattutto nel periodo

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

estivo, con i punti di raccolta mobili previsti anche nei luoghi di villeggiatura, offrono un supporto fondamentale per la risoluzione del problema.

### Tipologia di donazione

- Donazione di Sangue Intero: la modalità "classica" di donazione è quella di sangue intero.
- Donazione in Aferesi: un altro tipo di donazione è quella cosiddetta "in aferesi", delle componenti del sangue (globuli rossi, piastrine, plasma) che vengono eseguite con l'ausilio di strumenti completamente automatici chiamati separatori cellulari.
- Donazione in Aferesi Multicomponente: L'emaferesi produttiva multicomponente o multi-component collection è una tipologia di donazione grazie alla quale è possibile raccogliere in modo automatizzato due o più emocomponenti (globuli rossi, piastrine, plasma) da un singolo individuo.

### Donazioni

Anno	Sangue Intero	Gr/Plasma	Piastrine	Plasma / Piastrine	Totale
2007	12.254	13	159	30	12.456
2008	12.293	30	216	89	12.628
2009	12.284	28	46	276	12.634
2010	12.202	1	9	443	12.665
2011	13.013	6	7	439	13.465

Le donazioni di sangue intero sono passate da 12.254 nel 2007 a 13.013 nel 2011, con un incremento di circa il 6,1%. E' un dato importante, se si tiene conto delle recenti disposizioni di sospensione dei donatori da parte del Centro Nazionale Sangue per i rischi di infezioni. Il dato che risulta aumentato più degli altri nel corso dei cinque anni è la donazione in aferesi di Plasma/Piastrine.

62

### Produzione Plasma inviato all'Industria

Anno	Plasma Cat. A (aferesi)	Plasma Cat. B	Plasma Cat. C1	Totale
2007	19,12	925,97	917,88	1.862,97
2008	18,01	889,32	1.086,85	1.976,85
2009	106,80	951,78	1.207,51	2.266,09
2010	171,91	835,85	1.436,85	2.444,61
2011	174,23	879,03	1.489,63	2.542,89
<b>Totale</b>	<b>472,06</b>	<b>4.481,95</b>	<b>6.138,72</b>	<b>11.093,41</b>

Fonte: Ditta Kedrion (Lucca). Quantità espresse in litri

L' incremento della produzione di plasma dal 2007 al 2011 è pari a 36,4%.

### Emocomponenti assegnati per l'intero territorio

Anno	Emazie (LD)	Plt random	Plt da aferesi	Plasma inattivato	Totale assegnazioni
2007	10.831	1.555	117	1.261	13.764
2008	11.783	2.133	189	1.732	15.837
2009	12.871	1.779	297	1.899	16.846
2010	13.900	2.872	427	1.864	19.063
2011	13.109	3.015	406	1.301	17.831
<b>Totale</b>	<b>62.494</b>	<b>11.354</b>	<b>1436</b>	<b>8.057</b>	<b>83.341</b>

Il continuo aumento delle assegnazioni totali di emocomponenti nel quinquennio 2007-2011 (29,5%), associato da una parallela contrazione del personale tecnico (3 unità in meno) e medico (2 unità in meno) ha determinato un altrettanto progressivo aumento della saturazione del personale, espressa come prestazione /anno.

L'U.O.C. di Medicina Trasfusionale ha attivato la formazione del personale operante sul territorio con aggiornamenti, incontri nei vari ospedali, redazione di linee guida e protocolli operativi. Tutto ciò al fine di assicurare il rispetto della legge sul buon uso del sangue, la richiesta della terapia emotrasfusionale con le modalità previste per legge e la gestione delle emoteche in periferia, per le emergenze/urgenze in tutti i Pronto Soccorso del territorio. Nel complesso, l'obiettivo si ritiene raggiunto, tranne alcuni sporadici casi che ancora si verificano dovuti al personale neo assunto non ancora formato.

Altro obiettivo raggiunto è quello dell'implementazione del sistema qualità con il conferimento alla Struttura della certificazione di qualità, ottenuta nel 2009, in conformità della norma per i sistemi di gestione per la Qualità UNI EN ISO 9000:2001 e successivamente aggiornata (ISO 9001:2008).

L'Unità Operativa conseguirà a breve la certificazione JACE richiesta dal Centro Nazionale Trapianti Cellule emopoietiche per la raccolta, la manipolazione minima e la clio preservazione in azoto liquido delle cellule staminali midollari e periferiche autologhe ed omologhe, al fine di continuare ad assicurare, nel rispetto delle norme vigenti, i trapianti emopoietici presso il nostro Presidio.

#### **Donazione e raccolta sangue del cordone ombelicale**

Presso l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale dell'Ospedale Perrino, è possibile, in stretta collaborazione con l'Unità Operativa di Ostetricia e di Neonatologia, donare il sangue di cordone o placentare, ricco di cellule staminali. Le cellule staminali da cordone si possono donare solo al momento della nascita; donarle è innocuo per madre e bambino. Possono curare numerose malattie ematologiche (leucemie, linfomi, etc.), neurovegetative, metaboliche, muscolo-scheletriche, ossee e diversi tumori solidi.

La donazione aiuta la ricerca scientifica che sta facendo progressi continui riguardo a loro ulteriori usi. Il nostro Centro di Raccolta, presso il P.O. Perrino di Brindisi, è uno dei 13 centri riconosciuti sul territorio della Regione Puglia e come gli altri raccoglie ed invia il sangue placentare all'unica Banca Regionale sita a San Giovanni Rotondo presso il P.O. "Casa Sollievo della Sofferenza".

Su tutto il territorio nazionale esistono 18 Banche che hanno già raccolto 23.000 unità. L'obiettivo è di raggiungere almeno 100.000 unità pienamente rispondente al fabbisogno nazionale.

Sul territorio nazionale la percentuale di donazione si attesta intorno all'8-10%, percentuale che presso il nostro centro di raccolta e' stata solo sfiorata inizialmente, ma che si e' rivelata più bassa nel corso degli anni successivi, come si evince dalla tabella.

Diversi fattori contribuiscono a questo andamento, il primo, e certamente il più importante è rappresentato dall'insufficiente informazione. Nonostante nel 2009 sia stata avviata una campagna informativa capillare su tutto il territorio dell'azienda, tramite manifesti, brochure e spazio dedicato sul sito aziendale, la risposta della popolazione è a tutt'oggi ancora troppo bassa. Altri fattori sono legati ad aspetti tecnici intrinseci delle unità: alcune unità raccolte vengono escluse per la scarsa cellularità e/o scarsa quantità, altre vengono distrutte prima della crioconservazione per la presenza di coaguli o altro. Inoltre, un ultimo, ma non meno importante aspetto, e' dato dalla presenza sul nostro territorio di un'elevata incidenza di tireopatie autoimmuni che rende non idoneo alla donazione un numero elevato di coppie.

E' importante, comunque, ricordare che le unità insufficienti vengono destinate alla ricerca scientifica, pertanto non sono da considerare un fallimento. Tutto ciò dovrebbe spiegare la

notevole discrepanza esistente tra il numero delle unità “bancate” - cioè giunte alla crio-conservazione - e quelle raccolte.

La prima donazione è avvenuta nel dicembre 2008. L'attività è da considerare a regime dal 2009.

<b>Attività</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011*</b>
Unità inviate	51	40	30
Unità non inviate	70	40	
Kit preparati e non raccolti	10	20	

Nota: i dati del 2011 sono incompleti

## 2.1.1.f Attività oncologica

L'assistenza globale al paziente oncologico si articola nei seguenti 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 e' 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.

All'interno della U.O.C. di Oncologia Medica dell'Ospedale Perrino di Brindisi, tutti i casi clinici vengono discussi in un briefing settimanale, che presuppone la discussione di tutti i nuovi casi giunti dai vari canali di accesso dell'utenza (ambulatorio di prime visite e di follow-up, ambulatori in Libera Professione, consulenze interne).

In ogni riunione di briefing vengono discusse le nuove diagnosi e tutte le progressioni di terapia che richiedono nuove strategie terapeutiche e tutte le possibilità di arruolamento in studi clinici e di ricerca clinica attivati nella Unità Operativa. Inoltre, vengono elaborate linee guida interne al fine orientare lo staff verso comportamenti comuni nei confronti delle problematiche dei pazienti e garantire la puntuale e coerente informazione all'utenza.

## Prestazioni ambulatoriali in regime di day hospital anno 2010

2008	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	TOTALE
NUOVI RICOVERI	212	54	56	54	43	27	41	42	46	36	45	44	700
ACCESSI DH	250	425	561	545	510	478	439	456	460	419	439	505	5.487
<b>TOTALE</b>	<b>462</b>	<b>479</b>	<b>617</b>	<b>599</b>	<b>553</b>	<b>505</b>	<b>479</b>	<b>498</b>	<b>506</b>	<b>455</b>	<b>484</b>	<b>549</b>	<b>6.187</b>

Fonte: elaborazione U.O. Oncologia

## Prestazioni ambulatoriali in regime di day hospital anno 2011

2009	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	TOTALE
NUOVI RICOVERI	284	46	46	41	33	42	38	32	36	39	42	29	708
ACCESSI DH	224	431	475	438	474	393	432	451	475	488	502	520	5.303
<b>TOTALE</b>	<b>508</b>	<b>477</b>	<b>521</b>	<b>479</b>	<b>507</b>	<b>435</b>	<b>470</b>	<b>483</b>	<b>511</b>	<b>527</b>	<b>544</b>	<b>549</b>	<b>6.011</b>

Fonte: elaborazione U.O.C. Oncologia Medica

## Attività specialistica e ambulatoriale anno 2011

Descrizione	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	TOTALE
I VISITA	57	60	60	68	76	63	71	70	67	52	64	56	764
VISITA DI CONTROLLO	517	540	484	552	574	543	526	532	547	574	557	522	6.468
VISITA + PROGR. CHEMIO	4	9	9	9	9	9	8	3	3	7	5	1	76
INFUS. SOST. ORM.	2	3	2	2	2	2	0	2	1	0	1	0	17
CHEMIO	78	84	67	71	73	71	68	72	81	71	66	79	881
MEDICAZIONI	63	69	70	58	77	92	72	58	83	74	70	86	872
IRRIGAZ. CATETERE VASC.	63	69	68	56	74	90	71	56	84	74	70	86	861
EMOCROMO	78	90	103	86	122	133	95	109	114	120	101	100	1.251
TERAPIA CON ANTIC. MONOCLONALI	160	161	93	169	190	184	162	178	181	164	146	170	1.958

Fonte: elaborazione U.O.C. Oncologia Medica

65

## Consulenze interne anno 2011

Prestazione	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	TOTALE
I VISITA	30	37	26	51	36	33	50	50	43	27	41	36	460
VISITA DI CONTROLLO	6	8	5	8	7	5	9	4	8	9	8	9	86
LAVAGGIO C.V.C.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5
MEDICAZIONE C.V.C.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5
CHEMIOTERAPIA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
I VISITA+ PROGR. TER.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Fonte: elaborazione U.O.C. Oncologia Medica

## 2.1.1.g Attività di screening

Le attività di screening oncologico, rivolte ad alcune principali categorie a rischio, sono state avviate con l'adesione al Programma Regionale della Prevenzione 2005-2007<sup>16</sup> con riferimento a tre ambiti: carcinoma mammario, carcinoma della Cervice Uterina, tumore del Colon-retto. I programmi sono stati regolarmente attuati fino al 2010, mentre nel corso del 2011 l'attività è stata temporaneamente interrotta per problemi organizzativi. Alla fine del 2011 sono state ripristinate le procedure per la prosecuzione dello screening del carcinoma mammario. Permangono le difficoltà organizzative per le altre due tipologie di programma.

### CARCINOMA MAMMARIO

Le donne residenti con età compresa tra 50 e 69 anni possono accedere alla prestazione mammografia, 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.

Nel 2010 sono state apportate alcune variazioni ai centri di erogazione.

Centri di erogazione	Comuni afferenti
<b>Brindisi</b>	
Ospedale Perrino U.O. Senologia	Brindisi,
<b>Brindisi</b>	
DSS n. 1 Via Dalmazia U.O. Senologia	Brindisi
<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, Cisternino
<b>Ostuni</b>	
Ospedale U.O. Senologia	Ostuni, Carovigno, S. Vito dei Normanni
<b>S. Pietro Vernotico</b>	
Ospedale U.O. Senologia	S.Pietro V.co, Cellino S. Marco, Erchie, Latiano, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino, Torchiarolo, Torre S. Susanna, Mesagne

### Dati di attività Screening del carcinoma mammario anno 2010

Centro di erogazione	Popolazione 50-69 anni	n° inviti di I livello	n° accettaz. per inviti di I livello	n° adesioni spontanee	totale accettazioni	% adesione
Brindisi Distretto	6.313	2.757	1.651	82	1.733	63
Ceglie M.ca	9.833	3.058	1.900	91	1.991	65
Fasano	6.036	2.509	1.503	77	1.580	63
Ostuni	8.266	3.437	2.061	107	2.168	63
Brindisi Perrino	5.911	2.387	1.526	75	1.601	67
Pietro V.co	13.588	5.440	3.334	90	3.424	63
TOTALE	49.947	19.588	11.975	522	12.497	64

\* La percentuale di adesione è calcolata sul numero di inviti - Fonte: UNES

Nel 2011 lo screening è stato sospeso per un periodo di 6 mesi, per carenza di personale.

<sup>16</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 2011 (6 mesi di attività)

Centro di erogazione	Popolazione 50-69 anni	n° inviti di I livello	n° accettaz. per inviti di I livello	n° adesioni spontanee	totale accettazioni	% adesione
Brindisi Distretto	6.713	1.645	1.131	35	1.166	71
Ceglie M.ca	10.078	1.912	996	46	1.042	54
Fasano	6.138	1.313	693	10	703	54
Ostuni	8.404	1.800	952	14	966	54
Brindisi Perrino	5.716	1.532	1.055	11	1.066	70
Pietro V.co	13.867	3.405	2.000	44	2.044	60
<b>TOTALE</b>	<b>50.916</b>	<b>11.607</b>	<b>6.827</b>	<b>160</b>	<b>6.987</b>	<b>60</b>

\* La percentuale di adesione è calcolata sul numero di inviti - Fonte: UNES

Il calo di attività ha fatto registrare anche una diminuzione della percentuale di adesione rispetto al numero di inviti (con l'eccezione di Brindisi), probabilmente per una migrazione in altre strutture di parte dell'utenza che aveva necessità di effettuare la mammografia nei tempi utili. Di seguito il dettaglio di attività nei casi che hanno richiesto ulteriori approfondimenti diagnostici.

Attività esami di II livello	2010	2011
n° richiami esame di II livello	966	617
n° responders esame di II livello	873	590
n° responders II livello con VISITA e/o MX e/o ECO	849	585
n° responders II livello con CITOLOGIA	12	2
n° responders II livello con MICROISTOLOGIA	54	50
n° responders II livello inviate a INTERVENTO	112	73
n° responders II livello con ISTOLOGIA	5	2
n° referti negativi dopo esame II livello	598	359

67

Sul totale della popolazione target che ha aderito allo screening di primo livello, la percentuale di richiami è pari al 7,73% nel 2010 e 8,83% nel 2011. La percentuale di adesione agli approfondimenti diagnostici di II livello è pari al 90,37% nel 2010 e 95,62% nel 2011. L'esito di referti negativi emessi dopo l'esame di II livello è del 68,50% nel 2010 e del 60,85% nel 2011.

	2010	2011
totale accettazioni	12.497	6.987
% richiami esami di II livello	7,73	8,83
% responders esami di II livello	90,37	95,62
% referti negativi dopo esame di II livello	68,50	60,85

### Cervice 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 complessivamente 18 (Consultori e Poliambulatori) nei comuni di Brindisi, Fasano, Ostuni, Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Cellino S. Marco, Erchie, Latiano, Mesagne, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino, S. Pietro Vernotico, S. Vito dei Normanni, Torchiarolo, Torre S. Susanna.

## Dati di attività screening cervice uterina anno 2010

Centro di erogazione	Popolazione 25-64 anni*	n. inviti	n. adesioni spontanee	n. pap test	% di adesione
Consultori e poliambulatori	113.514	7.882	2.141	3.868	38,59

Nel 2011 il progetto è stato attuato solo per il primo trimestre, con un totale di n. 2.290 inviti, n. 446 adesioni spontanee, n. 776 Pap-Test effettuati ed una percentuale di adesione del 28,36%. Da aprile 2011 l'attività prosegue solo con le adesioni spontanee. Lo screening riprenderà con i nuovi Protocolli operativi a seguito della riorganizzazione della rete consultoriale.

### Colon-retto

E' 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, che rientri nei criteri di rischio moderato così come precedentemente specificato, deve far pervenire alla ASL un modulo compilato e firmato, completo di timbro e firma del Medico curante. 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. La situazione rimane sostanzialmente invariata rispetto al 2009, anno di attivazione. L'adesione allo screening rimane scarsa ed i dati di attività non sono ritenuti rilevanti e attendibili. E' in corso la revisione del Protocollo da parte della Regione per il rilancio delle attività.

## 2.1.1.h Consulori Familiari

Il Consultorio Familiare è lo strumento operativo territoriale per l'attuazione di interventi a tutela della salute della famiglia nella sua globalità. Di competenza dei Distretti Socio-Sanitari, riveste un ruolo fondamentale per la peculiarità degli interventi, delle funzioni e degli obiettivi. La legge attribuisce al Consultorio una molteplicità ed una complessità di compiti tendenti a salvaguardare l'unitarietà sanitaria, psicologica e sociale dell'individuo e della famiglia, nell'ottica di quel concetto di Salute così come descritto dall'O.M.S., nel tentativo di dare risposte unitarie ed omogenee ad un bisogno globale di salute espresso dalle famiglie. Il Consultorio Familiare, infatti, interagisce direttamente con la popolazione, prendendo in carico problematiche individuali, di coppia, familiari, di gruppo o anche sociali in un'ottica di multidisciplinarietà, ma soprattutto gratuitamente.



La Legge attribuisce, altresì, ai Consulori Familiari, una peculiarità ulteriore: la Prevenzione e la Promozione della Salute globale. Nel territorio della ASL BR sono aperte 18 sedi consultoriali, distribuite capillarmente sul territorio. In esse operano 12 psicologi, 12 assistenti sociali, 8 ginecologi, 16 ostetriche, 3 sociologi, 4 avvocati, 1 senologo, 1 psicometrista e un pedagogo. Tuttavia, è estremamente difficile tracciare un bilancio sulla efficienza ed efficacia delle azioni condotte dai Consulori Familiari Pubblici nel territorio aziendale, per diversi motivi:

1. il primo risiede proprio nella complessità degli ambiti e dei compiti istituzionali dei Consulori Familiari;
2. il secondo nella diversa evoluzione storica che i Consulori Familiari hanno avuto nelle

diverse realtà territoriali della provincia, in cui operano realtà disomogenee per:

- tempi di attivazione;
- territorio di pertinenza (rurale, semiurbano, urbano);
- densità della popolazione di competenza;
- modelli operativi;
- stabilità e completezza rispetto alle figure professionali previste;
- diversità di strutture in uso;
- diversità nelle dotazioni strumentali;
- disomogeneità rispetto al radicamento sul territorio.

3. il terzo in una difficile misurabilità degli obiettivi assegnati sia per effetto della ampiezza degli ambiti di intervento stabiliti dalla normativa, sia per la mancanza di indicatori comparabili.

A fronte, infatti, di una ispirazione fundamentalmente preventiva, volta alla conservazione del buono stato di salute della popolazione bersaglio, la necessità di fronteggiare la domanda spontanea, gli interventi richiesti dal Tribunale per i Minorenni e dal Tribunale Ordinario in ordine alla tutela della famiglia e dei minori, orienta ancora in massima parte l'attività consultoriale. Un percorso per omogeneizzare risorse umane e materiali, modalità, procedure e programmi dei Consulteri Familiari è stato avviato su tutto il territorio regionale con D.G.R. n. 405/2009 a seguito della quale la Direzione Generale della ASL BR ha nominato, già nel 2010, un gruppo di lavoro per dare seguito alle indicazioni in essa contenute.

## 2.1.1.i Prenotazioni

L'accesso alle prestazioni specialistiche cliniche e strumentali in tutto il territorio Aziendale si regge, fundamentalmente, sull'attività del Centro Unificato di Prenotazione delle prestazioni (CUP).

69

### COS'È IL CUP

**“Sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini.”**

La centralizzazione del sistema di prenotazione è la strategia fondamentale che dovrebbe

- garantire la trasparenza delle procedure;
- gestire l'intera offerta in modo efficiente;
- organizzare le attività dei centri di erogazione per tutto ciò che attiene all'erogazione delle prestazioni;
- garantire l'equità d'accesso e di fruizione;
- monitorare i processi;
- favorire un uso appropriato delle risorse umane e materiali.

### CANALI D'ACCESSO

- 47 postazioni CUP informatizzate, attive in tutti gli stabilimenti ospedalieri e nelle sedi dei distretti sanitari di tutti i paesi della provincia di Brindisi ad eccezione di Villa Castelli, Cellino San Marco e San Michele Salentino;
- FARMACUP: è attivo, durante l'intero orario di apertura, nelle farmacie convenzionate in ogni comune afferente, per un totale di 97 postazioni su 103 farmacie;
- Call Center: telefonando al numero verde 800 888 388 si possono effettuare prenota-

zioni e disdette dalle ore 8.00 alle 19.00;

- Ambulatori MMG: dal 2010 è stata avviata l'attività di prenotazione anche in 9 sedi di ambulatori medici della Medicina Generale associati, che afferiscono al progetto "SIATA", presenti nei 4 Distretti socio-sanitari;
- Banco Salute presso l'ipermercato "Ipercoop": è possibile effettuare le prenotazioni durante l'intero orario d'apertura del centro commerciale, anche questo operativo dal 2010.

Da ognuno di questi punti è possibile prenotare o disdire una prestazione oppure avere informazioni su una prestazione sanitaria già prenotata in qualunque centro di erogazione del territorio. È attivo, inoltre, un servizio di Recall telefonico interno: una postazione dell'Ospedale "Perrino" effettua la ricognizione delle prenotazioni di maggiore criticità, contattando direttamente gli assistiti prenotati per chiedere la conferma della prenotazione.

Così concepito il CUP ha assicurato ed assicura una maggiore efficacia ed efficienza del sistema e contiene il disagio logistico dei Cittadini.

I documenti necessari per la prenotazione sono l'impegnativa del medico di famiglia, la tessera sanitaria e i documenti attestanti l'eventuale esenzione ticket.

Non vengono prenotate tramite CUP alcune prestazioni ad accesso diretto:

- le analisi di laboratorio;
- 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.

Per conoscere i tempi di attesa prima di effettuare la prenotazione è possibile chiamare il Numero Verde 800 888 388: 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. È possibile, inoltre, consultare le liste d'attesa, calcolate mensilmente su un giorno indice, presso tutte le strutture aziendali. Va detto, però, che esse contengono dati orientativi e poco funzionali allo scopo di verificare la presenza di posti disponibili nei diversi centri di erogazione, poiché fotografano la situazione a quel dato giorno di produzione: è del tutto evidente che, essendo il processo governato in rete da molti canali d'accesso, la situazione è assolutamente dinamica e variabile, sia perché i posti disponibili possono essere già stati utilizzati, sia perché alcuni posti possono rendersi disponibili a causa delle disdette o per l'attività di pulizia delle liste. Pertanto, è consigliabile verificare sempre l'effettiva disponibilità o indisponibilità delle prenotazioni tramite i canali d'accesso sopra descritti.

### **IL CALL CENTER per le prenotazioni**

Valutazione a parte merita l'attività di call-center.

Il Servizio, ritenuto innovativo perché evita inutili spostamenti e code agli sportelli, dopo la crescita di utilizzo rilevata dai primi anni di attivazione ha subito un calo del volume di attività registrato già a partire dal 2009, con un decremento significativo nel 2010 ed ancora più consistente nel 2011.

#### **Periodo gennaio-dicembre 2010**

Il traffico è di 110.448 contatti complessivi che evidenziano un ulteriore calo dell'utilizzo del Servizio rispetto al 2009. La media mensile traffico è di 9.204 contatti mentre quella giornaliera è di 438 contatti. In merito alla tipologia di utilizzo del Servizio, rispetto all'anno precedente si rileva un lieve calo delle disdette con un dato pari al 20% delle telefonate complessive. La scelta di utilizzo continua a spostarsi verso le ore pomeridiane: il 63, 43% dalle 8.00 alle 13.00 e il 36,57% dalle 13.00 alle 19.00.

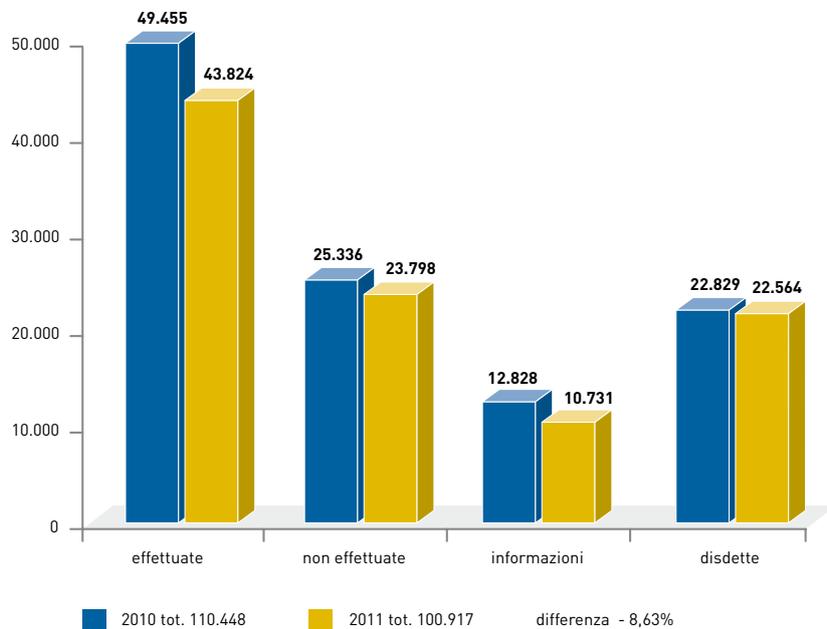
#### **Periodo gennaio-dicembre 2011**

Il traffico è di 100.917 contatti complessivi con un volume di attività pressoché pari a quello del 2007. La media mensile è di 8.410 contatti, quella giornaliera di 400 contatti.

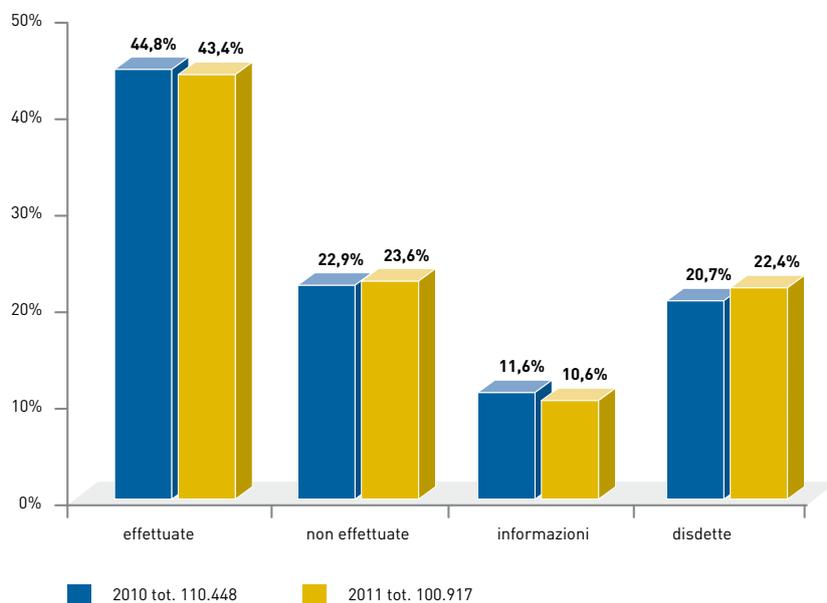
Aumenta al 22% circa la percentuale delle disdette e risulta maggiore anche la percentuale dei contatti nelle fasce pomeridiane: il 61,16% dalle 8.00 alle 13.00 e il 38,84% dalle 13.00 alle 19.00.

I grafici riportano la distribuzione dei contatti suddivisi per tipologia di item: prenotazioni effettuate, non effettuate, chiamate per informazioni e per disdette.

### Attività call center. Confronto anno 2010-2011 totale (valori assoluti)



### Attività call center. Confronto anno 2010-2011 totale (valori in %)



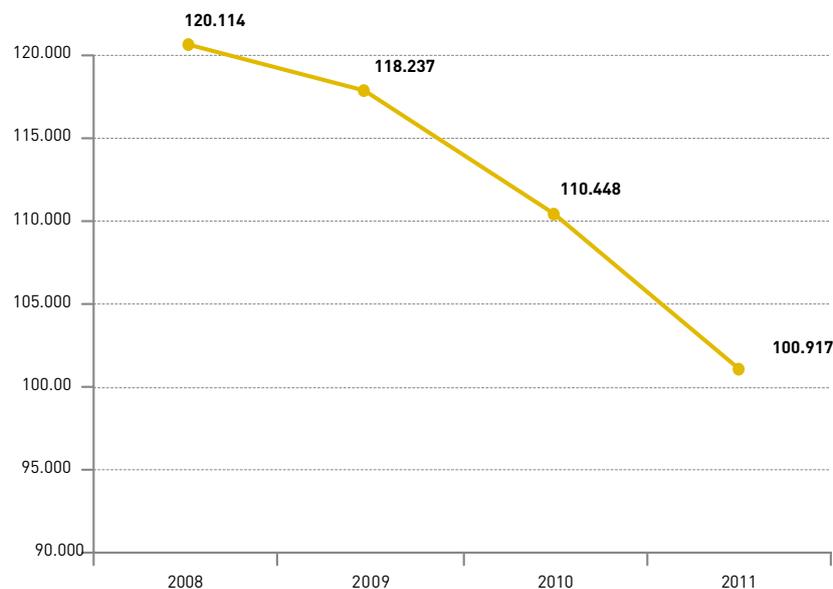
Fonte: rielaborazione URP su dati aziendali

Tralasciando i dati dei primi due anni di attivazione, ritenuti di "rodaggio", è stata effettuata una comparazione sugli anni 2008-2011, sia sul totale traffico che in dettaglio sui singoli items (prenotazioni effettuate, non effettuate, informazioni e disdette). Per individuare le motivazioni della significativa diminuzione dell'attività, sono stati analizzati anche i volumi delle altre modalità di prenotazione (sportelli, farmacie e ambulatori medici).

E' nota, da parte dell'utenza, la preferenza del contatto diretto rispetto ai call center; tuttavia la campagna per le disdette, più volte effettuata dall'Azienda per abbattere i tempi d'attesa (la più massiccia nel novembre 2010 con l'introduzione della sanzione in caso di mancata disdetta entro le 48 ore dalla data della visita prenotata), avrebbe dovuto al contrario far registrare un aumento dell'utilizzo del Servizio. La causa principale del calo di attività, riscontrata dall'analisi dei reclami anno 2011, ma anche da verifiche dirette, sembra essere legata alla difficoltà di trovare la linea libera per contattare il numero verde. Un'altra causa, ipotizzata dal Gestore del Servizio, potrebbe essere il numero insufficiente delle linee telefoniche che non riesce a soddisfare il numero di contatti in entrata.

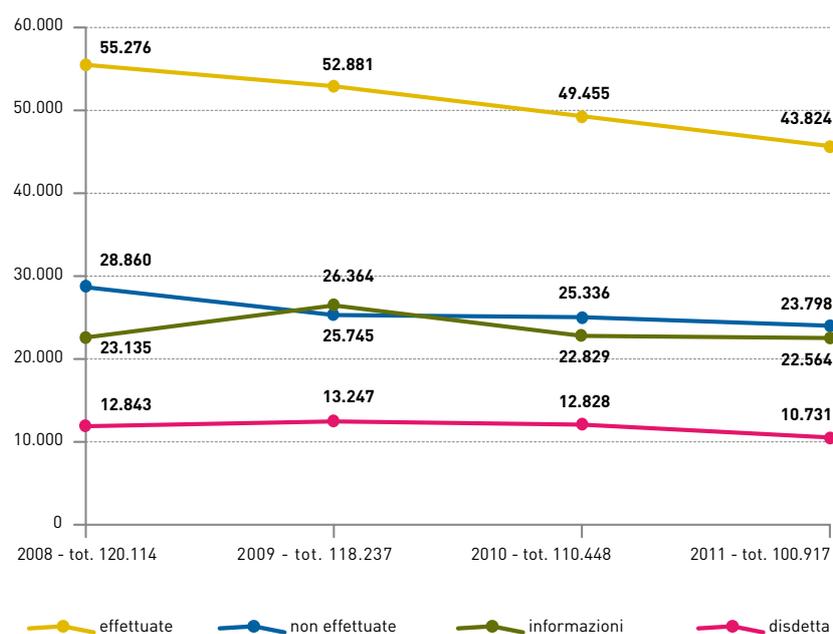
L'azienda è impegnata nella valutazione di interventi necessari alla rimozione delle cause del disagio creato all'utenza.

### Confronto anno 2008-2011 volume totale



72

### Confronto anno 2008-2011 per ITEMS



Fonte: rielaborazione URP su dati aziendali

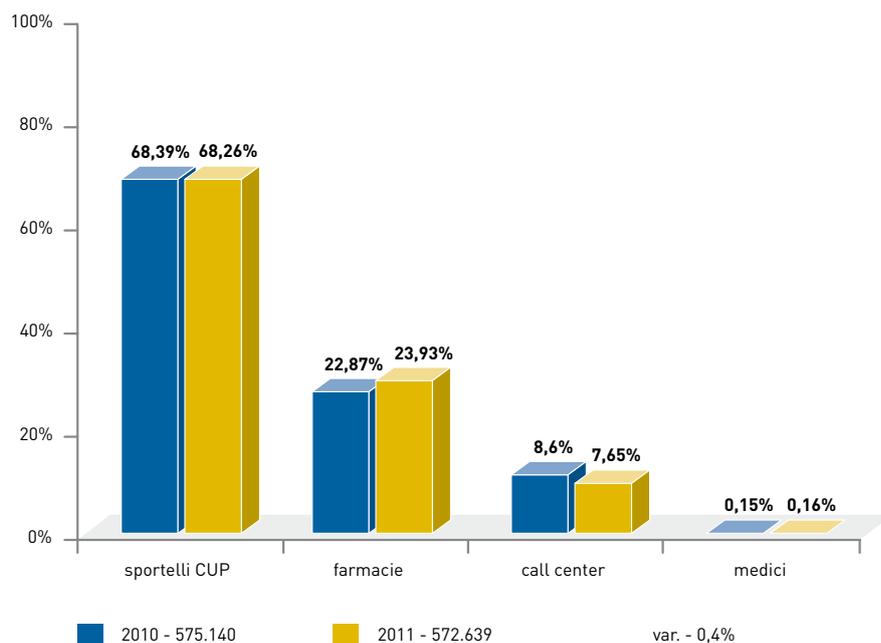
### Confronto modalità di prenotazione e prestazioni erogate

Riguardo la modalità di prenotazione scelta dall'utente si conferma una forte preferenza per il contatto diretto. Dall'analisi dettagliata della distribuzione si rileva un lieve aumento del numero delle prenotazioni effettuate presso gli sportelli rispetto al biennio precedente, a fronte di un diminuzione dell'utilizzo del Call Center; rimane, invece, pressoché in linea con il 2009 il numero degli utenti che si rivolge alle farmacie. Risulta ancora poco rilevante la percentuale di prenotazioni effettuate presso gli Studi dei Medici di Medicina Generale.

Il volume delle prenotazioni effettuate complessivamente tramite sistema CUP registra un aumento rispetto al biennio precedente, a fronte di una diminuzione delle prestazioni erogate. Nella distribuzione delle prestazioni erogate si evidenzia un lieve aumento nelle strutture territoriali rispetto agli ospedali.

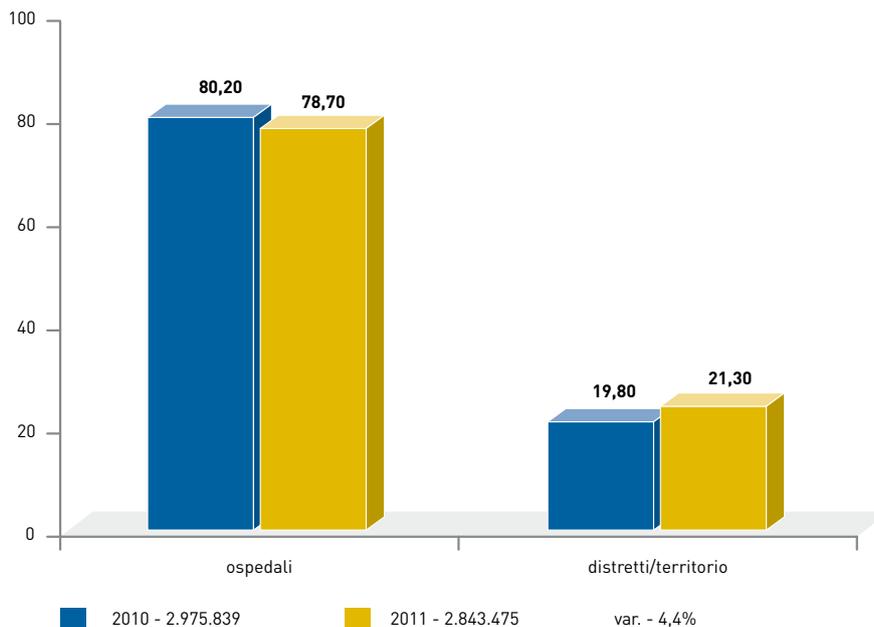
Dall'analisi delle prestazioni erogate confrontate con le prenotazioni, si è ritenuto opportuno escludere quelle delle strutture convenzionate, costituite in maggioranza dalle analisi di laboratorio che non richiedono prenotazione tramite CUP perché ad accesso diretto.

### Prenotazioni effettuate. Distribuzione % modalità di prenotazione confronto 2010-2011



Nota: il Banco Salute dell'Ipercoop è inserito nelle Farmacie, con una percentuale irrilevante.  
Fonte: rielaborazione URP su dati aziendali

## Prestazioni erogate. Distribuzione % per struttura confronto 2010-2011



Fonte: rielaborazione URP su dati aziendali

### 2.1.1.l I tempi d'attesa

74

Le problematiche connesse alle liste d'attesa ed alla loro organizzazione interna ed esterna hanno raggiunto e mantengono un livello di criticità molto elevato. Esse costituiscono uno dei focus di maggiore attenzione della Direzione Generale di ogni azienda sanitaria e, nello specifico, della ASL di Brindisi.

L'organizzazione dei servizi offerti presenta modesti livelli di qualità nella percezione dei cittadini, che costituiscono la ragione stessa del servizio, oltre che essere chiamati ad un significativo contributo economico tramite il pagamento del ticket: essa, pertanto, costituisce uno degli ambiti di maggiore impatto sociale e mediatico.

Per comprenderne la complessità è necessario:

- chiarire quanti e quali siano i fattori che concorrono a determinarne il funzionamento e l'andamento

**La programmazione strategica dell'Azienda**

**L'organizzazione dei singoli centri di erogazione**

**La continuità tra i livelli assistenziali**

**L'appropriatezza clinica e organizzativa**

**La gestione del personale e delle apparecchiature**

**I rapporti con i cittadini**

- fare chiarezza su cosa si intenda per tempo d'attesa, cos'è un'agenda e un piano di lavoro

#### **Tempo d'attesa**

È il numero di giorni che separa la prenotazione dal giorno di effettiva erogazione della prestazione

#### **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 sulla base delle disponibilità indicate in ciascuna agenda

- e di tutte le altre determinanti del problema

#### **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: qui si realizza la cosiddetta "presa in carico" dell'utente.

#### **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.

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 che rientrano nel programma di prevenzione. Questa esclusione permette di liberare posti, contribuendo così a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni oggetto di screening.

Benché l'Azienda abbia utilizzato tutti gli strumenti economici e normativi vigenti (pochi in verità, considerato il Piano di rientro) per potenziare l'offerta dei servizi sul territorio e migliorare l'efficacia della risposta rispetto alle problematiche assistenziali, il rispetto dei tempi d'attesa resta il problema fondamentale relativamente all'accesso dei cittadini alle visite specialistiche ed alle prestazioni strumentali.

Si sono prodotte, in questi anni, numerose iniziative nell'ottica di un razionale approccio alla problematica, soprattutto relativamente al governo della domanda e dell'offerta, tuttavia senza risultati apprezzabili. Va detto, però, che questa difficoltà non è caratteristica esclusiva del territorio brindisino: essa è invece trasversale all'intero territorio nazionale ed ha radici economiche, finanziarie e tecnico organizzative profonde ed antiche. Per questa ragione, nel secondo semestre del 2011, la Direzione aziendale ha attivato un percorso più severo ed organico per intervenire sulla questione. Nel 2011 l'Azienda approva il "Piano aziendale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2011/2013"<sup>17</sup>, recepisce i tempi massimi d'attesa stabiliti dalla Regione con apposito provvedimento<sup>18</sup> e seleziona, come punto focale d'attenzione, le prestazioni correlate all'Area Oncologica e Cardiovascolare.

<sup>17</sup> Deliberazione ASL BR n. 2474 del 21.09.2011

<sup>18</sup> D.G.R. n. 1397 del 24.06.2011

Il Piano in parola, oltre ad aggiornare l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, individua gli strumenti di rilevazione per il monitoraggio ex-ante ed ex-post; promuove il ricorso all'acquisto di prestazioni sanitarie aggiuntive di tipo ambulatoriale e di diagnostica strumentale effettuate dai medici dipendenti in regime libero-professionale e dai centri accreditati convenzionati; promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione; monitora le agende di erogazione delle prestazioni.

Esso dispone, inoltre:

- il controllo sulle sospensioni o sulla chiusura delle agende di prenotazione;
- l'analisi accurata dell'andamento delle prenotazioni;
- il controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni.

Tra i cambiamenti intervenuti nel governo della domanda, e recepiti nel piano aziendale, il più significativo è l'introduzione delle classi di priorità (settembre 2011): ogni prestazione clinica o strumentale deve riportare, a cura del medico prescrittore, l'indicazione di priorità sulla base di criteri clinicamente fondati, secondo lo schema seguente:

#### **Urgente**

L'urgenza corrisponde alla necessità di interventi indilazionabili da espletarsi nel più breve tempo possibile, in rapporto ad un rischio di peggioramento o di danno irreversibile

**Da eseguirsi entro 3 giorni**

#### **Breve**

Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.

**Da eseguirsi entro 10 giorni**

#### **Differita**

Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base di dolore, di disfunzione o di disabilità.

**Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite  
60 giorni per le prestazioni strumentali**

#### **Programmata**

Prestazione che può essere programmata perché non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.

**Da eseguirsi secondo la programmazione indicata dal medico prescrittore**

76

Le predette attività, previste dal Piano, sono state affidate all'Ufficio CUP aziendale, istituito con deliberazione n. 2691 del 27.10.2011 ed operativo dal 14 novembre 2011. L'istituzione di un ufficio 'ad hoc', oltre ad essere un adempimento di legge, ha, nella strategia aziendale, l'obiettivo di rendere coerente ed organico il processo di riorganizzazione e monitoraggio del sistema di produzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie allo scopo di ottenere il progressivo contenimento dei tempi d'attesa, dal momento che, come si è detto, la situazione è rimasta particolarmente critica anche negli anni 2010 e 2011, oggetto del presente Bilancio.

## 2.1.1.m Attività socio-sanitaria

L'integrazione sociosanitaria si configura come lo strumento tramite il quale fornire risposte adeguate e coerenti alle domande di salute e benessere delle persone, con particolare riferimento alle fasce deboli della popolazione. Si fonda sulla rete dei servizi territoriali e su una efficace collaborazione con altri Enti del territorio, con una programmazione strategica ed operativa condivisa.

L'attività è curata dal Servizio Socio Sanitario della ASL BR con le seguenti funzioni:

- 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.

La Struttura svolge da sempre funzioni di accoglienza e sostegno per le persone fragili e, in particolare, per le persone non autosufficienti, cioè di coloro che a seguito di una patologia cronica e invalidante, congenita o acquisita, non sono in grado di compiere autonomamente gli atti della vita quotidiana. Il servizio inoltre, ha la funzione di tutela e garanzia dei diritti di costoro estendendo il proprio raggio di azione anche al contesto familiare consentendo una migliore qualità della vita e, quindi, un maggior benessere globale. Le linee di azione prioritarie regionali, confermate dai DIEF per gli anni 2010 e 2011, hanno posto tra gli obiettivi il potenziamento della assistenza domiciliare, con particolare riferimento agli anziani e ai disabili, con la finalità di utilizzare in modo più appropriato i reparti per acuti; è previsto, inoltre, il potenziamento della rete dei servizi territoriali e dell'integrazione ospedale-territorio attraverso lo studio dei percorsi per patologie ad alta prevalenza, e la programmazione di interventi atti a garantire l'assistenza socio-sanitaria a carattere residenziale e semiresidenziale.

L'accesso al sistema integrato dei servizi è garantito dalla Porta Unica di Accesso Distrettuale (P.U.A.D.) e, in particolare, dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, un organismo valutativo in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi e che costituisce, a livello di ambito, il filtro per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e partecipata (art.3 c.6 R.R. 4/07).

Rispetto al 2009 il contesto socio sanitario della ASL di Brindisi si è sostanzialmente modificato (Tab.1). L'implementazione delle Porte Uniche di Accesso e delle Unità di Valutazioni Multidimensionali in ogni Distretto Socio Sanitario ha fatto sì che le prestazioni sociali e sanitarie effettivamente erogate siano più aderenti ai reali bisogni dell'assistito; ciò comporta un miglioramento nella qualità della vita dell'utente e della sua famiglia nonché la razionalizzazione della spesa sostenuta dalla ASL.

77

**Tab. 1: Ambiti territoriali per accordi sottoscritti con ASL e attivazione PUA/UVM**

	Ambiti Territoriali	Accordo P.U.A.	Accordo U.V.M.
2009	4	1 (Mesagne)	1 (Mesagne)
2011	4	4	4

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

In coerenza con i trend attuali che pronosticano l'allungamento della vita e, di conseguenza un aumento delle patologie croniche con relativo aumento dei costi economici e sociali che dovranno essere sostenuti dai singoli e dalle istituzioni sociali, la ASL di Brindisi ha avuto la necessità di incrementare il numero di posti letto delle strutture socio sanitarie a regime residenziale e semi-residenziale (Tab. 2).

**Tab. 2: Strutture socio sanitarie contrattualizzate ai sensi del R.R. 4/07.**

Anno	R.S.S.A.	C.D.S.E.R.	Case per la vita
2010	4	3	3
2011	6	7	7

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

### ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Al fine di favorire la permanenza delle persone temporaneamente o permanentemente non autosufficienti nel proprio contesto di vita, per evitare l'istituzionalizzazione impropria e per consentire a costoro un miglioramento della qualità della vita, la legge riconosce e garantisce quale livello essenziale di assistenza, l'assistenza domiciliare integrata.

Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e che si articolano per specifiche aree di bisogno.

I grafici che seguono (Tabb. 3 e 4) illustrano il panel della popolazione in A.D.I. negli anni 2010 e 2011 in rapporto alla popolazione brindisina suddivisa per Distretti Socio Sanitari.

**Tab. 3: Rapporto tra la popolazione e le persone in A.D.I. nel 2010**

	Pop. Prov. Br al 31/12/2010	pop. in ADI al 2010	%
Dss n. 1	109.581	863	0,79%
Dss n. 2	82.857	951	1,15%
Dss n. 3	104.706	853	0,81%
Dss n. 4	106.085	873	0,82%
Tot. ASL BR	403.229	3.540	0,88%

Fonte: Dati ISTAT e dati U.O.C. Servizi Socio Sanitari

**Tab. 4: Rapporto tra la popolazione e le persone in A.D.I. nel 2011**

	Pop. Prov. Br al 31/12/2011	pop. in ADI al 2011	%
Dss n. 1	108.637	711	0,65%
Dss n. 2	82.951	816	0,98%
Dss n. 3	103.783	649	0,63%
Dss n. 4	105.836	633	0,60%
Tot. ASL BR	401.207	2.809	0,70%

Fonte: Dati ISTAT e dati U.O.C. Servizi Socio Sanitari

La normativa vigente chiarisce che tale livello essenziale di assistenza debba essere garantito a tutte le persone non autosufficienti e, in particolare, agli ultra 65enni i quali, per una serie di caratteristiche fisiche, sociali e relazionali, sono maggiormente esposti al rischio di abbandono ed emarginazione. Infatti, i dati che seguono (Tabb. 5 e 6) mostrano che la popolazione in A.D.I. negli anni 2010 e 2011 è maggiore nelle fasce d'età superiori ai 65 anni. In entrambi gli anni di riferimento, l'apice in cui si presenta una maggiore richiesta di assistenza domiciliare integrata è la fascia d'età compresa tra i 75 e 84 anni; la percentuale di richieste da parte degli ultra 85enni, pur rimanendo elevata, tende a decrescere per ovvie motivazioni legate al ciclo di vita.

**Tab. 5: Popolazione in A.D.I. nel 2010 divisa per fasce d'età**

	Ultra 65 in ADI 2010			Totale	%
	65 - 74	75 - 84	→ 85		
Dss n. 1	162	312	267	741	20,93%
Dss n. 2	151	334	324	809	22,85%
Dss n. 3	139	305	274	718	20,28%
Dss n. 4	145	328	248	721	20,37%
Tot. ASL BR	597	1.279	1.113	2.989	84,44%

Fonte: Dati ISTAT e dati U.O.C. Servizi Socio Sanitari

Nota: valori ottenuti rapportando il totale delle persone ultra 65enni e il totale della popolazione in ADI nel 2010 e 2011.

**Tab. 6: Popolazione in A.D.I. nel 2011 divisa per fasce d'età**

	Ultra 65 in ADI 2011			Totale	%
	65 – 74	75 – 84	→ 85		
Dss n. 1	114	269	226	609	21,68%
Dss n. 2	125	305	273	703	25,03%
Dss n. 3	94	222	212	528	18,80%
Dss n. 4	117	207	212	536	19,08%
Tot. ASL BR	450	1.003	923	2.376	84,59%

Per garantire l'applicazione dei LEA, sono state impiegate risorse economiche e umane in misura proporzionale al fabbisogno assistenziale dell'anno di riferimento (tab. 7):

**Tab. 7: Risorse impiegate per l'A.D.I. negli anni 2010 e 2011**

	N. assistiti	n. accessi	ore erogate	Importo erogato	Importo fatturato
Anno 2010	3.540	177.727	129.605,76	€ 3.151.877,64	€ 3.244.815,67
Anno 2011	2.809	134.102	101.473,64	€ 2.449.691,45	€ 2.544.963,16

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

## RESIDENZIALITÀ

### a) R.S.A (R.R. n. 8/2002)

In relazione al tipo di bisogno, gli inserimenti nella Residenza Sanitaria Assistenziale, la cui durata non può essere superiore ai 90 giorni, possono essere effettuati in regime residenziale o semi-residenziale e sono finalizzati a completare programmi riabilitativi già iniziati in ospedale oppure per ridurre temporaneamente il carico assistenziale della famiglia. Nella Provincia di Brindisi, nel Distretto S.S. di Fasano, è presente una R.S.A. in cui sono state ricoverate persone affette da malattie croniche (area della senescenza) e persone portatrici di disturbi psichici, in condizioni di notevole dipendenza, anche affette da malattie croniche (nucleo Alzheimer).

Le tabelle seguenti (tabb. 8 - 9 - 10) illustrano il trend socio economico che l'U.O.C. Servizi Socio Sanitari della ASL di Brindisi ha rilevato nel corso degli anni di riferimento indicati.

**Tab. 8: Monitoraggio dei ricoveri sostenute per i ricoveri in RSA negli anni 2010 e 2011**

	R.S.A. "San Raffaele" - Ostuni					
	2010			2011		
	n. pz.	gg presenza	Importo erogato	n. pz.	gg presenza	Importo erogato
Tot. Area Senescenza	125	17.905	€ 1.263.806,60	89	14.864	€ 1.049.417,04
Tot. Nucleo Alzheimer	24	4.628	€ 400.718,50	34	6.117	€ 508.917,50
<b>Tot.</b>	<b>149</b>	<b>22.533</b>	<b>€ 1.664.525,10</b>	<b>123</b>	<b>20.981</b>	<b>€ 1.558.334,54</b>

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

**Tab. 9: Tipologia dimissioni**

	Decessi	Dimissioni Volontarie	Dimissioni Ordinarie
2010	29	33	3
2011	21	22	4

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

**Tab. 10: spesa sostenuta dalla ASL di Brindisi per i ricoveri**

	2010			2011		
	n. pz.	gg presenza	Importo erogato	n. pz.	gg presenza	Importo erogato
<b>ASL Brindisi</b>	119	20.218	€ 1.500.729,02	117	20.981	€ 1.558.334,54
<b>Altre ASL</b>	23	2.315	€ 163.796,08	10	2.296	€ 176.007,16
<b>Totale</b>	<b>142</b>	<b>22.533</b>	<b>€ 1.664.525,10</b>	<b>127</b>	<b>23.277</b>	<b>€ 1.734.341,70</b>

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

#### **b) Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani (art. 66 R.R. n. 4/2007)**

Come si evince dalla tab. 11, negli ultimi due anni il numero di coloro che sono stati inseriti presso Residenze Socio Sanitarie Assistenziali è in aumento, passando da 204 a 325. Tuttavia, bisogna considerare che i dati relativi all'anno 2010 si riferiscono a n. 4 RSSA, mentre quelli del 2011 si riferiscono a n. 6 RSSA.

Per quanto attiene la spesa sostenuta dalla ASL di Brindisi, prima dell'emanazione della Delibera della Giunta Regionale n. 279 del 02/02/2010, le rette di ricovero erano definite a seguito di accordi contrattuali stabiliti tra le parti tenendo conto principalmente del livello di intensità assistenziale erogato; successivamente la Regione Puglia ha stabilito una retta comune a tutte le R.S.S.A. Pugliesi, del valore di euro 92,90 di cui il 50% (euro 46,45) è a carico della ASL di Brindisi.

**Tab. 11: monitoraggio RSSA per anziani**

	RSSA Contrattualizzate art. 66 R.R. 4/2010		
	n.pz.	gg presenza	Importo
2010	204	61.444	€ 1.966.208,00
2011	325	99.018	€ 3.168.576,00

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

80

#### **c) Case per la vita (art. 7 R.R. 7/2010)**

Introdotte nel panorama socio sanitario con l'entrata in vigore del R.R. n. 7/2010 art. 7, "la Casa per la Vita è una struttura residenziale a carattere socio-sanitario a bassa o media intensità assistenziale sanitaria destinata ad accogliere, in via temporanea o permanente, persone con problematiche psicosociali e pazienti psichiatrici stabilizzati usciti dal circuito psichiatrico riabilitativo residenziale, prive di validi riferimenti familiari, e/o che necessitano di sostegno nel mantenimento del livello di autonomia e nel percorso di inserimento o reinserimento sociale e/o lavorativo."

Nel 2010 nella provincia di Brindisi insistevano solo n. 3 case per la vita, nel 2011 invece il numero di strutture si è incrementato e, attualmente, risultano contrattualizzate n. 7 case per la vita.

**Tab. 12: Monitoraggio Case per la vita**

	Case per la vita – ex art. 70 R.R. 4/2007 e s.m.i.		
	N. utenti	gg. assistenza	importo
2010	22	8.030	€ 646.621,73
2011	47	17.155	€ 1.381.419,15

Fonte: U.O.C. Servizi Socio Sanitari

### **SEMIRESIDENZIALITÀ** (art. 60 R.R. 4/2007)

I Centri diurno socio-educativo e riabilitativi (art. 60 R.R. 4/2007) sono delle strutture socio-assistenziali a ciclo diurno destinate ad accogliere persone dai 18 ai 64 anni diversamente abili, anche psico-sensoriali, con notevole compromissione delle autonomie funzionali e che necessitano di prestazioni socio sanitarie finalizzate al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia e al sostegno della famiglia.

I dati riportati nella tab. 13 illustrano l'andamento relativo ai turnover e alla spesa sostenuta dalla ASL di Brindisi negli anni 2010 e 2011. L'aumento degli inserimenti è da attribuirsi al numero di strutture monitorate negli anni di riferimento e che è passato da 3 a 6 grazie ad accordi contrattuali stipulati con altri Centri diurni.

**Tab. 13**

**CDSER art. 60 R.R. 4/2007**

	n.pz.	gg presenza	retta	importo
2010 *	76	16.677	€ 30,00	€ 882.759,29
2011 **	137	34.380	€ 62,24	€ 2.139.811,20

\* i dati relativi all'anno 2010 sono riferiti a n. 3 CDSER

\*\* i dati relativi all'anno 2011 sono riferiti a n. 6 CDSER

### **FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE – ASSEGNO DI CURA SLA.**

Con Delibera della Giunta Regionale n. 1984 del 28/10/2008 sono state approvate le Linee Guida Regionali per le non autosufficienze 2008-2010 con le quali si è stabilito che, a valere sul Fondo Nazionale per le non autosufficienze, fossero assegnate specifiche risorse per assicurare un contributo economico, denominato "Assegno di cura ai pazienti affetti da SLA" la cui finalità è quella di sostenere il nucleo familiare nel lavoro di cura connesso alla permanenza al domicilio delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Come si evince dalla tabella sottostante, per il triennio 2009-2011, la ASL di Brindisi ha già stanziato l'Assegno di cura - SLA a tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, hanno presentato apposita istanza.

81

2009			2010			2011			Residuo 2011
n. assistiti	Somme introitate	Somme erogate	n. assistiti	Somme introitate	Somme erogate	n. assistiti	Somme introitate	Somme erogate	
22	112.000,00	112.000,00	30	168.574,00	164.983,00	32	177.228,00	172.182,52	8.045,48

Il credito residuo di euro 8.045,48 è stato ripartito tra tutti gli aventi diritto con la 1<sup>a</sup> tranche del FNA - SLA per l'anno 2012.

## 2.1.2 Anziani



Dal rapporto ISTAT “Previsioni demografiche in Puglia, anni 2011-2065”, al 1 gennaio 2011 gli ultra 75enni sono 370.031 (nel 2008 erano 340.169), mentre per il 2065 si ha una stima di 771.136 individui, con una percentuale sempre superiore di donne.

Al dato positivo dell’allungamento della vita media si associa, tuttavia, un aumento di patologie croniche stabilizzate e croniche degenerative, le cui ripercussioni si estendono oltre che alla sfera sanitaria anche a quella sociale.

Le attività rivolte agli anziani sono state esposte nel precedente paragrafo, con azioni mirate ad au-

mentare l’offerta di servizi e la qualità dell’assistenza, e, quindi, anche della vita degli assistiti. I principali interventi riguardano l’Assistenza Domiciliare Integrata e l’inserimento in apposite strutture residenziali o semiresidenziali, quali principalmente le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per gli ultra sessantacinquenni non autosufficienti.

Tra le patologie degenerative, l’Azienda si è impegnata in attività di assistenza e sensibilizzazione sul fenomeno “Alzheimer”, ritenuta un’emergenza negli ultimi anni.

Nel rapporto Rapporto Mondiale Alzheimer del 2010, è emerso che attualmente nel mondo circa 35.6 milioni di persone sono affette da demenza, e che ogni anno si verificano 7,7 milioni di nuovi casi (cioè ogni 4 secondi vi è un nuovo caso di demenza nel mondo). Ciò significa che le persone affette da demenza, nel mondo aumenteranno a 65.7 milioni nel 2030 ed a 115.4 milioni entro il 2050. Essendo la demenza una patologia il cui decorso si protrae per diversi anni e la cui gestione per i familiari è notevolmente stressante sul piano fisico, emotivo ed economico, è necessario che i sistemi di protezione sociale abbiano impatto immediato e multidimensionale.

Sulla scia delle indicazioni fornite dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui quello della demenza e dell’ Alzheimer è un problema globale e che bisogna “rendere i sistemi di assistenza sanitaria e sociale informati, sensibili e reattivi rispetto a questa incombente minaccia”, in una prospettiva lungimirante, l’U.O.C. Servizi Socio Sanitari ha istituito il “Progetto aziendale demenze - approvazione atto di indirizzo per le linee guida progettuali”<sup>19</sup> le cui finalità sono:

- coinvolgere attivamente le persone con demenza alla vita della propria comunità locale;
- sostenere ed educare i care giver/familiari;
- migliorare la qualità dell’assistenza a domicilio e nelle case di cura;
- migliorare la formazione dei medici di base e di coloro che per qualsiasi motivo vivono e interagiscono con persone affette da demenza;
- attività di sensibilizzazione al tema demenza/alzheimer e lotta allo stigma sociale.

Al fine di perseguire tali obiettivi, è stato siglato il protocollo d’intesa<sup>20</sup> tra l’ U.O.C. Servizi Socio Sanitari e l’Ambito territoriale n. 1 - Comune di Brindisi per la gestione e realizzazione del progetto di orientamento, formazione ed inserimento dei pazienti psichiatrici stabilizzati ed informazione e sensibilizzazione famiglie malati di demenza e alzheimer (Scheda PdZ anno 2010.2012 n. 27/A).

Nel 2010 è stata diffusa la Guida per le famiglie delle persone affette da demenza ed Alzheimer “Voglio Vivere”, mentre per sensibilizzare la popolazione nel corso del 2010 e

<sup>19</sup> Deliberazione ASL BR n. 1290 del 3/05/2011

<sup>20</sup> Deliberazione ASL BR 2198 del 1/08/2011

2011 sono stati organizzati incontri informativi ed eventi. Tra questi si cita lo spettacolo-concerto di Simone Cristicchi intitolato "C.I.M. - Nuove storie dal Manicomio nel Mondo" che si è tenuto nel mese di novembre del 2011 in occasione della 18ª giornata mondiale dell'Alzheimer, presso il Nuovo Teatro Verdi di Brindisi, organizzato dall'U.O.C. Servizi Socio Sanitari, in collaborazione con il Comune di Brindisi e l'Associazione "Voglio vivere".

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



Le attività di prevenzione e cura rivolte alla popolazione in età evolutiva sono attribuite al Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territoriale (NIAT). Molti progetti di prevenzione e di educazione alla salute vengono realizzati in collaborazione con altre strutture territoriali, quali il Servizio per le Dipendenze Patologiche, i Consul-tori, i Centri di Salute Mentale.

L'impegno del NIAT nel biennio 2010-2011, nell'ottica del miglioramento continuo, si è orientato verso:

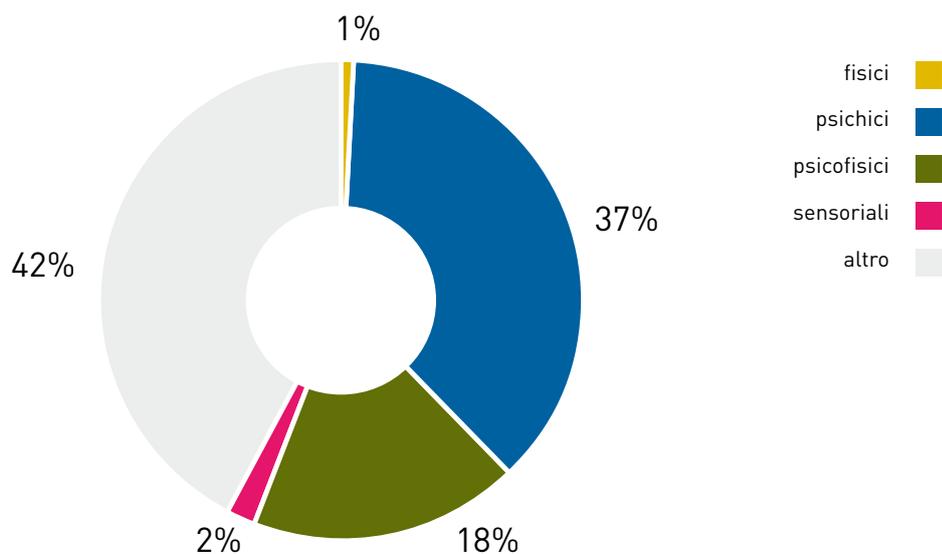
- la ricerca di una migliore integrazione interistituzionale con gli interlocutori privilegiati del Servizio in relazione all'integrazione scolastica dei minori disabili, che costituisce uno degli aspetti della mission;
- l'attenzione all'organizzazione del lavoro e all'individuazione di fattori di particolare stress per il personale, che possono incidere negativamente sul servizio erogato.

In particolare si è cercato di migliorare la collaborazione con la scuola in merito all'integrazione scolastica dei minori disabili. Un'area di intervento è stata riservata ai "disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche" (DSA), ovvero ai disturbi nei quali le modalità normali di organizzazione delle abilità scolastiche sono alterate già dalle fasi iniziali dello sviluppo. E, infatti, proseguito il lavoro di sensibilizzazione già iniziato nel 2009 con l'Associazione Italiana Dislessia e sulla base delle raccomandazioni contenute nel documento di CONSENSUS CONFERENCE sui "Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento" del 2007 e della Legge n. 170 del 8.10.2010, è stato elaborato un protocollo diagnostico sperimentale per la valutazione dei DSA. Il protocollo definisce i criteri, le procedure, gli strumenti diagnostici, nonché le misure dispensative, gli strumenti compensativi e le buone prassi che la scuola deve adottare per favorire la completa integrazione degli alunni che presentano tali disturbi.

Si è potenziata la collaborazione interistituzionale con Ambiti Territoriali e Provincia di Brindisi, con i quali si condivide l'assistenza nelle ore scolastiche agli alunni disabili, allo scopo di rendere il servizio sempre più confacente alla complessità dei bisogni assistenziali.

Nell'ambito della prevenzione dei disturbi dell'attaccamento e dell'affettività che si instaurano nei primi mesi di vita e possono evolvere nell'infanzia e adolescenza in disturbi clinici importanti, nel 2010, alla luce del positivo riscontro da parte degli utenti, è proseguita l'attività di "massaggio infantile" per genitori e bambini di età compresa tra 0 e 8 mesi, nonché la formazione dell'insegnante di massaggio infantile per il trattamento dei bambini con bisogni speciali.

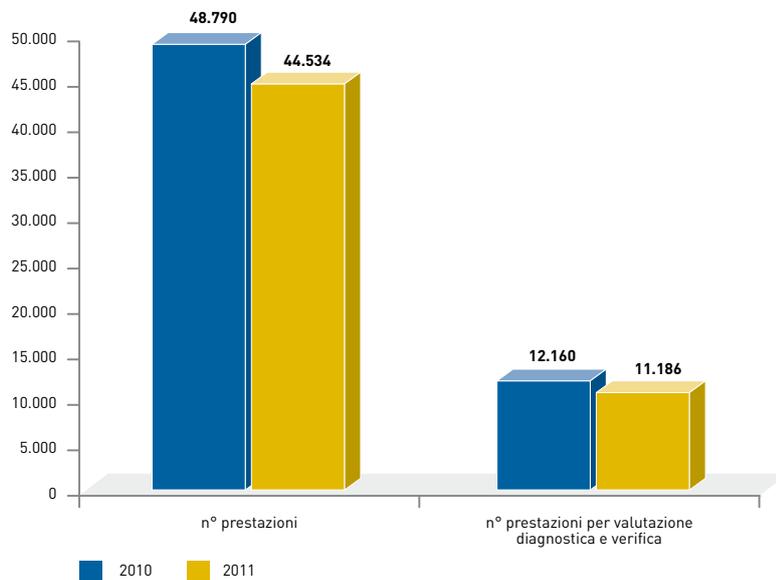
## Tipologia handicap utenti 0-18 anni afferiti al NIAT nel 2011



	2010	2011
n. utenti afferiti	2.674	2.803
n. utenti in carico	1.886	1.916
n. utenti integrazione scolastica	1.158	1.248
n. utenti riabilitazione	469	395
n. utenti integrazione/riabilitazione	300	273
n. nuovi utenti incarico	449	459

84

L'attività clinica e riabilitativa presenta un andamento costante, ormai da alcuni anni, anche se si sono registrati lievi decrementi rispetto agli anni precedenti, relativi al Centro di Brindisi, penalizzato da difficoltà logistiche che hanno impedito il normale svolgimento del lavoro fino ad ottobre 2011, quando vi è stata la parziale disponibilità dei nuovi locali.



E' stato, infine, avviato uno studio che partendo dalla valutazione dei carichi di lavoro delle diverse professionalità presenti, dalla chiara definizione dei ruoli e delle funzioni, porti a valutare eventuali fenomeni che esponano allo stress lavoro correlato. L'obiettivo, oltre alla prevenzione dello stress negli operatori, è favorire il miglioramento della qualità delle prestazioni all'utenza.

## 2.1.4 Popolazione con disagio psichico



La prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale della persona con disagio psichico, è assicurata dal Dipartimento di Salute Mentale, attraverso una rete integrata di Servizi Psichiatrici Territoriali ed Ospedalieri, in collaborazione con il Privato Sociale, il volontariato, e le Associazioni.

I Centri di Salute Mentale, servizi territoriali del Dipartimento, nel biennio 2010/11 hanno concentrato l'attività su due aree funzionali di

intervento: prevenzione e cura, riabilitazione.

Nell'area della prevenzione e cura si è proceduto :

- all'elaborazione di percorsi omogenei per le attività di prevenzione gestite dai CSM finalizzati ad obiettivi strategici definiti nel piano di programmazione annuale;
- al miglioramento dei servizi di accoglienza (già presenti in alcuni CSM in via sperimentale) per la valutazione dell'appropriatezza della domanda e per la velocizzazione della presa in carico del "paziente difficile";
- all'incremento della pervasività dell'intervento domiciliare con funzioni alternative al ricovero ospedaliero;
- all'incentivazione della rete intra ed extra istituzionale attraverso l'incremento di contatti e percorsi condivisi con M.M.G., SERT, Distretto, Enti Locali, Ambiti Territoriali e Provincia;
- all'implementazione di una equipe specifica di consultazione per il P.O. Perrino;
- all'attivazione di protocolli tra CSM, SPDC, 118 e Pronto Soccorso per la gestione della crisi;
- allo sviluppo dell'associazionismo e dei gruppi AMA.

L'area della cura ha evidenziato un aumento dell'attività ambulatoriale, nonché delle prime visite e delle prese in carico dell'utenza come risulta dai dati sotto riportati:

	2010	2011
Prime Visite	1.978	2.342
Prese In Carico	955	1.262
Ambulatorio	92.910	102.623
Domicilio	15.430	13.195

L' Area della Riabilitazione ha impegnato il D.S.M.:

#### HELP

Standard regionali 3,47 ogni 10.000 abitanti per i posti CRAP, 0,99 per ogni 10.000 abitanti per i posti CA, 0,89 ogni 10.000 abitanti per i posti GA).

- nell'attuazione del piano di riordino delle strutture riabilitative;
- nella riduzione dei posti letto ad alta intensità h 24 e distribuzione più razionale delle stesse attraverso una perequazione tra zona Nord e zona Sud;
- nella riduzione della residenzialità riabilitativa fuori provincia;
- nell'attivazione di una equipe specifica per l'elaborazione e l'incentivazione di percorsi di inserimento lavorativo ai sensi della Legge 68/99, di tirocini formativi e di borse-lavoro.

La Carta dei Servizi e Linee Guida per le strutture riabilitative del contesto aziendale, elaborata nel 2009 da un gruppo di figure professionali multidisciplinari del settore pubblico e privato, è stata diffusa nell'anno 2010 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.

La seconda parte del documento, le Linee guida della riabilitazione nel corso del 2010 sono state sperimentate per un quadrimestre in tre Strutture Riabilitative Psichiatriche a diversa tipologia. La sperimentazione ha previsto, attraverso audit mensili, l'affiancamento consulenziale di operatori individuati dal direttore del DSM. Al termine dei quattro mesi le strutture hanno prodotto un documento con il quale evidenziano i punti di forza e le criticità di ciascun processo, nonché gli eventi sentinella. Il documento, validato con delibera aziendale n. 1979 del 1/07/2011, è stato applicato in tutte le strutture di riabilitazione del territorio, che annualmente risponderanno al direttore del DSM dell'applicazione dello stesso secondo gli indicatori previsti. Obiettivo specifico di tale procedura è attivare un modo di fare riabilitazione nel quale il coinvolgimento di tutti gli attori si struttura in competenze e responsabilità specifiche, nel quale ognuno, pur integrato con l'altro, sa "chi fa, che cosa, e come".

86

## 2.1.5 Popolazione con dipendenze patologiche



L'assistenza socio-sanitaria è rivolta ad un'altra fascia "debole" di popolazione, quella che presenta caratteristiche di dipendenza da sostanze di abuso come alcool, tabacco, psicofarmaci, droghe e gioco d'azzardo. Le attività di prevenzione e cura di queste peculiari forme di patologia sono garantite dalla Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche.

### Prevenzione

È attuata attraverso iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle scuole, attraverso un modello di governance interistituzionale.

A partire dal 2010, l'attività è stata suddivisa tra interventi destinati alle scuole secondarie inferiori ed interventi destinati alle scuole secondarie superiori:

- Progetto: "Scegli la strada della Sicurezza", in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ASL BR e con la Polizia Municipale di Brindisi. Destinatari sono gli allievi delle terze classi delle Scuole di Istruzione Secondaria Inferiore di Brindisi e Provincia. Obiettivo generale è la prevenzione del consumo di sostanze d'abuso, con particolare

riferimento all'alcol e alle altre sostanze. È prevista l'effettuazione della prova dell'etilometro per spiegare concretamente ai ragazzi la modalità con cui viene effettuata la rilevazione del tasso alcolemico. Nell'anno scolastico 2009/2010 è stata realizzata la decima edizione del progetto, nel settembre 2010 ha preso avvio l'undicesima edizione.

- Progetto "Unplugged" promosso dalla Regione Piemonte e recepito dalla Regione Puglia. Si tratta di una iniziativa di prevenzione dell'uso di sostanze basata sul modello dell'influenza sociale", che integra attività basate sulle "life skills" con attività focalizzate sul credo normativo. Il progetto prevedeva un corso di formazione per operatori sanitari (al quale hanno partecipato le psicologhe del Sert di Brindisi, di Ostuni e di Francavilla Fontana) tenutosi nell'ottobre 2011, ed un corso di formazione rivolto agli insegnanti delle prime classi delle Scuole Secondarie Superiori tenutosi nei mesi di novembre e dicembre 2011.
- Un'altra iniziativa, che rientra nel campo riabilitativo, è il Progetto "Destinazione Libertà" realizzato nella casa circondariale di Brindisi, con l'obiettivo di offrire all'utenza tossicodipendente detenuta un efficace strumento terapeutico che dia continuità al percorso intrapreso in carcere e che proseguirà, in fase successiva, presso il SERT di competenza dopo la scarcerazione. Lo stesso progetto prevede inoltre la formazione di volontari che sostengano il detenuto e la sua famiglia durante la detenzione e dopo la scarcerazione per gestire la delicata fase del reinserimento sociale, che rappresenta una criticità per la recidiva.

## ASSISTENZA

### Tossicodipendenza 2011

Sedi SERT	Nuovi utenti	In carico	Totali	Appoggiati	In comunità
Brindisi	23	165	188	52	6
Fasano	11	78	89	3	5
Francavilla F.	23	168	191	33	23
Mesagne	34	142	177	12	16
Ostuni	39	370	409	100	14
S. Pietro V.Co	15	95	110	18	22
<b>Totale</b>	<b>145</b>	<b>1.018</b>	<b>1.164</b>	<b>218</b>	<b>86</b>

87

### Utenti alcolisti 2011

Sedi SERT	Nuovi utenti		In carico		Totali
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Brindisi	7	4	24	7	42
Fasano	3		13	3	19
Francavilla F.	11	1	16	5	33
Mesagne	8	1	8	1	18
Ostuni	5		23		28
S. Pietro V.Co	4	1	12	3	20
<b>Totale</b>	<b>38</b>	<b>7</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	<b>160</b>

### 2.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale



L'applicazione del Piano di rientro, che ha previsto una riduzione dei costi del personale con il blocco del turn over, ha avuto un consistente effetto sull'organizzazione interna nel periodo esaminato.

L'analisi dei dati riportati nelle tabelle successive, riferiti al biennio 2010 e 2011, evidenzia una diminuzione pari all'8,51% della consistenza del personale in servizio rispetto alla data del 31.12.2009. Questa diminuzione ha prodotto in alcuni Servizi aziendali situazioni di criticità legate alla carenza di personale.

#### Consistenza del personale al 31/12/2010

Contratto	Descrizione Ruolo	Dipendente	Comando	CoCoCo**	Totale complessivo
Personale di Comparto	ruolo amministrativo	402	5	4	411
	ruolo tecnico	526	1	2	529
	ruolo professionale	3		5	8
	ruolo sanitario	2.234	6	19	2.259
	<b>totale dipendenti</b>	<b>3.165</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>3.207</b>
Dirigenza Medica e Veterinaria	ruolo sanitario	771			771
	<b>totale dirigenti medici e veterinari</b>	<b>771</b>			<b>771</b>
Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa	ruolo tecnico	8			8
	ruolo amministrativo	18			18
	ruolo professionale	5			5
	ruolo sanitario	88			88
	<b>totale dirigenti sanitari professionali tecnici e amministrativi</b>	<b>119</b>			<b>119</b>
	<b>totale complessivo</b>	<b>4.055</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>4.097</b>

## Consistenza del personale al 31/12/2011

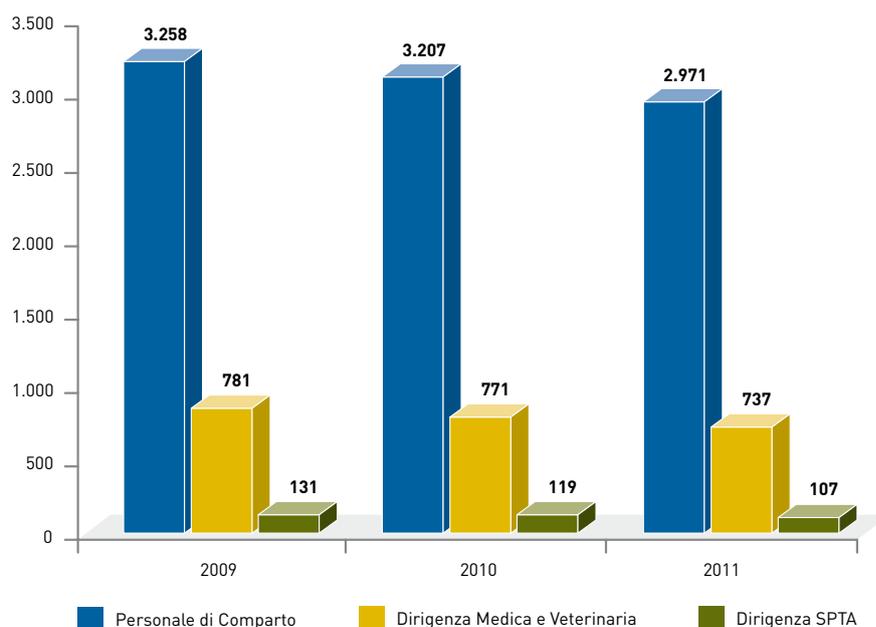
Contratto	Descrizione Ruolo	Dipendente	Comando	CoCoCo**	Totale complessivo
Personale di Comparto	ruolo amministrativo	373	6	2	381
	ruolo tecnico	488	1		489
	ruolo professionale	3			3
	ruolo sanitario	2.086	12		2.098
	<b>totale dipendenti</b>	<b>2.950</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>2.971</b>
Dirigenza Medica e Veterinaria	ruolo sanitario	737			737
	<b>totale dirigenti medici e veterinari</b>	<b>737</b>			<b>737</b>
Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa	ruolo tecnico	5			5
	ruolo amministrativo	18			18
	ruolo professionale	4			4
	ruolo sanitario	78		2	80
	<b>totale dirigenti sanitari professionali tecnici e amministrativi</b>	<b>105</b>			<b>107</b>
<b>totale complessivo</b>		<b>3.792</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>3.815</b>

Fonte: Area gestione del personale

I dati riportati nelle predette tabelle evidenziano 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.

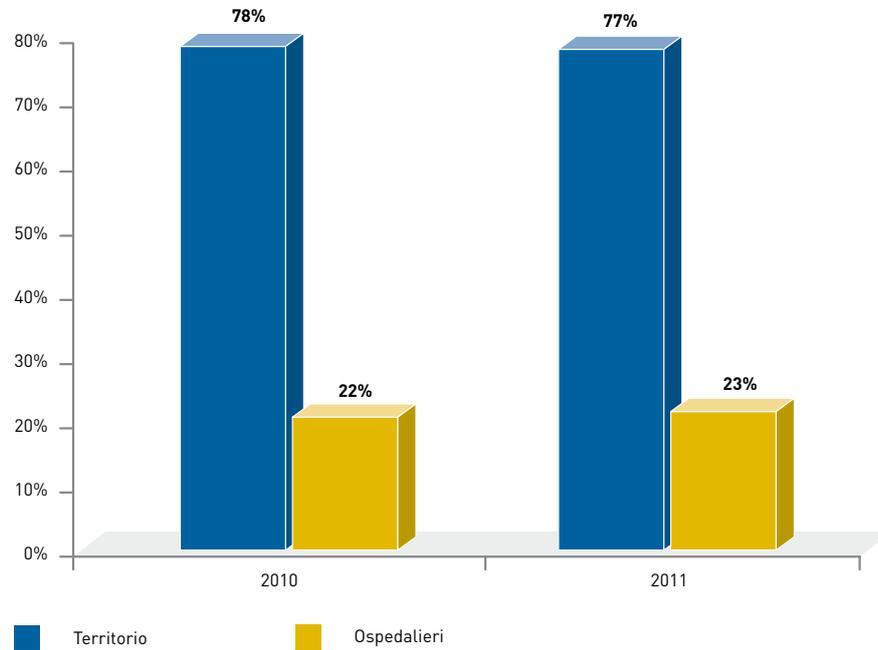
89

## Consistenza del personale per tipologia di contratto - anni 2009 - 2010 - 2011



Dal predetto grafico si evidenzia la diminuzione del personale in servizio, che alla data del 31 dicembre 2011 perde n. 355 unità, pari all'8,51% del personale in servizio al 31 dicembre 2009.

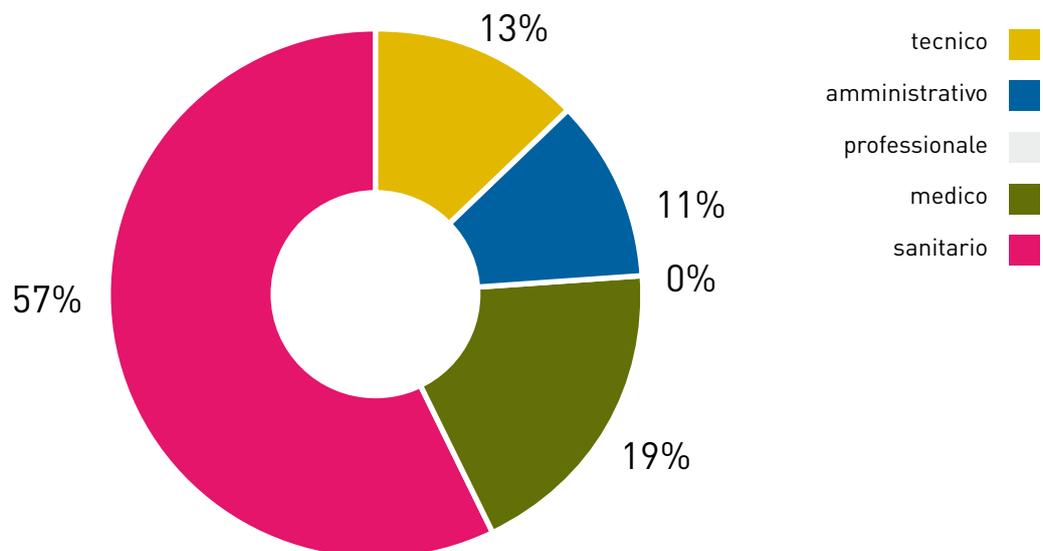
### Distribuzione del personale medico 2010 - 2011



90

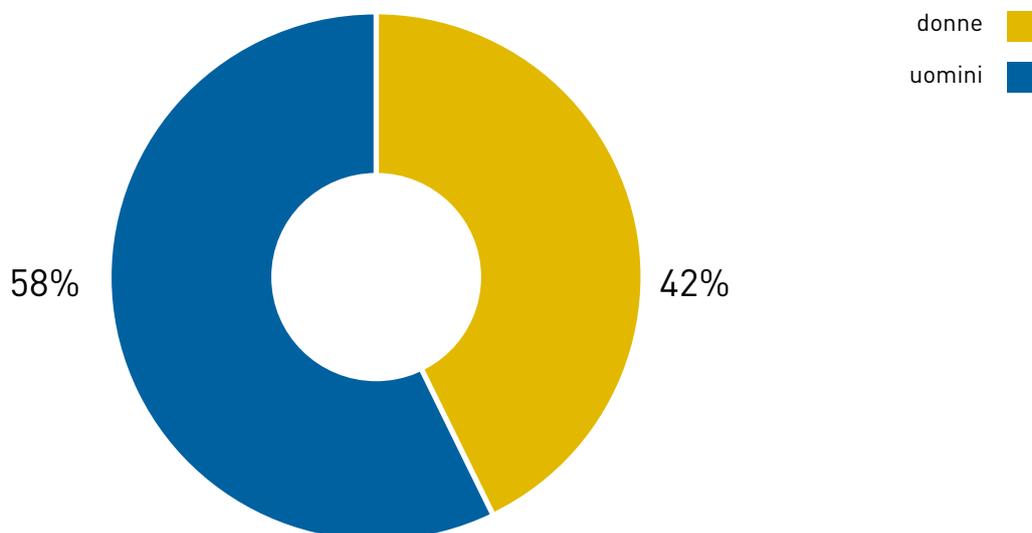
Nella distribuzione del personale medico nel corso dell'anno 2011 si evidenzia un leggero potenziamento sul territorio che passa dal 22% degli anni 2009 e 2010 al 23%, dovuto all'attuazione, in fase iniziale, del nuovo Piano Regionale di riordino ospedaliero e di potenziamento del territorio.

### Distribuzione per ruolo 2010 - 2011



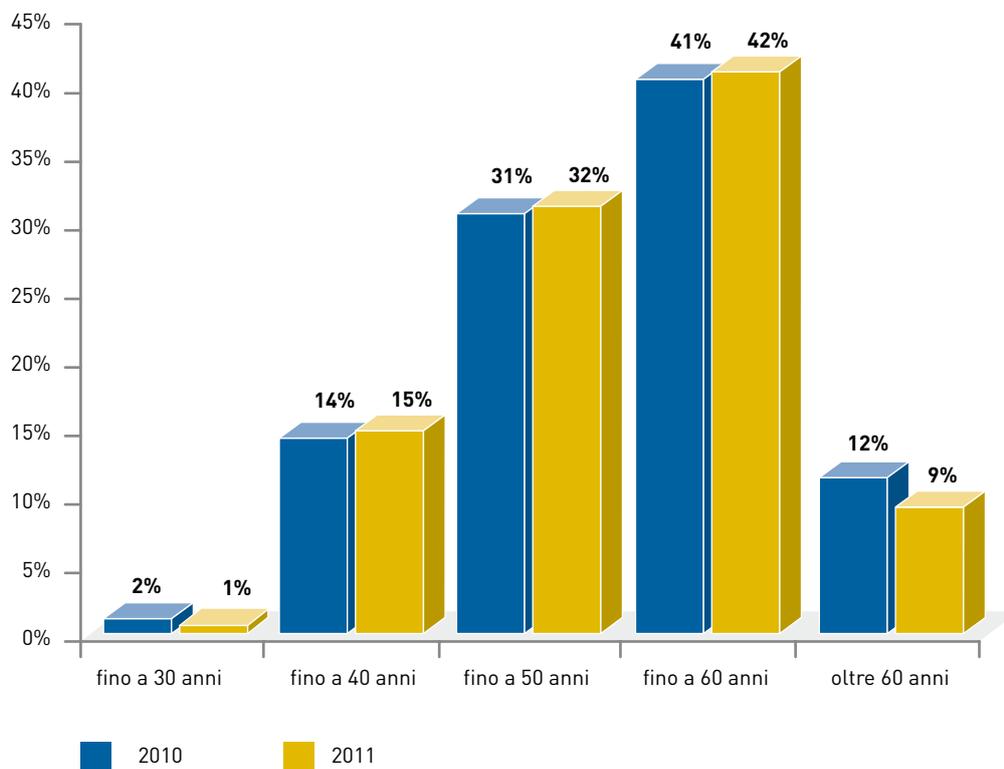
Anche la distribuzione per ruoli, identica per l'anno 2010 e 2011, evidenzia la rilevante consistenza dei ruoli Sanitario e Medico che sommati rappresentano il 76% di tutto il personale in servizio.

#### Distribuzione per sesso 2010 - 2011



La distribuzione per sesso conferma anche per gli anni 2010 e 2011 una prevalenza delle donne, con un divario tra i due sessi del 16%, in lieve aumento rispetto al dato dell'anno 2009.

#### Distribuzione per età 2010 - 2011



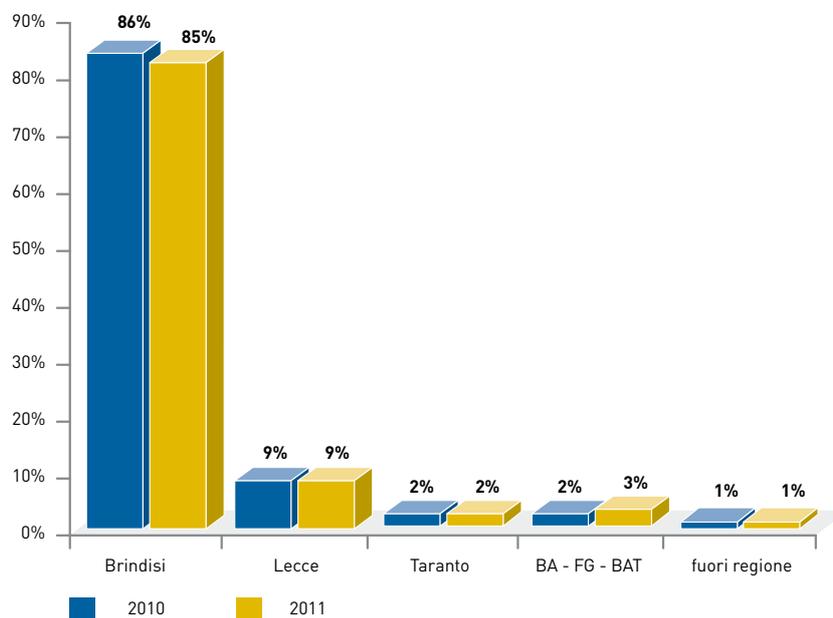
La distribuzione del personale per età, analogamente a quanto rilevato nell'anno 2009, evidenzia per gli anni 2010 e 2011 una maggiore concentrazione di unità nella fascia dai 51 ai 60 anni. Aumenta in maniera sensibile la presenza di dipendenti con una età maggiore ai 60 che passa dal 7% dell'anno 2009 al 12% nell'anno 2010, per assestarsi nell'anno 2011 al 9%. Detto fenomeno è giustificato dall'entrata in vigore della legge di riforma delle pensioni del pubblico impiego. Se a tali osservazioni si aggiunge il dato residuale delle unità con età inferiore ai 30 anni, pari ad appena l'1%, ben si giustifica l'aumento registrato nell'età media dei dipendenti che si attesta, per l'anno 2011, ad oltre 52 anni e mezzo.

<b>Età media per ruolo</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Ruolo Amministrativo	53,5	52,7
Ruolo Sanitario	48,7	48,4
Ruolo Professionale	58,4	58,2
Ruolo Tecnico	50,1	50,1

<b>Personale Ruolo Sanitario più giovane</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Medico	31	32
Infermiere	26	27

<b>Personale Ruolo Amministrativo più giovane</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Collaboratore amministrativo	31	31
Dirigente amministrativo	38	38

#### Distribuzione personale per provincia di domicilio 2010 – 2011



Come si rileva dal grafico, la quasi totalità del personale in servizio ha il proprio domicilio nella Regione Puglia, con la percentuale dell'85% nella sola provincia di Brindisi, in leggero calo rispetto al 2009, mentre rimane stabile la percentuale delle unità domiciliate fuori Regione. Il personale domiciliato nella provincia di Brindisi è pari per l'anno 2010 a 3.441 unità e per l'anno 2011 a 3.239 unità, e risulta essere così distribuito tra i 20 Comuni del territorio:

<b>Domicilio</b>	<b>N. dipendenti 2010</b>	<b>N. dipendenti 2011</b>
Brindisi	776	727
Carovigno	118	108
Ceglie Messapica	167	159
Cellino San Marco	41	37
Cisternino	99	91
Erchie	39	38
Fasano	230	220
Francavilla Fontana	317	298
Latiano	104	102
Mesagne	397	364
Oria	100	90
Ostuni	425	407
Sandonaci	42	40
San Michele Salentino	33	29
San Pancrazio Salentino	61	62
San Pietro Vernotico	181	171
San Vito Del Normanni	159	150
Squinzano	1	1
Torchiarolo	32	32
Torre Santa Susanna	84	79
Villa Castelli	35	34
<b>Totale</b>	<b>3.441</b>	<b>3.239</b>

### Acquisizione di personale

Si riportano i dati relativi ad assunzioni, comandi, mobilità, avvisi pubblici e concorsi nel corso degli anni 2010 e 2011.

93

#### Anno 2010

- a) stipulazione contratti individuali di lavoro:
- n. 215 a tempo determinato;
  - n. 53 a tempo indeterminato;
  - n. 125 stabilizzazioni;
  - n. 26 mobilità (tempo indeterminato);
- b) contratti in posizione di comando n. 11;
- c) stipulazione di contratti individuali di collaborazione coordinata e continuativa n. 3;
- d) avvisi pubblici: n. 7 per vari incarichi a tempo determinato;
- e) avvisi di stabilizzazione : n. 3 per posti vari;
- f) concorsi attivati n. 8 per 15 posti;
- g) concorsi conclusi n. 11 per 29 posti.

#### Anno 2011

- a) stipulazione contratti individuali di lavoro:
- n. 73 a tempo determinato;
  - n. 20 a tempo indeterminato;
  - n. 21 stabilizzazioni;
  - n. 3 mobilità (tempo indeterminato);
- b) contratti in posizione di comando n. 5;
- c) stipulazione di contratti individuali di collaborazione coordinata e continuativa n. 9;
- d) avvisi pubblici: n. 11 per vari incarichi a tempo determinato;
- e) avvisi di stabilizzazione : n. 1;
- f) avvisi di mobilità: n. 10 per 44 posti.

## 2.2.2 Formazione

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi assicura ed organizza la funzione formazione attraverso l'Ufficio Formazione, preposto allo sviluppo ed al sostegno del patrimonio professionale aziendale mediante la pianificazione, programmazione e produzione di progetti/eventi formativi coerenti con lo sviluppo strategico, nell'ottica del miglioramento della professionalità dei servizi si situa trasversalmente rispetto a tutte le Macrostrutture aziendali. Nell'ambito dell'articolazione aziendale, l'Ufficio Formazione è una Unità Operativa Semplice della Struttura in staff alla Direzione Sanitaria.

Suo compito è proporre, progettare, realizzare e verificare le iniziative formative di tipo trasversale in tematiche di interesse generale, gestire il budget assegnato, assicurare la qualità della progettazione e della realizzazione degli interventi, nonché apposta opera di valutazione. L'Ufficio di Staff è composto dalle professionalità necessarie a fornire il supporto tecnico e scientifico allo svolgimento delle proprie competenze di supporto alla Direzione Generale, nonché della rete dei Referenti, supporto ai Responsabile di Dipartimento/Distretto/Presidio Ospedaliero per l'analisi del bisogno formativo, la costruzione del programma di formazione della macrostruttura e per la valutazione dei risultati conseguiti.

### Competenze dell'Ufficio Formazione

- Pianificazione della formazione attraverso il percorso di analisi dei fabbisogni formativi;
- Definizione del piano di formazione aziendale del personale dipendente, nel rispetto degli obiettivi definiti dalla Regione Puglia e dalla direzione aziendale;
- Predisposizione, applicazione ed aggiornamento del regolamento aziendale per la formazione;
- Coordinamento della Rete dei Referenti per la formazione (l'assicurazione della qualità metodologica, il coordinamento degli interventi, lo scambio delle esperienze avviene attraverso la Rete dei Referenti della Formazione);
- Pianificazione, progettazione, attivazione, coordinamento e valutazione delle iniziative di aggiornamento in sede;
- Regolamentazione dell'attività autorizzativa ai fini della partecipazione ad iniziative di aggiornamento organizzate da terzi;
- Monitoraggio e garanzia della competenza dei formatori e dei docenti;
- Definizione annuale del budget destinato alle attività formative esterne all'azienda ed il costante monitoraggio dello stesso;
- Gestione del processo di accreditamento ECM e acquisizione dell'accREDITamento come provider nel sistema ECM della Regione Puglia;
- Attività istruttoria per le richieste di autorizzazione al patrocinio;
- Assolvimento dell'iter procedurale per la stipula di convenzioni con università pubbliche e private, società di formazione, cooperative sociali, istituti di istruzione;
- Organizzazione e gestione dei tirocini di formazione ed orientamento;
- Supporto organizzativo alla gestione dei corsi per operatore socio sanitario.

Il Piano Formativo Aziendale anno 2010 e 2011, è stato redatto in linea con gli obiettivi del Piano di Rientro e Riqualificazione 2010-2012 della Regione Puglia, e pertanto le aree formative privilegiate sono state :

- *razionalizzazione della spesa farmaceutica: appropriatezza prescrittiva; promozione di linee guida sull'utilizzo di farmaci ad alto costo e sviluppo di procedure relative alla gestione ed utilizzo del farmaco;*
- *razionalizzazione della rete dei servizi;*
- *promozione di funzioni organizzative finalizzate ad un miglioramento dei servizi assistenziali in termini di efficacia ,efficienza ed appropriatezza: es. governo clinico, rischio clinico, ICT;*

- *definizione di percorsi formativi rivolti alle figure amministrative: promozione di Best Practice;*
- *promozione di Politiche e Programmi di Prevenzione attraverso l'integrazione tra reti sanitarie, reti Istituzionali e partecipazione diretta dei cittadini: obesità, diabete mellito, screening oncologici;*
- *progetti di educazione alla salute dei cittadini promossi all'interno della Mission della Health Promotion.*

#### Attività 2010/2011

Convenzioni stipulate con soggetti istituzionali pubblici e privati	50
Pratiche per diverse tipologie di tirocinio: formativo curriculare, extra-curriculare, professionalizzante, e di tirocinio volontario	198
Pratiche per aggiornamento facoltativo	128
Pratiche per aggiornamento obbligatorio/comando	40
Gestione corsi per operatore sociosanitario in collaborazione con le società deputate alla formazione professionale, enti accreditati presso la Regione Puglia	45
Progetti ed eventi formativi E.C.M.	30
Operatori coinvolti in corsi di formazione e Master in collaborazione con l'Università del Salento	250

## 2.2.3 Internalizzazione

La formula dell'in house providing, letteralmente "fornitura interna", trova la sua genesi nell'ordinamento anglosassone.

Fin dal suo primo apparire, questo nuovo modello organizzativo ha interessato la dottrina e la giurisprudenza circa l'ambito di ammissibilità ed il conseguente potere discrezionale della Pubblica Amministrazione di muoversi verso tale strumento.

Un primo intervento dell'ordinamento comunitario ha evidenziato una sostanziale neutralità verso le opzioni organizzative delle amministrazioni, negando in modo tendenziale un obbligo a carico delle stesse di rivolgersi al mercato per l'approvvigionamento di beni, servizi e forniture, e confermando nel contempo la possibilità delle stesse amministrazioni di rivolgersi verso proprie articolazioni funzionali in deroga all'applicazione delle procedure di evidenza pubblica.

Un orientamento maggiormente rafforzato anche dopo l'emanazione del Libro Verde<sup>21</sup> in cui, secondo la Commissione: "Spetta alle autorità pubbliche decidere se fornire questi servizi direttamente tramite la propria amministrazione oppure se affidarli a terzi soggetti pubblici o privati". Anche se le società in house sono strutturate e disciplinate nel loro funzionamento secondo norme prettamente privatistiche, esse coinvolgono interessi, economici e sociali, propri dell'intera collettività. In altre parole lo svolgimento di servizi "pubblici" e dell'impiego di risorse economiche altrettanto "pubbliche".

In siffatta ipotesi di gestione "piramidale" della cosa pubblica - cui partecipano, peraltro, soggetti pubblici (le P.A. affidanti) e soggetti privati (le società in house) - il problema della responsabilità segue due direttive principali che, con estrema esemplificazione, si possono ricondurre, in primo luogo, alla gestione della società in house da parte dei suoi amministratori, quindi, al controllo esercitato dall'Ente Pubblico proprietario.

Nel mese di marzo 2010 un gruppo di lavoro interno alla ASL di Brindisi ha redatto una relazione tecnica sullo studio della fattibilità della costituzione della società Sanitaservice ASL BR, come previsto dalle Linee Guida Regionali<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Libro Verde sui servizi di interesse generale, Bruxelles, 21.5.2003

<sup>22</sup> DGR 2477/2009

Il piano economico finanziario è stato predisposto tenendo conto delle seguenti ipotesi di base<sup>23</sup>:

- definizione del costo di lavoro per qualifica standard, ricavato dall'applicazione del contratto di lavoro della Sanità privata - AIOP, e tenendo conto di tutti gli oneri accessori;
  - definizione del numero di persone da internalizzare, tenendo conto dei reali fabbisogni aziendali;
  - obiettivo del rispetto della diminuzione del 2% del costo per acquisto di beni e servizi, rispetto all'anno precedente;
  - inserimento nel business plan degli eventuali risparmi derivanti dai minori interessi moratori e spese legali addebitate nel passato dalle ditte fornitrici dei servizi oggetto di internalizzazione;
  - utilizzo del tasso d'inflazione programmato per la previsione di incremento dei costi del quinquennio;
  - verifica dei risparmi fiscali derivanti dalla possibilità di ottenere sgravi fiscali per l'applicazione del cuneo fiscale o per la defiscalizzazione di alcune tipologie di assunzioni.
- La costituzione della Società "in house providing", a capitale interamente pubblico denominata Sanitaservice ASL BR, è avvenuta nel mese di giugno 2010<sup>24</sup>.

Negli anni 2010-2011 sono stati internalizzati i seguenti servizi e le seguenti risorse umane:

N° delibera affidamento	data	Servizio affidato	Operatori internalizzati			Contratto
			N° totale	Qualifiche	N° operatori	
2579	06/08/2010	Riabilitazione Psichiatrica	36	Coordinatori	3	A Tempo Indeterminato
				Educatori	20	A Tempo Indeterminato
				O.S.S.	13	A Tempo Indeterminato
2037	05/07/2011	Screening Senologico	5	Impiegato d'ordine Cat. B	5	Parziale A Tempo Determinato
2038	05/07/2011	Supporto Amm. Vo Data Entry	22	Impiegato d'ordine Cat. B	22	Parziale A Tempo Determinato

96

## 2.2.4 Relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali, nell'ambito di un'Azienda Sanitaria, è strutturalmente complesso poiché, per il solo personale dipendente, conta tre aree contrattuali:

- Area della Dirigenza Medica e Veterinaria;
- Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa;
- Area del personale del Comparto.

Le Organizzazioni Sindacali rappresentative, per il personale dipendente, sono in tutto 23 così distribuite:

- Area della Dirigenza Medica e Veterinaria: 10;
- Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa: 8;
- Area del personale del Comparto: 5.

La delegazione trattante di parte sindacale è integrata, per l'area del personale del Comparto, dalla RSU, costituita da 36 componenti.

Gli ultimi Contratti Collettivi Integrativi Aziendali, per il personale dipendente della ASL BR, sono stati sottoscritti nella data rispettivamente di seguito indicate: Dirigenza Me-

<sup>23</sup> Cabina di regia 26/02/2010

<sup>24</sup> Deliberazione ASL BR n. 1870 del 1.06.2010

dica e Veterinaria, 8 luglio 2008; Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa, 19 giugno 2008; Comparto, 3 ottobre 2006.

A tali contratti, tuttora vigenti, sono state apportate integrazioni, le più importanti delle quali sono state le seguenti:

- accordo decentrato in materia di continuità assistenziale ed organizzazione del lavoro (Dirigenza Medica e Veterinaria, 1 dicembre 2010);
- accordo per il riconoscimento della progressione economica orizzontale (Comparto, 3 dicembre 2010).

Nel corso degli anni 2010 e 2011, un fronte che ha impegnato le relazioni sindacali nell'ambito della ASL BR, è stato quello relativo alla riorganizzazione delle attività e dei Servizi, con conseguente ricollocazione del personale, a seguito della adozione del "Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010 - 2012", oggetto di accordo, sottoscritto il 29.11.2010 tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il Presidente della Regione Puglia. Da tale Piano sono scaturite le azioni di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia<sup>25</sup>.

Altro tema costante nella interlocuzione con le Rappresentanze Sindacali, nel periodo considerato, è stato il fabbisogno di personale, principalmente per effetto dell'art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 che impone il contenimento del costo del personale, al lordo degli oneri riflessi a proprio carico e dell'imposta regionale sulle attività produttive - per gli anni 2010, 2011 e 2012 - nei limiti dell'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 %. Si sono dovuti fronteggiare, altresì, gli effetti, introdotti dall'art. 9, comma 28, della Legge 122/2010, del contenimento del 50 % del costo per il personale a tempo determinato sostenuto nell'anno 2009.

Sul fronte occupazionale, per il personale del Comparto, hanno assunto effetti significativi gli accordi siglati il 28 aprile 2010 ed il 17 maggio 2010, per la proroga dei contratti a tempo determinato fino alla concorrenza di una durata massima di 36 mesi nell'ultimo quinquennio.

## 2.2.5 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 e dal Servizio di Sorveglianza Sanitaria (istituito ad inizio dell'anno 2011), entrambi in staff alla Direzione Generale. Nello specifico:

- il Servizio di Prevenzione Protezione Aziendale è la Struttura sanitaria con funzioni tecnico-professionali ai fini della valutazione dei rischi e di proposizione di misure migliorative ai sensi della normativa vigente<sup>26</sup>, nonché di promozione, consulenza e informazione e formazione nei confronti delle strutture aziendali ai fini della tutela della salute e della incolumità dei lavoratori. L'attività del predetto Servizio ha consentito, anche negli anni 2010 e 2011, una riduzione del 5% dei premi INAIL pagati dalla ASL;
- il Servizio di Sorveglianza Sanitaria ha ereditato le competenze della Medicina del Lavoro per la salvaguardia sia dei pazienti con interventi che riguardano ambiti multidisciplinari collegati alla funzionalità respiratoria e contaminazioni biologiche, con attività di consulenza, che per la tutela della salute dei lavoratori dipendenti ai sensi del Decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i. Lo stesso, nel corso dell'anno 2011 ha adottato nuove procedure per assolvere ai propri compiti, aggiornando anche il precedente protocollo sanitario.

Sebbene i compiti istituzionalmente attribuiti ai due servizi, prevedano ampi margini di collaborazione, gli stessi devono mantenere autonomia organizzativa e professionale a garanzia della corretta valutazione e controllo vicendevole nel monitoraggio del sistema della salute e sicurezza aziendale.

<sup>25</sup> Le azioni sono state previste dal Regolamento Regionale 16 dicembre 2010 n. 18, integrato dal Regolamento Regionale 22 dicembre 2010 n. 19, da ultimo ulteriormente modificate ed intergrate dalle previsioni della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1110 del 5 giugno 2012.

<sup>26</sup> D.Lgs. n. 81 del 2008 (ex 626/94)

Attività	Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale		Servizio di Sorveglianza Sanitaria	
	2010	2011	2010**	2011
Visite mediche (D.Lgs. 81/08)	3.328	0*	0	2.475
Visite mediche personale radioesposto (D. Lgs. 230/95)	774	0*	0	784
Sopralluoghi ambienti di lavoro	43	50	0	116
Relazioni	43	50	0	116
<b>Dipendenti ditte esterne</b>				
visite mediche	78	35	0	62
prelievi venosi	76	0*	0	79
spirometrie	79	0*	0	87
audiometrie	36	0*	0	33
<b>Formazione lavoratori D.Lgs. 81/2008</b>				
ore di informazione	0	60	0	0
ore di formazione	120	150	0	0
personale formato e informato	1.290	1.400	0	1.302
Crediti ECM	5.160	4.600	0	0

\* attività svolta dal 2011 dal Servizio di Sorveglianza Sanitaria

\*\* i dati di attività sono cumulativi

## 2.2.6 Sistemi di valutazione e verifica

### Personale del comparto

Nell'anno 2010 si è proceduto alla valutazione della performance individuale del personale dipendente afferente all'area di Comparto. Sono state predisposte e distribuite n. 3044 schede di valutazione: l'iter valutativo, previsto dal relativo CCNL di riferimento, si è concluso nel mese di giugno 2011 e sono stati erogati, previa contrattazione integrativa aziendale, i compensi per la Produttività Collettiva con le competenze stipendiali del mese di luglio 2011.

Nell'anno 2011 sono state predisposte e distribuite n. 2924 schede di valutazione il cui iter valutativo è in fase di perfezionamento.

### Personale della Dirigenza.

Nell'anno 2010 è stata conclusa la procedura di valutazione dei risultati di gestione della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnico e Amministrativo, nonché della Dirigenza medica e veterinaria e si è proceduto al pagamento della relativa retribuzione di risultato.

Nell'anno 2011 sono state predisposte e distribuite n. 867 schede di valutazione, il cui iter valutativo è fase di perfezionamento.

Nel corso del 2010 sono state avviate e concluse, a seguito del processo valutativo portato a termine dai relativi Collegi Tecnici, 45 procedure di verifica del personale dirigenziale (dirigenti medici, dirigenti veterinari e dirigenti sanitari). A seguito di dette verifiche, si è proceduto all'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia supe-

riore a quei dirigenti che hanno terminato il primo quinquennio di servizio ed al passaggio alla fascia superiore per i dirigenti che hanno maturato l'esperienza professionale pari a quindici anni.

E' stata inoltre attribuita la retribuzione di posizione minima contrattuale unificata, ai sensi degli artt. 3 e 4 CCNL 8.6.200 Il biennio economico, 37 e 44 del CCNL 3.11.2005 I biennio economico, 5 CCNL 5.7.2006 Il biennio economico, 20 CCNL 17.10.2008 e 5 del CCNL 6.5.2010 – Il biennio economico 2008-2009 – area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza del ruolo sanitario, 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.

Sono stati valutati, inoltre, sempre nell'anno 2010, n. 7 dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, titolari di incarico di direzione di struttura complessa e per i quali si è confermato il relativo incarico quinquennale.

Nel 2011, nei limiti imposti dal decreto legislativo n.78/2010 convertito con modificazione nella legge 122/2010, sono state avviate e concluse, a seguito del processo valutativo portato a termine dai relativi Collegi Tecnici, 31 procedure di verifica del personale dirigenziale (dirigenti medici, dirigenti veterinari e dirigenti sanitari). A seguito di dette verifiche, 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 per i dirigenti che hanno maturato l'esperienza professionale pari a quindici anni entro il 31/12/2010.

Inoltre, sono stati valutati n. 132 dirigenti (area della dirigenza medica e veterinaria) responsabili di unità operativa semplice ai quali era scaduto il relativo incarico. Sono in fase di valutazione altri 50 dirigenti medici responsabili di incarico di direzione di unità operativa semplice con incarico scaduto nel corso del 2011.



### 2.3.1 Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di continuità assistenziale

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 (ex Guardia Medica). Essi svolgono, per conto della ASL, il ruolo principale di erogatore dell'assistenza primaria e di regolatore dell'accesso alla specialistica ambulatoriale, ai ricoveri e all'assistenza farmaceutica.

#### Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)

##### ANNO 2010

Distretto	MMG	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	Totale
DSS n. 1	89	99.056	16	13.187	105
DSS n. 2	68	72.851	11	9.369	79
DSS n. 3	83	91.072	13	11.830	96
DSS n. 4	89	93.835	16	11.969	105
<b>Totale</b>	<b>329</b>	<b>356.814</b>	<b>56</b>	<b>46.355</b>	<b>385</b>

##### ANNO 2011

Distretto	MMG	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	Totale
DDSS n. 1	89	99.267	15	13.014	104
DSS n. 2	67	72.815	11	9.388	78
DSS n. 3	81	91.044	13	11.865	94
DSS n. 4	84	93.405	16	11.908	100
<b>Totale</b>	<b>321</b>	<b>356.531</b>	<b>55</b>	<b>46.175</b>	<b>376</b>

Fonte: SVIMSERVICE 2010/2011

Per assicurare l'assistenza primaria nelle ore in cui il servizio non è garantito dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, vengono conferiti incarichi, a tempo indeterminato o provvisori, ai Medici di continuità assistenziale (ex guardia medica).

#### Medici di continuità assistenziale

Distretto	Numero unità previste
DSS n. 1	17
DSS n. 2	20
DSS n. 3	29
DSS n. 4	40
<b>Totale</b>	<b>106</b>

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, pone 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 specialisti ambulatoriali presenti nelle strutture distrettuali.

### Forme strutturate di assistenza primaria attive sul territorio

#### ANNO 2010

Medici	In gruppo	In rete	In associazione	Super Rete	Super Gruppo	CPT	Totale
MMG	90	114	42	81	44	9	380
N. Assistiti	101.247	129.498	54.085	92.618	53.612	12.453	443.513
PLS	2	21	12	0	0	0	35
N. Assistiti	1.940	17.637	10.083	0	0	0	29.660
Forma Mista	0	1	0	0	0	0	1

Fonte: Dati aziendali 2008/2009

#### ANNO 2011

Medici	In gruppo	In rete	In associazione	Super Rete	Super Gruppo	CPT	Totale
MMG	89	113	30	80	44	9	365
N. Assistiti	101.357	130.941	39.411	93.864	53.684	12.386	431.643
PLS	2	20	12	0	0	0	34
N. Assistiti	1.946	17.267	10.217	0	0	0	29.430
Forma Mista	0	1	0	0	0	0	1

Fonte: SVIMSERVICE 2010/2011

Si precisa che il totale dei medici partecipanti alle forme strutturate di assistenza primaria risulta maggiore del numero complessivo dei medici di base convenzionati, così come riportati nelle precedenti tabelle, in quanto i medici inclusi nelle forme di associazionismo complesso (Super Rete e Super Gruppo) sono inclusi anche nelle forme di associazionismo semplice (Rete e Gruppo).

Si conferma la tendenza positiva circa la costituzione di forme strutturate di assistenza primaria a crescente complessità organizzativa nell'ambito della medicina generale. L'associazionismo, nelle sue varie forme, ha prodotto ormai una cultura del "lavoro di gruppo" tra i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

Ritenuti soggetti attivi di regolazione della domanda (accesso alle prestazioni, ai ricoveri, assistenza domiciliare, prescrizioni farmaceutiche, ecc.), onde evitare impieghi impropri delle risorse, l'Azienda mantiene un dialogo costante con i MMG e con i PLS, sia a livello di confronto che di concertazione, finalizzato alla ridefinizione e riqualificazione della loro funzione, in un processo che l'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;
- 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.

Il processo di riqualificazione della funzione della medicina generale non può prescindere, inoltre, 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.

## 2.3.2 Medici Specialisti ambulatoriali

L'offerta di prestazioni specialistiche presso le strutture sanitarie gestite dai Distretti Socio Sanitari (poliambulatori e consultori), o per l'assistenza domiciliare, viene integrata attraverso l'attivazione di rapporti convenzionali con i Medici Specialisti Ambulatoriali, con incarichi da svolgersi in numero ore. Trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre) il Comitato Zonale per la specialistica ambulatoriale<sup>27</sup> pubblica le ore per le diverse branche ritenute necessarie dall'Azienda in relazione ai bisogni di assistenza evidenziati dai direttori dei Distretti Socio Sanitari. Il suddetto Comitato procede altresì alla individuazione delle priorità di consultazione dei medici partecipanti alle pubblicazioni e cura, tra l'altro, la redazione delle Graduatorie Provinciali annuali utilizzabili per l'eventuale attribuzione di incarichi provvisori nelle more dell'individuazione del medico cui attribuire la titolarità dell'incarico.

Al 31 dicembre 2011 sono stati conferiti incarichi per un totale complessivo di n. 3.084,5 ore così suddivise:

Branca	DSS N.1	DSS N.2	DSS N. 3	DSS N.4	TOTALE ORE
allergologia	65	0	76	0	141
angiologia	5	0	0	30	35
biologia	30	0	0	60	90
cardiologia	116	95	77	69	357
chirurgia generale	15	0	0	0	15
chirurgia vascolare	41	10	6	0	57
dermatologia	27	18	23	27	95
endocrinologia	18	18	3	76	115
diabetologia	38	0	0	0	38
fisiokinesiterapia	56	6	115	78	255
gastroenterologia	30	0	0	38	68
medicina dello sport	26	12	10	46	94
medicina nucleare	72	0	0	0	72
nefrologia	10	0	0	0	10
neurologia	24	14,5	20	85	143,5
neuropsichiatria infantile	22	6	0	0	28
oculistica	86	129	108	69	392
odontoatria	94	47	44	72	257
ortopedia	41	48	5	59	153
ostetricia	85	38	38	65	226
otorino	38	18	76	30	162
psicologia	18	0	0	0	18
psichiatria	10	0	0	0	10
radiologia	122	0	0	0	122
reumatologia	5	3	7	0	15
tossicologia	0	25	0	0	25
urologia	12	38	12	29	91
<b>totale</b>	<b>1.106</b>	<b>525,5</b>	<b>620</b>	<b>833</b>	<b>3.084,5</b>

<sup>27</sup> Il Comitato Zonale è previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i.

Le Strutture Private Accreditate erogano prestazioni sanitarie, sia in forma ambulatoriale che di ricovero, con oneri a carico della ASL, e devono rispondere a particolari requisiti di carattere organizzativo, strutturale e strumentale, definiti dalla Regione Puglia con apposito Regolamento, per garantire gli standard di qualità richiesti per lo svolgimento delle attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale.

Nel 2010/2011 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 diversa per ogni tipologia di prestazione. Con Legge Regionale del 2010<sup>28</sup> è stato disposto che, a far data dall'entrata in vigore della predetta legge, fosse abolita l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massima assegnati, pertanto da tale data la ASL non può remunerare prestazioni in eccedenza al "tetto massimo" assegnato a ciascuna struttura. Al fine 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, le stesse devono considerare il tetto loro assegnato diviso per i dodici mesi, in modo da raggiungere un doppio risultato positivo:

- 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;
- 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. 27 laboratori di analisi, n. 4 studi radiologici, n. 2 Odontoiatrici, e n. 5 di Medicina fisica riabilitativa.

Si riportano di seguito i dati relativi ai tetti assegnati alle Strutture accreditate relativi agli anni 2010/2011 per l'acquisto delle prestazioni:

<b>Branca</b>	<b>Tetto di spesa 2010</b>	<b>Tetto di spesa 2011</b>
Medicina fisica e riabilitativa	1.279.530,08	1.175.078,64
Odontostomatologia	502.686,24	510.921,94
Radiodiagnostica	2.888.310,64	2.739.196,14
Patologia clinica	5.722.455,78	5.242.842,06
<b>Totale complessivo</b>	<b>10.392.982,74</b>	<b>9.668.038,78</b>

<sup>28</sup> L.R. n.12 del 24/09/2010, art.3, comma 2





L'assistenza farmaceutica è garantita da 103 farmacie convenzionate distribuite nel territorio provinciale.

Anche per il biennio in esame, tra gli obiettivi prioritari delle Aziende Sanitarie rientra il contenimento della spesa farmaceutica. In linea con le disposizioni della normativa vigente, la ASL ha utilizzato una serie di strumenti atti ad operare un efficace controllo della spesa farmaceutica al fine di evitare inutili sprechi, tra i quali l'attività di verifica sull'appropriatezza delle prescrizioni e delle dispensazioni a cura dell'Area Gestione Servizio Farmaceutico.

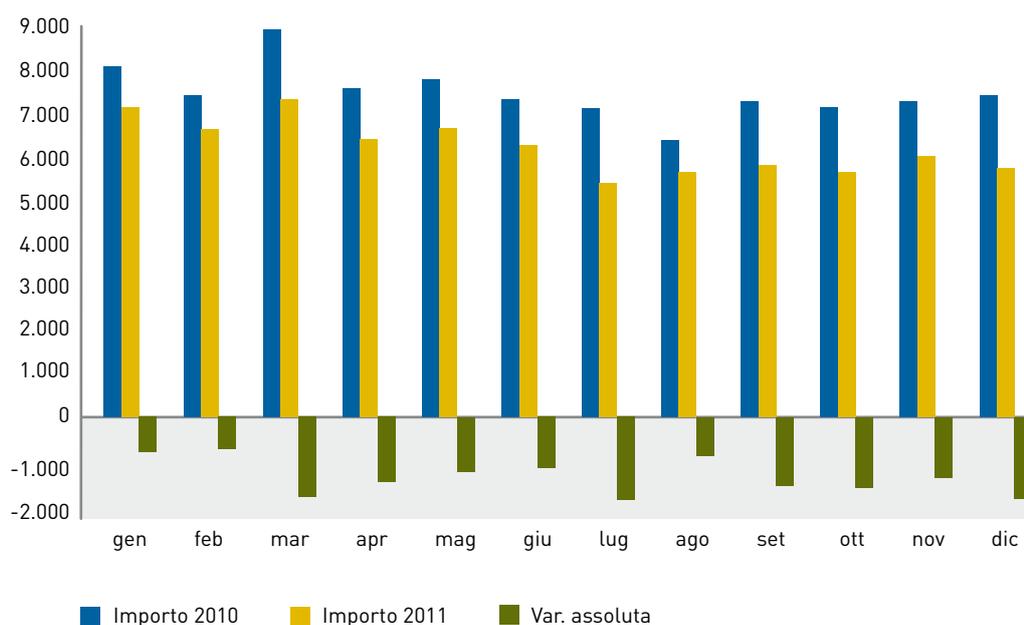
	2010	2011
Ricette emesse	4.707.072	4.436.356
Spesa (euro/mgl)	89.599	74.733
Costo unitario per assistito (euro)	222	185

Fonte: UCG, Servizio Farmaceutico, Agref

104

La ASL BR acquista i farmaci inseriti nel prontuario ospedale-territorio (PHT)<sup>29</sup>, usufruendo dello sconto previsto per le Aziende Sanitarie; 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 2010/2011:

#### Spesa farmaceutica euro/000



<sup>29</sup> Accordo Ares-Federfarma, reso esecutivo a partire dal giugno 2006, D.R.G n. 1721/2005

L'analisi del grafico mostra una diminuzione evidente della spesa farmaceutica riscontrata nel 2011 rispetto al 2010.

La tabella di seguito riporta il costo medio dell'assistenza farmaceutica per assistito calcolato per singolo Distretto Socio-Sanitario.

Distretto	Costo unitario (euro)		Differenza 2010- 2011
	2010	2011	
DSS n. 1 Brindisi	223	178	-45
DSS n. 2 Fasano	218	183	-35
DSS n. 3 Francavilla F.	215	181	-34
DSS n. 4 Mesagne	232	199	-33
<b>Costo medio totale</b>	<b>222</b>	<b>185</b>	<b>-37</b>

Fonte: AGREF



L'attività contrattuale relativa alla fornitura di beni e servizi si realizza, per gli importi di valore superiore alla soglia comunitaria (pari o > euro 200.00,00) prevalentemente mediante lo strumento della procedura aperta. Per le forniture di importo inferiore, attraverso procedure negoziate cui vengono invitati i fornitori iscritti all'apposito Albo regionale on line o mediante l'utilizzo della piattaforma di negoziazione presente su CONSIP. In ogni caso, al fine di assicurare la massima partecipazione e nel rispetto dei principi di trasparenza amministrativa, l'espletamento delle procedure di gara viene pubblicizzato attraverso la pubblicazione dei bandi e dei relativi avvisi sul

sito aziendale e sul Portale Regionale della Salute, aventi valore di pubblicità legale, e su quotidiani locali e nazionali. Solo in situazioni eccezionali, di effettiva urgenza, l'Area preposta può contattare direttamente il contraente attraverso strumenti più facilmente gestibili della procedura ordinaria. Tutta l'attività contrattuale è disciplinata da regolamenti aziendali adottati nel rispetto della normativa nazionale per le Pubbliche Amministrazioni, reperibili nella sezione "Area Patrimonio" del sito aziendale.

106

#### La ricaduta sul territorio

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

Area Geografica	Tot pagamenti 2010	% di incidenza 2010	Tot pagamenti 2011	% di incidenza 2011
Puglia	96.272	39,5	90.302	39,1
Nord	104.708	43,0	97.573	42,2
Centro	31.301	12,8	30.691	13,3
Sud	10.442	4,3	11.440	5,0
Esterio	1.064	0,4	1.051	0,5
<b>Totale</b>	<b>243.789</b>	<b>100,0</b>	<b>231.057</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2010/2011

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 maggiori aziende farmaceutiche.

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

Area Geografica	Tot pagamenti 2010	% di incidenza 2010	Tot pagamenti 2011	% di incidenza 2011
Brindisi	63.565	66,03	58.127	64,37
Bari	10.972	11,40	12.203	13,51
Lecce	15.842	16,46	14.555	16,12
Taranto	3.689	3,83	3.243	3,59
Foggia	2.150	2,23	2.136	2,37
Bat	55	0,06	37	
<b>Totale</b>	<b>96.272</b>	<b>100,0</b>	<b>90.302</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2010/2011

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 2010 nella provincia di Brindisi per comune (euro/000)

Comuni provincia di Brindisi	Pagamenti 2010	Composizione %
BRINDISI	25.056	39,42
OSTUNI	18.462	29,04
FRANCAVILLA FONTANA	2.707	4,26
CAROVIGNO	2.571	4,04
LATIANO	2.452	3,86
MESAGNE	2.118	3,33
TORRE SANTA SUSANNA	1.697	2,67
FASANO	1.614	2,54
SANDONACI	1.375	2,16
S. MICHELE SALENTINO	1.181	1,86
ORIA	1.041	1,64
S.VITO DEI NORMANNI	932	1,47
CISTERNINO	850	1,34
S.PIETRO VERNOTICO	737	1,16
TORCHIAROLO	398	0,63
CELLINO SAN MARCO	189	0,30
S. PANCRAZIO SALENTINO	96	0,15
CEGLIE MESSAPICA	82	0,13
VILLA CASTELLI	6	0,01
ERCHIE	2	0,00
<b>Totale</b>	<b>63.565</b>	<b>100,00</b>

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2010/2011

### Pagamenti 2011 nella provincia di Brindisi per comune (euro/000)

107

Comuni provincia di Brindisi	Pagamenti 2011	Composizione %
BRINDISI	23.889	41,10
OSTUNI	15.714	27,03
LATIANO	2.474	4,26
TORRE SANTA SUSANNA	2.079	3,58
FASANO	2.054	3,53
FRANCAVILLA FONTANA	2.008	3,45
MESAGNE	1.656	2,85
SANDONACI	1.561	2,69
CAROVIGNO	1.448	2,49
ORIA	1.106	1,90
CISTERNINO	929	1,60
S.VITO DEI NORMANNI	830	1,43
S. MICHELE SALENTINO	794	1,37
S.PIETRO VERNOTICO	614	1,06
TORCHIAROLO	487	0,84
S. PANCRAZIO SALENTINO	178	0,31
CELLINO SAN MARCO	163	0,28
CEGLIE MESSAPICA	96	0,17
ERCHIE	28	0,05
VILLA CASTELLI	20	0,03
<b>Totale</b>	<b>58.127</b>	<b>100,00</b>

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2010/2011

## 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.

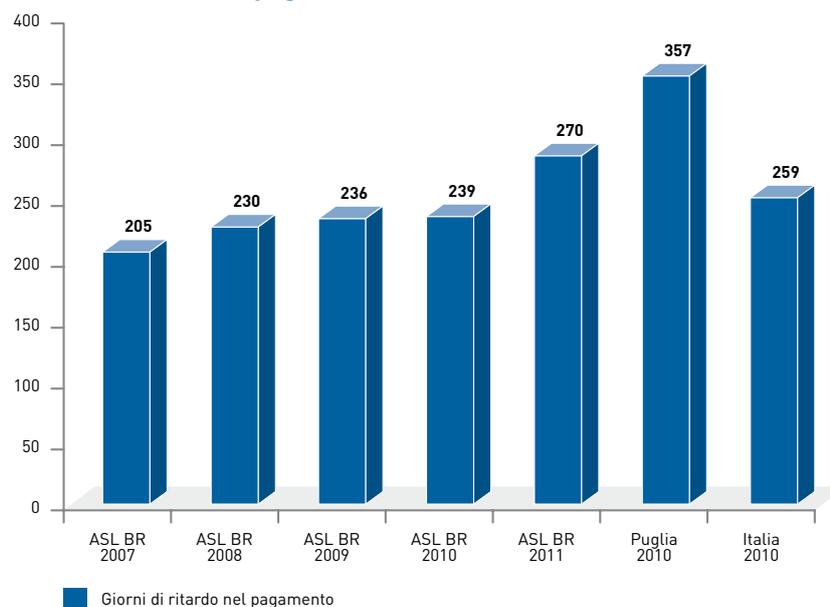
I tempi medi di pagamento sono di circa 239 gg. nel 2010 e 270 gg. nel 2011. Il dato tende a crescere negli anni e i ritardi sono da attribuire allo sfasamento temporale tra il sostenimento dei costi e l'ottenimento dei flussi finanziari regionali. I tempi medi di pagamento della ASL BR risultano comunque più brevi rispetto alla media pugliese e a quella nazionale. Al fine di ridurre i giorni di ritardo nei pagamenti, nel 2011 la Regione Puglia ha emanato apposito atto<sup>30</sup> con il quale ha autorizzato i Direttori Generali delle

ASL alla definizione di accordi transattivi con i fornitori del Servizio Sanitario Regionale secondo le seguenti condizioni:

- le transazioni possono riguardare i debiti inerenti la fornitura di beni e servizi riferiti a tutto il 31.12.2010;
- i fornitori devono rinunciare totalmente agli interessi di mora e legali maturati e maturandi;
- i fornitori devono rinunciare a tutti i procedimenti giurisdizionali in itinere;
- i fornitori devono riconoscere uno sconto nella misura non inferiore del 2,5% del valore della fattura.

Inoltre la Regione, al fine di favorire la conclusione delle procedure di transazione attivate dalle Aziende Sanitarie pugliesi, ha messo a disposizione risorse finanziarie aggiuntive. Questa Azienda ha attivato una serie di transazioni con i propri fornitori i cui risultati si sono ottenuti, comunque, nel corso del 2012.

### Giorni di ritardo nei pagamenti



Fonte: Bilancio d'esercizio anni 2007-2008-2009 -2010-2011 ASL BR e DSO Assobiomedica [www.assobiomedica.it](http://www.assobiomedica.it)

Il contenzioso con i fornitori, nel 2010 e 2011, è ripartito come da tabella sottostante:

Contenziosi con i fornitori	2010	2011
<b>Procedure monitorie ed esecutive tra fornitori ed ASL</b>	<b>41</b>	<b>50</b>
- procedure monitorie	36	42
- procedure esecutive	5	8
<b>Contenziosi relativi alle procedure di gara</b>	<b>13</b>	<b>8</b>
- procedure di gara	8	5
- con "cliniche/laboratori" per accreditamento o tariffe	5	3
<b>Totale</b>	<b>54</b>	<b>58</b>

Fonte: Struttura legale

<sup>30</sup> D.G.R. n. 2408 del 2.11.2011



La Regione Puglia è il principale interlocutore dell'Azienda. Ha specifiche competenze in materia sanitaria attraverso l'emanazione di leggi e di atti amministrativi e provvede, altresì, a determinare il finanziamento di ciascuna azienda sanitaria sulla base di una quota capitaria nonché al finanziamento di specifici progetti regionali attuati dalle ASL.

Altra importante funzione svolta dall'Ente Regionale è quella di vigilanza e controllo sulle aziende sanitarie e di valutazione dei risultati raggiunti dal Direttore Generale.

Nell'ambito delle attività di Pianificazione e Programmazione, la Regione individua per ciascuna azienda sanitaria gli obiettivi da raggiungere, coerenti con la Pianificazione predisposta per l'intera Regione. Tali obiettivi sono stati descritti in dettaglio nel capitolo 1.4 "Programmazione e strategia aziendale".

Un'importante funzione di raccordo tra gli atti di amministrazione posti in essere dall'Azienda e le linee programmatiche dell'Ente Regionale è svolta dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES)<sup>31</sup>.

Fondamentali sono le collaborazioni con istituzioni del territorio quali Provincia e Comuni, e con enti quali Scuole e Forze Armate, attuate per la realizzazione di progetti in specifici ambiti di intervento. Dette attività, regolamentate da Accordi e Protocolli di intesa, sono descritte nelle precedenti parti della Relazione sociale, con particolare riferimento al capitolo 2.1 Utenti. Nell'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria assumono particolare importanza gli accordi con gli Ambiti Territoriali della provincia, attraverso la predisposizione dei Piani di Zona, come strumenti principali della definizione e programmazione del sistema integrato dei servizi.

Sono istituiti rapporti di collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione della ASL nelle sue funzioni di prevenzione, vigilanza e controllo, con l'ARPA e l'Istituto Zooprofilattico. Le competenze e i rapporti tra il Dipartimento di Prevenzione e questi due Enti sono disciplinati da specifiche norme nazionali e regionali allo stato non completamente attuate. In attesa che la materia venga completamente 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 per garantire un effettivo perseguimento delle politiche per la prevenzione ed il risanamento ambientale e per la tutela e la promozione della salute. 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.

<sup>31</sup> Istituita con Legge Regionale n. 24 del 13/08/2001

Dedichiamo invece approfondimento ai rapporti con la Conferenza dei Sindaci, organo propositivo e consultivo dell'Azienda in materia di programmazione sanitaria, e al Polo Universitario, struttura gestita dall'Azienda Sanitaria di Brindisi per conto della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari.

### **La Conferenza dei Sindaci**

Istituita presso l'Azienda come organismo consultivo previsto dalla normativa, è composta dai venti comuni della provincia ed opera attraverso una Rappresentanza di cinque membri. E' 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 pubblicati nell'Albo Pretorio dell'Azienda e conservati presso la sede legale della ASL.

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

#### **Anno 2010**

- Integrazione dei Sindaci neo eletti dei Comuni di Latiano, Ceglie Messapica, S. Vito dei Normanni, S. Pietro Vernotico, Mesagne, Cellino S. Marco, Torchiarolo e Torre S. Susanna.
- Sostituzione del Sindaco di S. Vito dei Normanni e del Sindaco di S. Pietro Vernotico nella Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci.
- Parere sulla Deliberazione n. 216 del 29.01.2010 avente per oggetto " Bilancio Economico Preventivo 2010 e Bilancio Pluriennale 2010 -2012".
- Parere ai sensi dell'art.3- bis, comma 5, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., in relazione ai risultati di gestione nei primi diciotto mesi dell'incarico del Direttore Generale.
- Riordino ospedaliero ed altri provvedimenti in materia di sanità.
- Piano di rientro e riorganizzazione rete offerta sanitaria.

#### **Anno 2011**

- Integrazione dei Sindaci neo eletti dei Comuni di Oria, S. Pancrazio Salentino, Cisternino;
- Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2011 e Bilancio Pluriennale 2011-2013.
- Espressione del parere sulla designazione del Direttore Generale dell'ASL BR, giusta D.G.R. n. 1473 del 28.06.2011.
- Elezione del Vice Presidente della Rappresentanza dei Sindaci.
- Nomina di un nuovo componente del Collegio Sindacale della ASL BR.

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

La Riforma universitaria, ai sensi del D.M. n. 509/1999, ha introdotto numerose ed importanti novità, tra le altre, e più significative, si annovera 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.

Tale cambiamento segue agli accordi internazionali sull'armonizzazione dei sistemi di istruzione superiore in Europa, esso mira al raggiungimento di una migliore rispondenza dei futuri 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, per la ASL di Brindisi, si dispose per un'offerta formativa che testimoniava il 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, non solo, anche possibilità di inserimento nel mercato del lavoro.

L'offerta formativa ha tuttavia subito nel tempo una riduzione conseguente agli attuali tempi di crisi, di conseguenza, dalla presenza di ben cinque corsi di laurea, il biennio 2009/2010 e 2010/2011 conta al suo attivo il triennio del Corso di Laurea in Fisioterapia, con l'aumento degli allievi, ed il Corso di Laurea in Infermieristica, in esaurimento, sede di tirocinio e di sola teledidattica.

I Corsi di Laurea sopramenzionati sono allocati presso apposito padiglione sito nell'area dell'ex ospedale "A. Di Summa" in Brindisi, qui si svolgono le attività didattiche, lezioni ed esercitazioni dirette o mediante sistema di "teledidattica in videoconferenza". Il tirocinio pratico professionalizzante è assicurato presso il Presidio Ospedaliero "A Perrino" di Brindisi, e per quanto attiene il Corso di Laurea in Fisioterapia anche in San Pietro V.co e Mesagne, il Centro Riabilitativo per Motulesi e Cerebrolesi di Ceglie Messapica, negli Ambulatori territoriali, nel servizio di Neuropsichiatria Infantile (NIAT), nel Centro di Riabilitazione Terme di Torre Canne.

Di seguito si rendono alcuni dati con riferimento agli Anni Accademici 2009/2010 e 2010/2011:

Corso di Laurea	A.A. 2009/2010		
Infermieristica	numero studenti	lezioni	sedi di tirocinio
Iscritti 1° anno	50	Teledidattica	Presidio Ospedaliero
Iscritti 2° anno	69	Frontali	Presidio Ospedaliero
Iscritti 3° anno	47	Frontali	Presidio Ospedaliero
<b>Totale laureati</b>	<b>54</b>		

Corso di Laurea	A.A. 2010/2011		
Infermieristica	numero studenti	lezioni	sedi di tirocinio
Iscritti 1° anno	24	Teledidattica	Presidio Ospedaliero
Iscritti 2° anno	29	Frontali	Presidio Ospedaliero
Iscritti 3° anno	71	Frontali	Presidio Ospedaliero
<b>Totale laureati</b>	<b>72</b>		

Fisioterapia	Numero studenti A.A 2009/2010	Numero studenti A.A 2010/2011
Iscritti 1° anno	56	55
Iscritti 2° anno	36	56
Iscritti 3° anno	32	36
<b>Totale laureati</b>	<b>26</b>	<b>35</b>



Il volontariato svolge azione di grande supporto al sistema sanitario, a volte anche per integrare l'offerta dei servizi istituzionali.

La normativa<sup>32</sup> ha nel tempo riconosciuto la funzione che le associazioni e gli organismi di tutela svolgono in rappresentanza dei singoli cittadini, nella verifica dello stato di attuazione del diritto alla salute, nella programmazione delle attività sanitarie e nella valutazione dei servizi.

La Struttura di Informazione e Comunicazione, deputata a curare i rapporti con il Volontariato nella tutela del diritto di partecipazione del cittadino, ha effettuato negli anni il censimento delle associazioni di volontariato che operano nel settore socio-sanitario sul territorio provinciale, con le quali ha instaurato rapporti di comunicazione e collaborazione.

Successivamente sono intervenute specifiche Direttive dell'ARES Puglia<sup>33</sup> per suggerire alle Aziende sanitarie strumenti di lavoro comuni e uniformare le procedure, con la disposizione di istituire in ogni Azienda il Comitato Consultivo Misto. Questo organismo ha l'obiettivo di garantire la partecipazione democratica del cittadino e disciplinare rapporti di collaborazione efficaci e continuativi con le associazioni, funzionali al miglioramento della qualità dei servizi. Tra quelle inizialmente censite, circa il 55% ha fatto richiesta di accreditamento al Comitato Consultivo Misto aziendale, compilando apposita modulistica unitamente allo statuto di costituzione e curriculum di attività che devono essere valutati prima di procedere alla registrazione.

### Il Comitato Consultivo Misto ASL BR

Istituito nella ASL BR con Regolamento aziendale nel marzo 2004<sup>34</sup>, il Comitato Consultivo Misto è presieduto dal Direttore Generale ed articolato al suo interno con organi che svolgono diverse funzioni e rappresenta un'occasione di incontro sistematico fra le associazioni e la Direzione Generale, ferma restando l'autonomia delle stesse nello svolgimento di attività proprie.

#### Schema Comitato Consultivo Misto



<sup>32</sup> Principale riferimento è l'art. 14 del D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

<sup>33</sup> La Cassetta degli attrezzi - Strumenti operativi e modelli organizzativi per l'implementare l'attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico - Agenzia Regionale Sanitaria e Assessorato Sanità e Servizi Sociali - 2003

<sup>34</sup> Regolamento del Comitato Consultivo Misto approvato con deliberazione n. 946 dell'11 marzo 2004

Nel rispetto delle procedure previste dal regolamento, l'Assemblea di tutte le associazioni formula proposte di attività, ed è convocata in media 4 volte l'anno. Il Coordinamento Operativo si fa portavoce delle esigenze rilevate, formula proposte a sua volta alla Direzione e cura le attività amministrative del C.C.M. Il Coordinamento Operativo dura in carica un anno e si riunisce in media una volta al mese. Le riunioni si tengono presso la sala riunioni della sede della Direzione Generale della ASL BR.

Le attività del Comitato Consultivo Misto vengono svolte in stretta collaborazione con la Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, presso cui viene gestita tutta l'attività amministrativa.

Per portare avanti azioni comuni si è cercato di dare un taglio operativo all'attività del CCM attraverso la costituzione di tavoli di lavoro tematici, a cui hanno aderito associazioni affini. Le Direzioni aziendali che si sono succedute hanno fortemente favorito il metodo di consultazione e di partecipazione che ha visto le Associazioni parte attiva nella realizzazione di progetti condivisi.

Per ogni tavolo viene nominato un coordinatore di parte aziendale (della Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale), e un responsabile del tavolo per parte delle associazioni. Il tavolo può essere supportato da un esperto aziendale (specialista in base al tema trattato).

Le proposte elaborate nell'ambito dei tavoli vengono sottoposte all'approvazione dal parte della Direzione Generale per l'autorizzazione a procedere.

### Tavoli di Lavoro tematici

- **TERZA ETÀ, DISABILITÀ E SALUTE MENTALE**

**Aderenti:** ANTEAS Francavilla, AUSER, AIPD, Rinascita, Centro Studi Don Luigi Sturzo, 180 Amici Puglia, Unione Mutilati per servizio.

- **DONAZIONE E TRAPIANTO**

**Aderenti:** AIDO Provinciale, AIDO Brindisi, AIDO Francavilla, AIDO Erchie, ANED Brindisi, AVIS provinciale, AVIS Brindisi, ATO Brindisi, ADMO Brindisi, FIDAS.

- **PREVENZIONE ONCOLOGICA**

**Aderenti:** ANT, GNA, LILT, Misericordia Brindisi, AISTOM, ARCA, CRI, GAT, Medicina Democratica, Brin-Ail, TDM.

- **CONTROLLO QUALITÀ**

**Aderenti:** GNA, AIDO Francavilla F., TDM, Fiori di Vernal, 180 Amici Puglia, CRI, GAT, ACLI, ADIFF, Centro Studi Don Luigi Sturzo, A.V.P.C. Antonio Bianco

- **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, 180 Amici Puglia.

- **TUTELA E ACCOGLIENZA DEGLI IMMIGRATI**

**Aderenti:** Karibuni, Cittadini del mondo, Free World, Caritas, ANTEAS Francavilla, ANTEAS Ceglie.

113

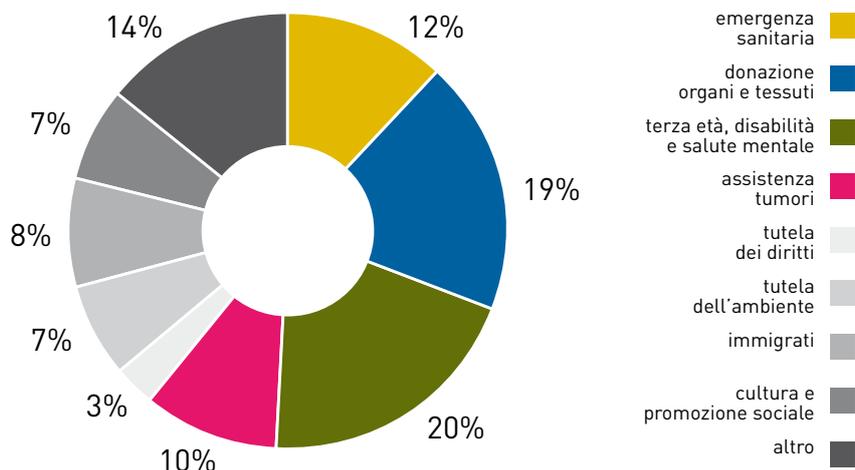
Negli anni si assiste ad una crescita continua del numero delle Associazioni iscritte e dei progetti realizzati, segno di un consolidamento dei rapporti con l'Azienda.

Al 31 dicembre 2011 il C.C.M. risulta composto da 59 associazioni, così distribuite per Comune di provenienza: il 54,2% ha sede a Brindisi, il 10,2 % a Mesagne, il 6,8 % a Torchiarolo; il 6,8 % a Latiano; il 5% a Francavilla Fontana; il restante 16,9% si distribuisce in misura più o meno pari tra i comuni di Ceglie Messapica, Erchie, Fasano, Ostuni, S.

Pietro Vernotico, S. Vito dei Normanni, Torre S. Susanna.

Il settore di attività delle associazioni è per il 20% terza età, disabilità e salute mentale, il 19% donazione di organi e tessuti, il 12% emergenza sanitaria, il 10% assistenza e prevenzione tumori; l'8% tutela degli immigrati; il 7% cultura e promozione sociale, il 7% tutela dell'ambiente; il 3% tutela dei diritti; il restante 14% comprende attività di assistenza socio-sanitaria e informazione in ambiti specifici.

#### Comitato Consultivo Misto - Associazioni per settore distribuzione %



#### Attività del Comitato Consultivo Misto nel biennio

114

**Anno 2010** - Associazioni accreditate: totale n. 55

Principali attività dei tavoli:

- Prevenzione oncologica: dopo un lungo lavoro di raccolta dati, nel 2010 è stata presentata la bozza della "Carta dei Servizi Oncologici" all'assemblea delle associazioni del C.C.M. Il lavoro ha l'obiettivo di orientare i cittadini al corretto utilizzo dei servizi sanitari oncologici. Tutti i Servizi aziendali hanno fornito una preziosa collaborazione nella raccolta dei dati.
- Controllo Qualità: è stata realizzata una indagine presso gli ospedali della ASL sul funzionamento delle camere mortuarie, propedeutica alla stesura di un regolamento aziendale che uniformi l'accesso e la gestione del Servizio. Il lavoro, promosso dal TDM e realizzato in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, si è concluso nel mese di giugno 2010. Il tavolo si è occupato inoltre del problema dei lunghi tempi di attesa dell'Ospedale Perrino per alcune prestazioni di radiologia, causate soprattutto dall'ingente richiesta di prestazioni provenienti dal Pronto Soccorso per casi di "codice bianco";
- Donazione e trapianto: il tavolo ha condiviso importanti iniziative che si sono svolte nella settimana nazionale della donazione e trapianto indetta dal Ministero della Salute. Tra queste, l'incontro che si è tenuto il 1 giugno presso il Salone di Rappresentanza della Provincia di Brindisi con evento-dibattito promosso dall'ATO con il patrocinio dell'Amministrazione Provinciale.

**Anno 2011** - Associazioni accreditate: totale n. 59

- Il lavoro senza dubbio più significativo prodotto nell'ambito del Comitato Consultivo Misto è stato la Carta dei Servizi Oncologici. Dopo l'elaborazione della prima bozza, avvenuta nel 2010, il documento è stato revisionato e pubblicato sul sito aziendale nella sua versione definitiva dal mese di giugno 2011, poi presentato ufficialmente con una Conferenza Stampa nel mese di settembre. La Carta contiene la mappa dei Servizi aziendali e i numeri utili per il cittadino, descrive la rete territoriale dei servizi per l'assistenza al malato oncologico, le modalità per usufruire dei diritti previsti dalla normativa (esenzione ticket, riconoscimento di invalidità, fornitura ausilii, ecc.) e le schede delle attività chirurgiche e di cura erogate dalle strutture ospedaliere. Le associazioni che hanno contribuito alla redazione della Carta sono: AISTOM, ARCA, BRIN AIL, CRI, Fondazione ANT, GAT, GNA, LILT, Medicina Democratica, TDM.
- Il Coordinamento Operativo aveva inoltre intrapreso un'iniziativa, con il supporto di undici Associazioni, per chiedere alla ASL la realizzazione di un percorso pedonale protetto compreso tra il cancello esterno e la struttura ospedaliera. Approvato ed avviato dalla precedente Direzione Generale, in attesa di attuazione, nel dicembre 2011 è stato attivato un servizio di navetta.
- Le associazioni del Comitato Consultivo Misto sono state consultate, con la richiesta di presentare osservazioni proprie, sui documenti elaborati dalla Direzione Generale in applicazione del Piano di Rientro regionale: "Proposta di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento Ospedaliero di Ceglie Messapica in Presidio Territoriale Multifunzionale; "Presidio Territoriale per la gestione delle cronicità del Comune di Cisternino"
- Nel 2011 viene istituito il nuovo tavolo di lavoro "Tutela e accoglienza degli immigrati".

L'elenco completo delle Associazioni accreditate, aggiornato periodicamente, è consultabile sul Portale Regionale della Salute nella sezione ASL Brindisi

### 2.9.1 La funzione di pubblica tutela

Il Cittadino o le Associazioni di rappresentanza possono esercitare azioni di tutela dei propri diritti nei seguenti casi:

- 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, articolazione della Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi, riceve i reclami e le segnalazioni e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione ai Dirigenti Responsabili 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, tramite posta ordinaria o posta elettronica;
- mediante la compilazione di moduli opportunamente predisposti e disponibili presso gli sportelli degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico e le cassette reclami/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 attivata una procedura di riscontro, dopo aver effettuato le opportune verifiche. Quando è necessario viene predisposta una formale risposta scritta, per posta ordinaria o via mail, in altri casi è sufficiente un riscontro telefonico. 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 30 gg., l'utente deve

ricevere comunicazione - scritta o telefonica - degli accertamenti compiuti.

Il reclamo è uno strumento "spontaneo" utilizzato dal cittadino e non garantisce rappresentatività del dato al pari delle indagini campionarie. Per questo motivo il reclamo è portatore di un giudizio prevalentemente negativo sulla qualità del servizio ricevuto, anche se, in qualche caso, gli utenti segnalano vissuti di "buona sanità" che vengono classificati come "elogi".

Il dato è da ritenersi comunque sottostimato, perché non comprende numerose segnalazioni telefoniche non registrate.

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.

I reclami sono stati classificati secondo "Indicatori di Qualità", su direttive dell'ARES Puglia.

## **Analisi dei reclami e segnalazioni anni 2010- 2011**

### **Anno 2010**

Nell'anno 2010 sono stati presentati n. 94 reclami/segnalazioni, con un incremento rispetto all'anno precedente del 28%.

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 22%. Si conferma anche per il 2010 il riscontro proveniente da verifiche aziendali circa l'aumento dei tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni.

Si rileva un sensibile aumento dei reclami riguardanti gli aspetti tecnico-professionali, pari al 20% rispetto al 9% del 2009, riferiti a problemi legati all'assistenza medica ricevuta, scambi di referti e diagnosi errate.

Gli aspetti organizzativi pari al 13%, se pur in calo rispetto al 2009, risultano nell'ordine il terzo fattore di criticità, 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 lievissimo calo, nel valore assoluto, le segnalazioni per relazioni umane carenti (due in meno), significativo invece l'aumento di quelle riferite all'informazione ricevuta sull'accesso ai servizi.

In linea con l'anno precedente le segnalazioni riferite alle prestazioni alberghiere (5%) e alle strutture fisiche (1%).

Nella voce "altro", pari al 16%, sono compresi n. 5 elogi e reclami non classificabili nelle predette macro-categorie.

### **Anno 2011**

Nell'anno 2011 sono stati presentati n. 83 reclami/segnalazioni da 77 utenti, con un decremento rispetto all'anno precedente dell'11,7%.

Il principale fattore di criticità è riferito agli Aspetti organizzativi che risultano pari al 31,3%, in netto aumento rispetto al 13,8% dell'anno precedente. Gli aspetti comprendono casi di mancata effettuazione di visita prenotata senza preavviso da parte dell'ambulatorio, errori di prenotazione del Servizio CUP, impossibilità di contatto con il Call Center prenotativo a causa di linea occupata. Il significativo aumento è dovuto in particolare alle segnalazioni di quest'ultimo disservizio, non rilevato negli anni precedenti tramite reclami scritti. Numerose sono in proposito le segnalazioni pervenute telefonicamente presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e non registrate per richiesta dell'utente di conservare l'anonimato.

Se pur in linea con l'anno precedente il dato riferito all'indicatore Tempestività e pun-

tualità pari al 22,9% (tempi di attesa per le prenotazioni di alcune prestazioni, lunghe code agli sportelli o negli ambulatori), rimane un alto fattore di criticità. Il dato è confermato dal riscontro proveniente da verifiche aziendali circa l'aumento dei tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni. Per le liste di attesa sono altresì numerose le segnalazioni pervenute telefonicamente e non registrate per richiesta dell'utente di conservare l'anonimato.

Terzo aspetto in ordine di importanza, anche se pressoché in linea con l'anno precedente, l'aspetto delle Relazioni Umane che si attesta sul 13%. I reclami riguardano il comportamento scorretto di operatori di sportello e del personale sanitario di ambulatori e reparti.

Significativa diminuzione dei reclami pervenuti per gli Aspetti professionali (negligenza o imperizia nell'assistenza medica/infermieristica) pari al 6% (in valore assoluto n. 5 reclami nel 2011 e n. 19 del 2010).

L'aspetto Informazione è costituito da n. 6 reclami, pari al 7%, in lieve calo rispetto al 2010. Gli utenti segnalano carenze informative da parte di operatori di ambulatori e reparti circa servizi o procedure.

Esiguo le segnalazioni riferite alle prestazioni alberghiere (pari al 3,6%) e alle strutture fisiche (2,4%).

Nella voce "Altro", pari al 13%, sono compresi reclami non classificabili nei precedenti indicatori. Tra questi n. 3 elogi riferiti all'assistenza ricevuta presso l'ambulatorio oculistico del Distretto Socio-Sanitario di Brindisi, l'Unità Operativa di Chirurgia Generale di Mesagne e l'Unità Operativa di Neurochirurgia dell'Ospedale Perrino di Brindisi.

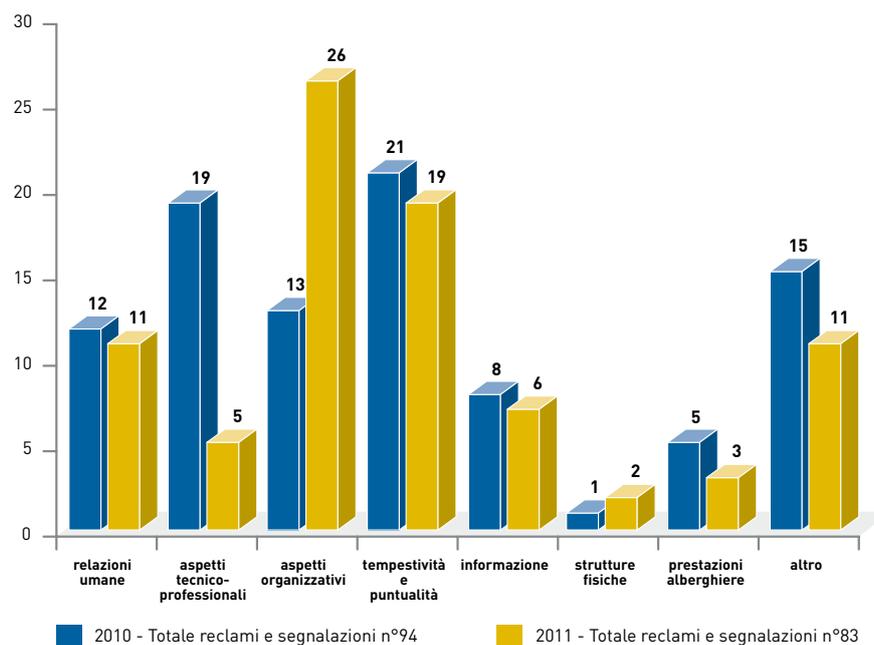
Per quanto concerne i Servizi aziendali coinvolti, le segnalazioni sono riferite principalmente a problemi sorti presso gli Ambulatori e Servizi di Distretti e Stabilimenti Ospedalieri (31%), seguono le Unità Operative ospedaliere di degenza e day surgery (15,6%) e in pari misura il Servizio CUP (15,6%). Le altre segnalazioni sono distribuite in misura meno significativa tra Strutture varie, per questioni sanitarie o amministrative.

I reclami sono stati risolti o conclusi nell'iter procedurale nel 55% dei casi.

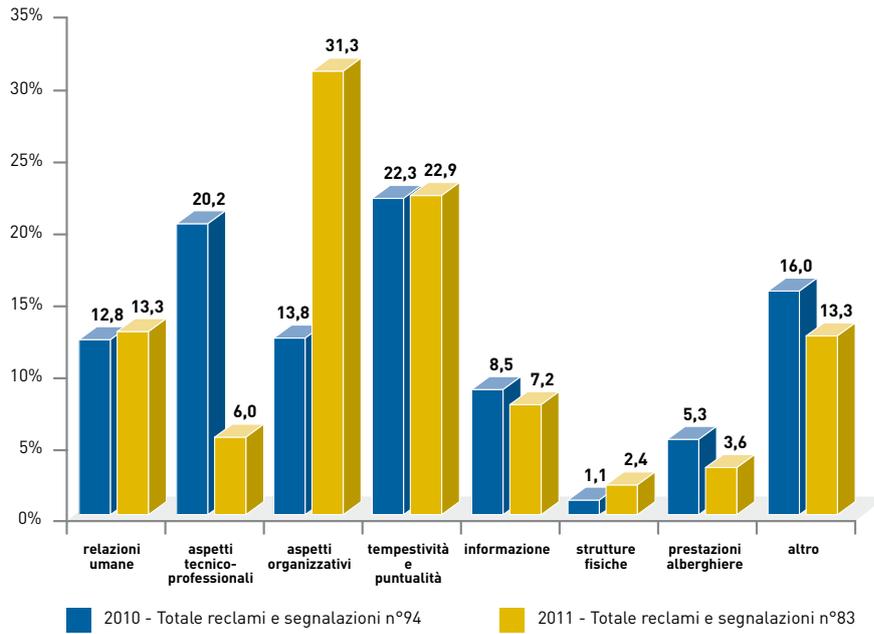
Non tutti i reclami richiedono risposta formale (es. segnalazioni anonime, suggerimenti per il miglioramento dei servizi o elogi.)

Segue una rappresentazione grafica dei dati analizzati.

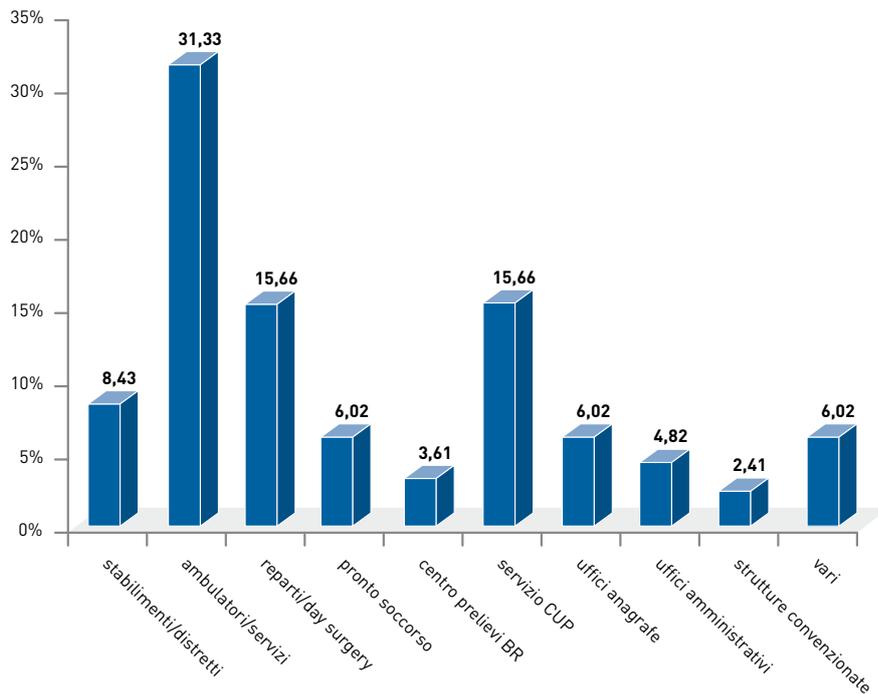
### Reclami e segnalazioni confronto 2010-2011 (valore assoluto)



## Reclami e segnalazioni confronto 2010-2011 (distribuzione %)



## Reclami e segnalazioni 2011 - Servizio coinvolto (distribuzione %)



Fonte: Elaborazione URP

## 2.9.2 Informazione e Comunicazione

Nell'ultimo biennio sono state attuate le direttive emanate dalla Regione Puglia per la definizione di un nuovo modello del Sistema di Informazione e Comunicazione, sia al livello regionale che aziendale, con atto emanato nel 2008<sup>35</sup>. La normativa individua nella comunicazione e nell'informazione agenti 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.

La ASL BR, nel rispetto della normativa vigente<sup>36</sup>, ha formalmente istituito la Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale in staff alla Direzione Generale, articolata al suo interno con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio Stampa<sup>37</sup>, strutture organizzative peraltro già attive e previste nell'atto aziendale adottato nel 2003, ampliando i compiti, le funzioni e l'organizzazione.

La struttura viene investita di ulteriori nuovi settori di intervento che rientrano in due importanti macrocategorie distinte ma fortemente integrate e in rapporto di sinergia e complementarità:

- LA COMUNICAZIONE SANITARIA al fine di favorire i processi di condivisione delle comunità, consentire un'adeguata conoscenza delle attività e delle strutture organizzative, orientare la domanda verso livelli maggiori di appropriatezza, rilevare i bisogni per migliorare gli interventi e la soddisfazione, innalzare la qualità complessiva dei servizi.
- LA COMUNICAZIONE PER LA SALUTE al fine di elaborare campagne di comunicazione sociale per la promozione della salute pubblica e della responsabilità sociale dei comportamenti individuali e collettivi rispetto agli stili di vita.

120

### Informazione e rapporti con i media

L'informazione e il rapporto con i Media sono curati dall'Ufficio Stampa dell'Azienda. L'attività è indirizzata prioritariamente verso i mezzi di comunicazione di massa (stampa, tv, radio, web) per la diffusione di notizie di pubblico interesse e, sulla base delle direttive impartite dall'organo di vertice dell'amministrazione, per i collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire in materia sanitaria.

Pubblica articoli e comunicati stampa relativi ad eventi aziendali e temi di interesse sanitario locale. Nel biennio 2010-2011 si rileva una lieve diminuzione dei comunicati stampa ma un aumento della loro diffusione sulle testate (da 845 del 2010 a 1.100 del 2011).

### Comunicazione

Nel biennio 2010 - 2011 sono stati utilizzati svariati strumenti che garantiscono una sempre più crescente attenzione verso i cittadini e in generale nei confronti di tutti gli stakeholder di questa Azienda:

- Numeri verdi informativi e URP distrettuali: registrano 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, prevenzione oncologica;
- Posta elettronica (info@asl.brindisi.it): una media di oltre 2.000 contatti in entrata e circa 1.300 in uscita.
- Sito web aziendale (www.asl.brindisi.it): nel 2010 sono stati effettuati 370 aggiornamenti con 57 spazi dedicati, mentre nel 2011 sono stati 450 gli aggiornamenti con 58

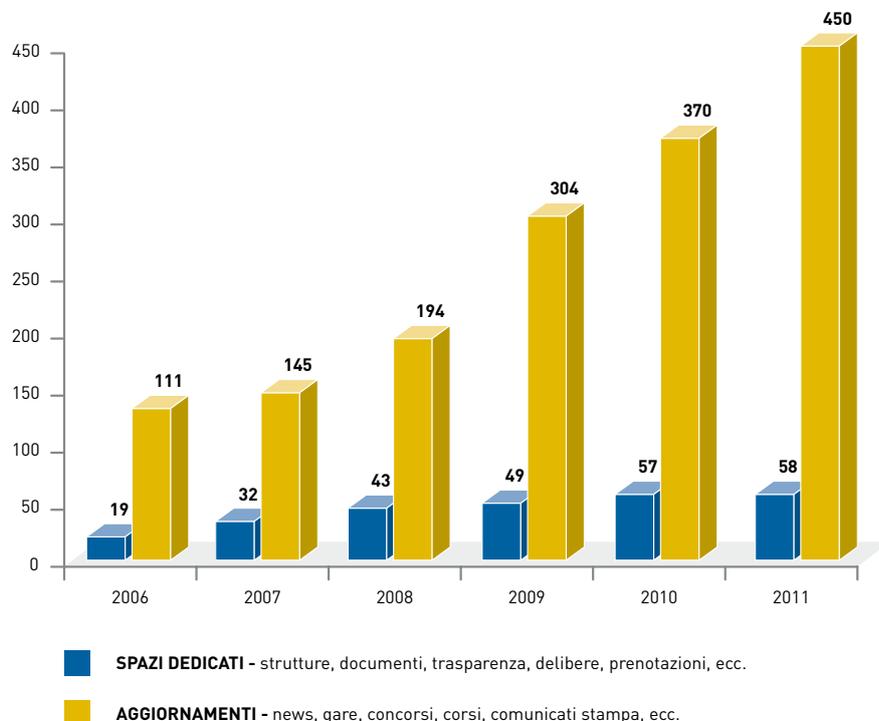
<sup>35</sup> D.G.R n. 1079 del 2008

<sup>36</sup> Legge n.150 del 2000 e D.P.R. n. 422 del 2000

<sup>37</sup> Deliberazione ASL BR n. 270 del 2.02.2010

spazi dedicati. Come si evince dal grafico, dal 2006 l'attività di implementazione del sito aziendale ha avuto un trend di crescita costante.

### Sito web aziendale [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it) (trend anni 2006-2011)



Fonte: URP

121

- Portale Regionale della Salute: nell'ambito del Piano di Sanità Elettronica la Regione Puglia ha progettato il Sistema di Accesso Unificato dei Servizi Sanitari per il Cittadino, con l'obiettivo di offrire servizi informativi, di comunicazione e interattivi ai cittadini attraverso il PORTALE REGIONALE della SALUTE<sup>38</sup>. Il Portale, curato da componenti regionali e aziendali, rappresenta un'infrastruttura di supporto per le attività del Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità. Questa ASL ha aderito al progetto e dal mese di giugno 2010 è operativo un gruppo di redattori del Portale Regionale della Salute. Nel corso del 2011 la Regione, nell'obiettivo di massimizzare le risorse e ridurre gli sprechi, ha ravvisato la necessità di accorpate i siti aziendali nel Portale Regionale. Nel dicembre 2011 questa Azienda ha adottato tutte le procedure necessarie per la migrazione definitiva del sito web aziendale nel Portale Regionale della Salute entro il mese di Aprile 2012.
- Attività di front-office: l'informazione diretta e l'accoglienza nelle strutture sono assicurate da 7 Sportelli URP e 18 Punti Informativi aziendali dislocati sul territorio provinciale. All'interno dello Stabilimento Ospedaliero A. Perrino, è attivo, inoltre, il servizio "Accoglienza Sanitaria" di Brindisi gestito dall'Associazione Cittadinanzattiva ONLUS - Tribunale dei Diritti del Malato.
- Organizzazione di eventi: nel biennio 2010-2011 sono stati organizzati in totale 35 eventi di comunicazione al cittadino (convegni, incontri, celebrazioni, giornate dedicate).

<sup>38</sup> D.G.R. n.1079 del 25.6.2008 "Definizione del nuovo modello di Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità, progetto PORTALE DELLA SALUTE"

## Accoglienza

### Servizio Sociale

Nella funzione di accoglienza, propria della Struttura di Informazione e Comunicazione, merita particolare rilevanza l'attività espletata dal Servizio Sociale istituito presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico del Presidio Ospedaliero "Perrino" di Brindisi. Il Servizio assicura il trattamento di casi individuali per risolvere problematiche psico-sociali connesse al ricovero ospedaliero e alle dimissioni; è inoltre un servizio di informazione e consulenza sociale a favore dei pazienti e dei loro familiari, che promuove costanti collegamenti con Enti e Istituzioni per il trattamento integrato delle problematiche presentate dai degenti durante il ricovero e al momento delle dimissioni.

Nel 2010 sono stati trattati circa 1.281 casi, contro i 1.276 del 2011, entrambi caratterizzati da una particolare assoluzione di pratiche di segretariato sociale e distribuiti come di seguito:

Casi trattati	Anno 2010	Anno 2011
Dimissioni protette per anziani, donne e bambini stranieri	80	91
Attività di supporto psicologico a degenti	100 c.a.	68
Attività di segretariato sociale e accompagnamento	1000 ca.	1000 ca.
Interventi di mediazione familiare	69 famiglie di anziani 12 famiglie con minori	78 famiglie di anziani 14 famiglie con minori
Inserimento in casa alloggio per HIV	2	1
Inserimento in RSA	3	7
Inserimento in RSSA	1	4
Interruzione di gravidanza	12	7
Utenti senza fissa dimora	2	6
<b>Totale</b>	<b>1.281</b>	<b>1.276</b>

Fonte: Servizio Sociale URP P.O. Perrino

### Cuore Amico - Progetto Salento Solidarietà

Cuore Amico è una Associazione Onlus nata a Lecce nel novembre 2001 per la raccolta solidale di fondi da destinare 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. La ASL BR è presente nel Comitato Scientifico dell'Associazione dal 2008 e sostiene l'attività attraverso la raccolta e l'analisi dei casi segnalati, che vengono poi trasmessi alla ASL di Lecce.

Gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico sono direttamente coinvolti nel progetto raccogliendo le richieste d'aiuto provenienti dalle famiglie in condizioni di necessità, supportandone le procedure e presentando poi le istanze al Comitato Scientifico per ottenere la definitiva concessione degli aiuti.

Sono 7 i bambini diversamente abili beneficiari dei contributi economici deliberati dal Comitato Scientifico nel 2010, mentre nel 2011 sono stati 6, per un totale di 13 beneficiari. I contributi economici corrispondono a euro 31.000 nel 2010 e euro 46.000 nel 2011, per un totale nel biennio di euro 77.000. La domanda di auto attrezzata per il trasporto di persone diversamente abili è stata soddisfatta per n. 7 bambini nel 2010 e n. 1 nel 2011, per un totale di n. 8 auto.

### Altri progetti realizzati nel biennio 2010 -2011

- Progetto "PASS": realizzato nel 2010 per la promozione dell'accesso delle popolazioni immigrate ai servizi socio-sanitari e dello sviluppo delle attività di informazione ed

orientamento nelle AA.SS.LL. italiane, finalizzato a formare due mediatori culturali che hanno svolto attività presso gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico e i Distretti socio-sanitari.

- Progetto FORUM: nato dall'esperienza maturata nell'ambito del progetto PASS, finalizzato a condurre una ricerca sociologica per dimostrare come le attività di mediazione transculturale nei servizi socio-sanitari siano strettamente correlate con lo stato di benessere generale della persona migrante. Il progetto, presentato dalla ASL BR, è stato approvato e finanziato dall'INMP (Istituto Nazionale per la Salute, i Migranti e la Povertà). La ASL BR, soggetto capofila e responsabile scientifico, ha coordinato la ricerca in partenariato con le AA.SS.LL. di Lecce e Taranto, l'Osservatorio Provinciale sull'Immigrazione (OPI) di Lecce e l'I.S.P.A. Istituto Superiore di Pubblica Amministrazione, come partner del terzo settore le Associazioni Gea Salento, Simbiosi Moderne ed Integra Onlus. Punto di forza è stato coniugare ricerca e azione con l'istituzione di una task force di mediatori transculturali specializzati in area socio-sanitaria, che sono stati a disposizione delle strutture ritenute principali punti di accesso della popolazione target oggetto dello studio: Distretti socio-sanitari, Dipartimenti e Strutture sovra distrettuali, U.R.P. e Punti informativi, Emergenza sanitaria- Pronto Soccorso, e Unità Operative ospedaliere con supporto a reparti maggiormente interessati da affluenza di cittadini stranieri. L'attività si è svolta tra novembre 2010 e luglio 2011 con un finanziamento complessivo di euro 140.000.
- Alimenta il tuo benessere: promosso dalla ASL BR nel biennio 2010-2011, è stato realizzato dalla Struttura di Informazione e Comunicazione in collaborazione con il Centro Commerciale le Colonne di Brindisi, dove n. 4 Unità Operative ospedaliere hanno partecipato ad un concorso denominato "L'aquilone della solidarietà", presentando alcuni progetti: "Conservare il senso, conservare il cuore", "Hospital-mente", "Screening audiologico neonatale", "Urlo della vita", quest'ultimo vincitore del premio economico di euro 10.000,00. Il progetto ha rappresentato un'occasione di informare il cittadino su alcuni temi: "Orientamento ai servizi dell'ASL BR per cittadini italiani e stranieri", "Endocrinologia e benessere", "Metabolismo nutrizione e benessere"; "Scegli la strada della sicurezza: la prevenzione degli incidenti stradali alcool e droga correlati", "L'assistenza oncologica domiciliare", "Progetti per la radioterapia", "Donazione del sangue: come, quando, perché e prevenzione". Nel progetto sono stati coinvolti partner esterni come il Comando di Polizia Municipale di Brindisi; FAN associazione nazionale diabetici, Fondazione ANT Italia Onlus, GAT gruppo aiuto Tiroide.

## 2.9.3 Trasparenza

L'Operazione Trasparenza è stata avviata dal Governo nel giugno del 2008 attraverso la pubblicazione dei dati dirigenziali e degli incarichi in atto presso la struttura del Ministro della Pubblica Amministrazione e dell'Innovazione. L'obbligo è stato poi esteso a tutte le pubbliche amministrazioni del territorio nazionale con l'emanazione di specifica normativa del 2009<sup>39</sup>.

Ogni amministrazione è tenuta a comunicare e pubblicare on line: incarichi affidati a consulenti e collaboratori esterni; incarichi retribuiti ai dipendenti pubblici; consorzi e le società a totale o parziale partecipazione pubblica; distacchi, aspettative e permessi sindacali, nonché aspettative e permessi per funzioni pubbliche elettive; nominativi dei dirigenti (curriculum vitae, retribuzioni e recapiti istituzionali) e tassi di assenza e presenza del personale, aggregati per ciascun ufficio dirigenziale<sup>40</sup>.

La ASL BR, a seguito di circolari applicative della legge n. 69/2009, ha attivato le procedure necessarie per il rispetto degli adempimenti creando apposito spazio sul proprio sito web istituzionale costantemente implementato.

<sup>39</sup> I primi adempimenti sono stati dettati dalla Legge n. 69 del 18 giugno 2009 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"; i successivi sono stati dettati dal Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

<sup>40</sup> Art. 21 della legge 69 del 18 giugno 2009

Nell'evoluzione legislativa la trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso la pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

Il concetto, cresciuto di pari passo con l'ammodernamento delle pubbliche amministrazioni, investe sia il rapporto con i cittadini - e in generale con tutti gli stakeholder di un'Azienda - che i rapporti tra il personale degli uffici, e quindi la trasparenza interna. Nel corso del biennio 2010-2011 la ASL BR ha gestito la sezione denominata "Trasparenza valutazione e merito" nel rispetto dei principi di accessibilità, usabilità e reperibilità, sul sito istituzionale [www.asl.brindisi](http://www.asl.brindisi) e sul portale regionale della salute [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it)

#### TRASPARENZA, VALUTAZIONE E MERITO

- Collaborazioni e Consulenze esterne
- Curricula Dirigenti e titolari di Posizione Organizzativa
- Dati di attività ospedaliera e territoriale
- Fondi contrattuali
- Progressione economica orizzontale
- Retribuzioni dei dirigenti
- Tassi di assenza e presenza del personale
- Tempi Medi di pagamento dei fornitori

#### ALBO PRETORIO

- Delibere e determine
- Concorsi e avvisi
- Gare e appalti.

124

## 2.9.4 Sanità elettronica

In un'azienda ad elevata complessità organizzativa diventa fondamentale un adeguato e articolato sistema informativo aziendale che risponda a criteri di standardizzazione e omogeneità delle misurazioni dei fenomeni, interni ed esterni, a supporto delle attività di programmazione e controllo operate dalla direzione strategica aziendale, per una migliore razionalizzazione delle risorse in funzione del raggiungimento degli obiettivi.

Tra le linee strategiche elaborate per il triennio 2010-2012, la Regione Puglia ha previsto il potenziamento dei sistemi informativi con particolare riferimento all'attuazione del modello di Sanità Elettronica, sviluppo ed evoluzione del nuovo sistema informativo sanitario Edotto, e sviluppo di tecnologie ICT<sup>41</sup>.

La programmazione regionale in tal senso era stata già definita con atti emanati negli anni precedenti. Nel 2006 è stato definito il Piano per la Sanità elettronica<sup>42</sup> quale "strumento di modernizzazione del sistema sanitario attraverso l'informatizzazione dei processi e la realizzazione di servizi innovativi con l'obiettivo portare benefici sia in termini di qualità del servizio erogato che di riduzione dei costi". Il Piano è stato elaborato in coerenza con il progetto "Sanità Elettronica" approvato dal Consiglio dei Ministri nel 2004. La Regione Puglia ha quindi definito gli adempimenti a carico delle Aziende Sanitarie

<sup>41</sup> ICT: Information and Communication Technology

<sup>42</sup> DGR n. 2005 del 22 dicembre 2006 "Piano per la Sanità elettronica della Regione Puglia"

e Istituti pubblici del S.S.R. in materia di Sanità Elettronica, tra cui la realizzazione del nuovo modello organizzativo che interessa le infrastrutture (reti interne, connettività RUPAR-SPC, dotazione informatica e misure di sicurezza, ecc.) e dei relativi servizi ICT (gestione di reti, gestione sicurezza informatica, servizi di help desk e servizi di assistenza e manutenzione, ecc.) finalizzati al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano per la Sanità Elettronica e nei successivi Dief, vincolanti per i Direttori Generali, da portarsi a compimento entro il 2012.

Tutta l'attività dei Servizi aziendali, quindi, si fonda su una sistema di reti, interne ed esterne, e sistemi informativi automatizzati, che vengono qui elencati:

- **RETE INTERNET:** facilita la raccolta di dati e informazioni esterne all'Azienda e velocizza la comunicazione con altri soggetti ed enti.
- **RETE INTRANET:** collegamento in rete di tutte le strutture appartenenti all'Azienda a livello territoriale per la gestione di software comuni e per ottimizzare in termini di costi e di tempi la comunicazione interna.
- **S.I.S. (Servizio Informativo Sanitario):** ora denominato N-SIS, è il sistema che permette il collegamento in rete con il Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico degli Investimenti Strutturali e Tecnologici per la trasmissione di dati sulle attività gestionali ed economici (flussi informativi) delle ASL e Aziende Ospedaliere.
- **N-SISR (Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale)<sup>43</sup>** con compiti amministrativi e di governo: collegamento in rete che consente alle ASL e Aziende Ospedaliere presenti sul territorio regionale di informatizzare tutte le prestazioni erogate. Il nuovo Sistema ha assunto la denominazione comunicativa di "Edotto" nell'ambito del Piano della Sanità Elettronica della Regione Puglia che ha definito un programma di interventi e un percorso di ammodernamento e ampliamento delle infrastrutture e dei sistemi informativi sanitari di responsabilità della Regione Puglia e delle Aziende Sanitarie.
- **S.I.D. (Sistema Informativo Direzionale):** servizio collegato al SISR, raccoglie tutti i dati inseriti tramite il SISR e consente l'elaborazione e l'analisi di tutte le prestazioni erogate in ambito regionale e aziendale.
- **RUPAR-SPC (Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale) - RUPAR Puglia,** come parte integrante del Sistema Pubblico di Connettività (SPC), ha per finalità l'interconnessione delle Pubbliche Amministrazioni Locali (PAL) pugliesi tra loro, con le Pubbliche Amministrazioni Centrali (PAC) e con le altre PAL interconnesse al SPC attraverso una infrastruttura di servizio che garantisca qualità e sicurezza delle connessioni, rispettando gli standard approvati a livello nazionale.

Per l'avvio del Nuovo SISR "Edotto" la Regione ha supportato le Aziende con l'istituzione di un Tavolo per la Sanità Elettronica (TSE), prevedendo apposita formazione del personale coinvolto nelle procedure interessate, con l'obiettivo di un'applicazione definitiva del Piano per la Sanità Elettronica entro il 2012.

L'Azienda, pertanto, nel corso dell'ultimo biennio, è stata impegnata nell'adeguamento dei sistemi informatici interni per la realizzazione di progetti specifici previsti dal Piano.

<sup>43</sup> Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale N-SISR subentrato al precedente SISR

## 2.9.5 Ricerca



Nelle Aziende Sanitarie la ricerca clinica non è ritenuta un'attività istituzionale, eppure è noto che 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. Molti professionisti dell'Azienda Sanitaria di Brindisi sono impegnati in attività di ricerca clinica in diversi ambiti.

L'elenco che segue, censito tramite il sito [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov), la biblioteca medica del governo USA, comprende le pubblicazioni avvenute su riviste che accettano lavori col metodo della "per review", che hanno superato quindi un esame di qualità. Per la presente edizione abbiamo approfondito la ricerca delle pubblicazioni coinvolgendo direttamente il personale interessato. Tuttavia l'elenco potrebbe essere incompleto perché lavori cooperativi con altre istituzioni potrebbero non riportare nella catalogazione della banca dati tutte le istituzioni partecipanti. L'esigenza di approfondire l'argomento per la redazione del Bilancio Sociale può costituire motivo di impegno per la Direzione Generale affinché tutta l'attività scientifica svolta nella ASL sia raccolta e resa pubblica a prescindere dal presente lavoro.

### **Pubblicazioni 2010**

Pattern of care and results of radiotherapy in patients 80 years old and over.

Petruzzelli MF, Tramacere F, Gianicolo EA, Portaluri M.

Clin Ter. 2010;161(6):e149-54.

Collection and evaluation of incidents in a radiotherapy department : a reactive risk analysis.

Portaluri M, Fucilli FI, Gianicolo EA, Tramacere F, Francavilla MC, De Tommaso C, Castagna R, Pili G.

Strahlenther Onkol. 2010 Dec;186(12):693-9. Epub 2010 Nov 30.

[Acute effects of air pollution in Brindisi (Italy): a case-crossover analysis].

Serinelli M, Gianicolo EA, Cervino M, Mangia C, Portaluri M, Vigotti MA.

Epidemiol Prev. 2010 May-Jun;34(3):100-7. Italian.

Patient positioning in the proton radiotherapy era.

Devicienti S, Strigari L, D'Andrea M, Benassi M, Dimiccoli V, Portaluri M.

J Exp Clin Cancer Res. 2010 May 13;29:47. Review.

Effects of external irradiation of the neck region on intima media thickness of the common carotid artery.

Gianicolo ME, Gianicolo EA, Tramacere F, Andreassi MG, Portaluri M.

Cardiovasc Ultrasound. 2010 Mar 19;8:8.

Pattern of care and results of radiotherapy in patients 80 years old and over

M.F. Petruzzelli<sup>1</sup>, F. Tramacere<sup>1</sup>, E.A.L. Gianicolo<sup>2</sup>, M. Portaluri<sup>1,2</sup>

Clin Ter 2010; 161 (6)

A prospective observational trial on emesis in radiotherapy: analysis of 1020 patients recruited in 45 Italian radiation oncology centres.

Maranzano E, De Angelis V, Pergolizzi S, Lupattelli M, Frata P, Spagnesi S, Frisio ML, Mandoliti G, Malinverni G, Trippa F, Fabbietti L, Parisi S, Di Palma A, De Vecchi P, De Renzis C, Giorgetti C, Bergami T, Orecchia R, Portaluri M, Signor M, Di Gennaro D; Italian Group for Antiemetic Research in Radiotherapy - IGARR. *Radiother Oncol.* 2010 Jan;94(1):36-41. Epub 2009 Dec 4.

Toxic environment and obesity pandemia: Is there a relationship?

Latini G., Gallo F. and Iughetti L. *Toxic Ital J Pediatr.* 2010 Jan 22;36(1):8.

Unrecognized Lung Disease in Classic Rett Syndrome: A Physiologic and Hrct Study Chest

De Felice C, Guazzi G, Rossi M, Ciccoli Lucia, Signorini C, Leoncini S, Tonni G, Latini G, Valacchi G, Hayek J. 2010 Aug;138(2):386-92. I.F. = 6,519

Endocrine Disruptors and Human Health.

Latini G, Knipp G, Mantovani A, Marcovecchio ML, Chiarelli F, Söder O. *Mini Rev Med Chem* 2010 Aug;10(9):846-55. I.F.= 2,622

Materials degradation in PVC medical devices, DEHP leaching and neonatal outcomes.

Latini G., Ferri M.and Chiellini F. *Curr Med Chem* 2010;17(26): 2979-2989 I.F.= 4,630

Comparison of Esophageal pH and Multichannel Intraluminal Impedance Testing in Pediatric Patients With Suspected Gastroesophageal Reflux

Ruggiero Francavilla, Anna Maria Magista`, Nunzia Bucci, Antonietta Villirillo, Giuseppe Boscarelli, Luigi Mappa, Gilda Leone, Stefania Fico, Stefania Castellaneta, Flavia Indrio, Elena Lionetti, Fulvio Moramarco, and Luciano Cavallo *GASTROENTEROLOGY* - 2010 by Lippincott Williams & Wilkins. *JPGN* \_ Volume 50, Number 2,

127

Biological targeted therapies in patients with advanced enteropancreatic neuroendocrine carcinomas.

Fazio N, Cinieri S, Lorizzo K, Squadroni M, Orlando L, Spada F, Maiello E, Bodei L, Paganelli G, Delle Fave G, de Braud F. *Cancer Treat Rev.* 2010 Nov;36 Suppl 3:S87-94. Review.

Treatment of triple negative breast cancer (TNBC): current options and future perspectives.

De Laurentiis M, Cianniello D, Caputo R, Stanzione B, Arpino G, Cinieri S, Lorusso V, De Placido S. *Cancer Treat Rev.* 2010 Nov;36 Suppl 3:S80-6. Review.

Molecularly targeted endocrine therapies for breast cancer.

Orlando L, Schiavone P, Fedele P, Calvani N, Nacci A, Rizzo P, Marino A, D'Amico M, Sponziello F, Mazzoni E, Cinefra M, Fazio N, Maiello E, Silvestris N, Colucci G, Cinieri S. *Cancer Treat Rev.* 2010 Nov;36 Suppl 3:S67-71. Review.

Update on capecitabine alone and in combination regimens in colorectal cancer patients.

Silvestris N, Maiello E, De Vita F, Cinieri S, Santini D, Russo A, Tommasi S, Azzariti A,

Numico G, Pisconti S, Petriella D, Lorusso V, Millaku A, Colucci G.  
Cancer Treat Rev. 2010 Nov;36 Suppl 3:S46-55. Review.

Adjuvant colon cancer chemotherapy: where we are and where we'll go.

Lombardi L, Morelli F, Cinieri S, Santini D, Silvestris N, Fazio N, Orlando L, Tonini G, Colucci G, Maiello E.  
Cancer Treat Rev. 2010 Nov;36 Suppl 3:S34-41. Review.

Intravenous versus oral vinorelbine plus capecitabine as second-line treatment in advanced breast cancer patients. A retrospective comparison of two consecutive phase II studies.

Lorusso V, Cinieri S, Giampaglia M, Ciccarese M, Tinelli A, Chiuri V, Manca C, Silvestris N, Gasparini G, Colucci G.  
Breast. 2010 Jun;19(3):214-8. Epub 2010 Feb 18.

First-line cisplatin with docetaxel or vinorelbine in patients with advanced non-small-cell lung cancer: a quality of life directed phase II randomized trial of Gruppo Oncologico Italia Meridionale.

Gebbia V, Lorusso V, Galetta D, Caruso M M, Palomba G, Riccardi F, Borsellino N, Carrozza F, Leo S, Ferrà F, Cinieri S, Mancuso G, Mancarella S, Colucci G.  
Lung Cancer. 2010 Aug;69(2):218-24. Epub 2009 Nov 11.

**Publicazioni 2011**

Geometric and dosimetric approach to determine probability of late cardiac mortality in left tangential breast irradiation: comparison between wedged beams and field-in-field technique.

Pili G, Grimaldi L, Fidanza C, Florio ET, Petruzzelli MF, D'Errico MP, De Tommaso C, Tramacere F, Musai F, Castagna R, Francavilla MC, Gianicolo EA, Portaluri M.  
Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Nov 1;81(3):894-900. Epub 2011 Feb 9.

Analysis of survival in radical and postoperative radiotherapy for prostate cancer

Francesco Tramacere 1, Emilio A.L. Gianicolo 2, Antonietta Pignatelli 1, 3, Maurizio Portaluri 1, 2  
Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 2011; 83, 4

Hypofractionated radiotherapy of the breast may be safer for the heart.

Portaluri M, Grimaldi L, D'Errico MP, Petruzzelli MF, Pili G.  
Breast. 2011 Oct;20(5):481; author reply 482. Epub 2011 Jul 24. PubMed PMID: 21791366.

Matters of the Heart: The Case of TNF-alpha-targeting drugs.

Cacciapaglia F, Menna P, Navarini L, Afeltra A, Salvatorelli E, Giorgio M.  
Molecular Interventions 2011;11(2):79-87 - Impact Factor 2009: 7.480

Cardiovascular safety of anti-TNF-alpha therapies: facts and unsettled issues.

Cacciapaglia F, Navarini L, Menna P, Salvatorelli E, Giorgio M, Afeltra A.  
Autoimmunity Reviews 2011 Apr 22 [Epub ahead of print] (IF 2011: 6.556)

Leptin, adiponectin and vascular stiffness parameters in women with systemic lupus erythematosus.

Vadacca M, Zardi EM, Margiotta D, Rigon A, Cacciapaglia F, Arcarese L, Buzzulini F, Amoroso A, Afeltra A.  
Intern Emerg Med. 2011 Nov 30. [Epub ahead of print]

The use of a glucose spray device to control progression towards hypoglycaemia.  
Khazrai YM, Cacciapaglia F, Palermo A, Pozzilli P.  
Endocrine. 2012 Feb 11. [Epub ahead of print]

Physical-Chemical Assessment of Di-(2-ethylhexyl)-phthalate Leakage from Poly(vinyl chloride) Endotracheal Tubes after Application in High Risk Newborns.  
Chiellini F, Ferri M, Latini G.  
Int J Pharm 2011 May 16;409(1-2):57-61. I.F.= 3,607

Lung Ultrasound in Bronchiolitis: Comparison with Chest X-Ray.  
Caiulo VA, Gargani L, Caiulo S, Fiscaro A, Moramarco F, Latini G, Picano E.  
Pediatr 2011;170 (11):1427-1433.I.F.= 1,644

Prenatal plus postnatal exposures to phthalates and child health risks.  
Latini G, Massaro M, Mandich A.  
Journal of Biological Research, Vol. 84 (1), 2011

Usefulness of lung ultrasound in a newborn with pulmonary atelectasis.  
Caiulo VA, Gargani L., Caiulo S, Moramarco F, Latini G, Gargasole C, Picano E.  
Pediatr Med Chir. 2011 Sep-Dec;33(5-6):253-5.

"The epidemiology and treatment of ALS: focus on the heterogeneity of the disease and critical appraisal of therapeutics trials"  
Beghi E. et al, collaborator B. Passerella  
Amyotroph Lateral Scler., 2011 gen; 1-10. Epub 2010 Aug 11

The left ventricle as a mechanical engine: from Leonardo da Vinci to the echocardiographic assessment of peak power output-to-left ventricular mass.  
Dini FL, Guarini G, Ballo P, Carluccio E, Maiello M, Capozza P, Innelli P, Rosa GM, Palmiero P, Galderisi M, Razzolini R, Nodari S; on behalf of the Working Group on Myocardial Function of the Italian Society of Cardiology. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2011 Sep 19. [Epub ahead of print]

129

N-terminal pro-B-type natriuretic peptide plasma levels as a potential biomarker for cardiac damage after radiotherapy in patients with left-sided breast cancer.  
D'Errico MP, Grimaldi L, Petruzzelli MF, Gianicolo EA, Tramacere F, Monetti A, Placella R, Pili G, Andreassi MG, Sicari R, Picano E, Portaluri M.  
Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012 Feb 1;82(2):e239-46. Epub 2011 Jun 2. PubMed PMID:21640499.

Clinical activity and cardiac tolerability of non-pegylated liposomal doxorubicin in breast cancer: a synthetic review  
Airoldi M, Amadori D, Barni S, Cinieri S, De Placido S, Di Leo A, Gennari A, Iacobelli S, Ionta MT, Lorusso V, Lotrionte M, Marchetti P, Mattioli R, Minotti G, Pronzato P, Rosti G, Tondini CA, Veronesi A.  
Tumori. 2011 Nov-Dec;97(6):690-2. doi: 10.1700/1018.11082. Review.

Disparity in the "time to patient access" to new anti-cancer drugs in Italian regions. Results of a survey conducted by the Italian Society of Medical Oncology (AIOM).  
Gori S, Di Maio M, Pinto C, Alabiso O, Baldini E, Barbato E, Beretta GD, Bravi S, Caffo O, Canobbio L, Carrozza F, Cinieri S, Cruciani G, Dinota A, Gebbia V, Giustini L, Graiff C, Molino A, Muggiano A, Pandoli G, Puglisi F, Tagliaferri P, Tomao S, Venturini M; AIOM Working Group "Interactions with Regional Sections" (2009-2011).

Tumori. 2011 Jul-Aug;97(4):442-8. doi: 10.1700/950.10395.

Sequential use of sorafenib and sunitinib in advanced renal cell carcinoma: does the order of sequencing matter?

Calvani N, Morelli F, Leo S, Orlando L, Lombardi L, Gnoni A, Cinefra M, Maiello E, Lorusso V, Cinieri S.

Med Oncol. 2012 Sep;29(3):1908-13. Epub 2011 Aug 20.

Induction pemetrexed and cisplatin followed by maintenance pemetrexed versus carboplatin plus paclitaxel plus bevacizumab followed by maintenance bevacizumab: a quality of life-oriented randomized phase III study in patients with advanced non-squamous non-small-cell lung cancer (ERACLE).

Galetta D, Pisconti S, Cinieri S, Pappagallo GL, Gebbia V, Borsellino N, Maiello E, Rinaldi A, Montrone M, Rizzo P, Marzano N, Sasso N, Febbraro A, Colucci G.

Clin Lung Cancer. 2011 Nov;12(6):402-6. Epub 2011 Aug 10.

Efficacy and safety of low-dose metronomic chemotherapy with capecitabine in heavily pretreated patients with metastatic breast cancer.

Fedele P, Marino A, Orlando L, Schiavone P, Nacci A, Sponziello F, Rizzo P, Calvani N, Mazzoni E, Cinefra M, Cinieri S.

Eur J Cancer. 2012 Jan;48(1):24-9. Epub 2011 Jul 19.

Fatherhood during imatinib.

Shash E, Bassi S, Cocorocchio E, Colpi GM, Cinieri S, Peccatori FA.

Acta Oncol. 2011 Jun;50(5):734-5. Epub 2011 Apr 26. No abstract available.

Genistein: the future of prevention and treatment of breast cancer?

Orlando L, Schiavone P, Cinieri S.

Cancer Biol Ther. 2011 May 15;11(10):918-20. Epub 2011 May 15. No abstract available.



## 2.9.6 Sistema ambientale

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.

Le aziende denunciano le quantità di rifiuti pericolosi da smaltire attraverso il Modello Unico di Dichiarazione ambientale, fonte dei dati di seguito riportati.

Nelle tabelle sotto elencate vengono descritti i rifiuti gestiti nel biennio 2010/2011:

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

Codice Rifiuto	Categoria	Kg 2010	Kg 2011
090104	Soluzioni fissative /stato liquido	800,00	600,00
090107	Carta e pellicole per fotografie, contenenti argenti o composti dell'argento/ Stato solido non polverulento	160,00	160,00
090101	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa/stato liquido	630,00	900,00
150101	Imballaggi in carta e cartone/ Stato solido non polverulento	67.080,00	77.370,00
150102	Imballaggi in plastica Stato solido non polverulento	18.580,00	5.430,00
150106	Imballaggi in materiali misti Stato solido non polverulento	230,00	-
150107	Imballaggi in vetro/ Stato solido non polverulento	31.620,00	98.710,00
150110	Imballaggi contenenti residui di sostanze pericolose o con/ Stato solido non polverulento	231,00	8.790,500
160506	Sostanze chimiche di laboratorio/ Stato solido non polverulento	880,00	-
160604	Batterie alcaline/ Stato solido non polverulento	151,00	223,050
170403	Piombo/ Stato solido non polverulento	340,00	-
180103	Rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni Stato solido non polverulento	518.770,500	500.676,280
180106	Sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose/ Stato liquido	26.555,500	34.003,00
180108	Medicinali citotossici e citostatici/ Stato solido non polverulento	2.085,00	17.524,00
180109	Medicinali diversi da quelli alla voce 180108/ Stato solido non polverulento	120,00	-
200101	Carta e cartone/ Stato solido non polverulento	19.210,00	-
200102	Vetro / Stato solido non polverulento	33.200,00	-

Fonte: MUD 2010/2011

### P.O. Francavilla Fontana- Ceglie Messapica

Codice Rifiuto	Categoria	Kg 2010	Kg 2011
080318	Toner per stampa esauriti/ Stato solido non polverulento	150,00	130,00
180103	Rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni Stato solido non polverulento	135.555,00	37.543,00
180106	Sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose/ Stato liquido	6.075,00	6.470,00
180109	Medicinali diversi da quelli alla voce 180108/ Stato solido non polverulento	98,50	98,00

Fonte: MUD 2010/2011

### P.O. Ostuni- Fasano

Codice Rifiuto	Categoria	Kg 2010	Kg 2011
0090107	Carta e pellicole per fotografie, contenenti argenti o composti dell'argento/ Stato solido non polverulento	-	100,00
090101	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa/stato liquido	740,00	900,00
090104	Soluzioni fissative/stato liquido	700,00	600,00
080318	Toner per stampa esauriti/ Stato solido non polverulento	125,00	111,00
150101	Imballaggi in carta e cartone/ Stato solido non polverulento	900,00	5.430,00
180103	Rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni / Stato solido non polverulento	46.969,00	37.543,00
180106	Sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose / Stato liquido	6.952,00	4.040,00
180109	Medicinali diversi da quelli alla voce 180108/ Stato solido non polverulento	13,00	-

Fonte: MUD 2010/2011





The background of the slide is a dark green, semi-transparent overlay on a photograph of a financial document. The document is slightly out of focus, showing a line graph with data points and a bar chart. A pencil is visible in the upper right corner, pointing towards the document. The text on the document includes "100,00", "746.009", "100,00", "Esercizio 2009", and "costi reali con ribaltamento". A bar in the chart is labeled "54,75%".

# 3

## 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 di 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). Tale attività 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. A ciò si aggiungono i costi di mobilità sanitaria passiva sostenuti per l'erogazione, di servizi sanitari a favore degli assistiti residenti nella provincia di Brindisi, da parte di strutture sanitarie che si trovano di 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.

136

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 paragrafo 3.3), e per la parte restante da ricavi derivanti dalla mobilità attiva, dai proventi derivanti dal pagamento dei tickets da parte degli assistiti per l'ottenimento di talune prestazioni sanitarie erogate dalla Azienda in regime ambulatoriale, dai proventi derivanti dalle prestazioni erogate dal personale sanitario che svolge attività in regime di 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 considerati sono: la popolazione residente, la popolazione per fasce d'età, la popolazione pesata secondo i dati delle dimissioni ospedaliere. Con tali risorse sono garantite le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA). La Regione Puglia, a sua volta, sulla base delle proprie determinazioni, definisce i criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie, tenendo conto degli indirizzi programmatici del Piano Sanitario Regionale. Sulla base di tali criteri la Regione Puglia, attraverso la

predisposizione del documento di indirizzo economico funzionale (DIEF) determina il finanziamento da erogare ad ogni singola azienda sanitaria pugliese.

Per gli anni 2010 e 2011 tale finanziamento è stato così ripartito:

- 47,2% destinato all'assistenza ospedaliera;
- 48,4% destinato all'assistenza territoriale;
- 4,4% destinato all'assistenza collettiva.

### Struttura dei ricavi - ASL di Brindisi

	2010		2011	
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.
Contributi conto esercizio (1)	634.651	90,9	641.924	90,9
<i>(1) di cui assegnazione indistinta</i>	<i>618.384</i>	<i>88,6</i>	<i>629.941</i>	<i>89,2</i>
Mobilità attiva	38.949	5,6	41.418	5,9
Altri ricavi per prestazioni sanitarie	6.223	0,9	6.917	1,0
Attività libero professionale	4.081	0,6	3.623	0,5
Altri ricavi e recuperi di spesa	4.576	0,7	4.201	0,6
Costi capitalizzati	4.988	0,7	4.876	0,7
<b>Totale Ricavi operativi</b>	<b>693.469</b>	<b>99,4</b>	<b>702.960</b>	<b>99,6</b>
Proventi finanziari	117	0,0	120	0,0
Proventi straordinari	4.408	0,6	2.993	0,4
<b>Totale Ricavi</b>	<b>697.993</b>	<b>100,0</b>	<b>706.073</b>	<b>100,0</b>

Assistiti	n.	n.
Dati considerati dalla Regione (Dief)	403.096	403.229

Contributi indistinti per assistito	Euro	Euro
Su residenti per la Regione	1.534	1.562

Fonte: Elaborazione AGREF dati bilancio d'esercizio ASL BR 2010 e 2011

137

L'analisi dei ricavi evidenzia:

- una dipendenza pressoché assoluta dei ricavi dall'assegnazione regionale (90,9%), per l'89,2% relativa all'assegnazione indistinta e per l'1,7% relativa ad assegnazioni finalizzate alla copertura di costi rimborsati dalla Regione;
- un miglioramento dei ricavi per mobilità attiva;
- 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 il risultato economico dell'esercizio. L'analisi dei costi suddivisi per "natura" (ossia per tipologia di spesa) evidenzia che circa un terzo dei costi sostenuti è relativo al costo per assistenza convenzionata (il 29,33 %). 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 (1,9%), un'imposta, per le aziende pubbliche, calcolata sulle retribuzioni e quindi assimilabile ad onere accessorio, a cui segue il costo della mobilità passiva (pari al 13,9%) 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

	2010		2011	
	Euro/000	% compos.	Euro/000	%
Mobilità passiva	97.986	13,07	103.459	13,94
Assistenza convenzionata	216.977	28,93	202.549	27,30
Personale dipendente	204.655	27,29	197.385	26,60
Personale convenzionato interno	14.390	1,92	15.120	2,04
IRAP	14.977	2,00	14.313	1,93
Materiali	94.528	12,60	100.091	13,49
Servizi e oneri diversi di gestione	82.760	11,04	81.969	11,05
Attività libero professionale	3.598	0,48	3.184	0,43
Ammortamenti	8.979	1,20	9.004	1,21
Accantonamenti	2.383	0,32	4.438	0,60
<b>Totale Costi operativi</b>	<b>741.236</b>	<b>98,84</b>	<b>731.513</b>	<b>98,58</b>
Oneri finanziari	779	0,10	948	0,13
Oneri tributari	231	0,03	216	0,03
Oneri straordinari	7.690	1,03	9.355	1,26
<b>Totale Costi</b>	<b>749.936</b>	<b>100,00</b>	<b>742.032</b>	<b>100,00</b>
<b>Assistiti</b>	<b>n.</b>		<b>n.</b>	
Dati considerati dalla Regione	403.096		403.229	
<b>Costi per assistito</b>	<b>Euro</b>		<b>Euro</b>	
Su residenti per la Regione	1.860,44		1.840,22	

Fonte: elaborazione AGREF su dati Bilancio d'esercizio ASL BR 2010 e 2011

I costi operativi sono pari al costo della produzione, incrementato del costo per l'IRAP, imposta atipica nelle aziende pubbliche (come prima detto in precedenza), calcolata in percentuale sul costo del personale sostenuto.

Costi per natura	Conto econ. 2010 Euro/000	Conto econ. 2011 Euro/000
<b>Costi operativi</b>		
Mobilità passiva	97.986	103.459
Assistenza convenzionata	216.977	202.549
Personale dipendente	204.655	197.385
Personale convenzionato interno	14.390	15.120
IRAP	14.977	14.313
Materiali	94.528	100.091
Servizi e oneri diversi di gestione	82.760	81.969
Attività libero professionale	3.598	3.184
Ammortamenti	8.979	9.004
Accantonamenti	2.383	4.438
<b>Altri oneri</b>	<b>8.700</b>	<b>10.519</b>
Oneri tributari	231	216
Oneri finanziari	779	948
Oneri straordinari	7.690	9.355
<b>Totale</b>	<b>749.936</b>	<b>742.032</b>

Fonte: elaborazione AGREF su dati Bilancio d'esercizio ASL BR 2010 e 2011

Costi per destinazione	Conto econ. 2010 Euro/000	Conto econ. 2011 Euro/000
<b>Ospedaliera</b>	<b>364.877</b>	<b>355.840</b>
Diretta	283.727	272.010
Indiretta	333	0
Mobilità passiva	80.816	83.831
<b>Territoriale</b>	<b>302.556</b>	<b>295.318</b>
Distrettuale	250.299	244.181
- Diretta	53.845	60.692
- Indiretta	181.453	166.484
- Mobilità passiva	15.001	17.004
Sovradistrettuale	52.257	51.138
- Diretta	26.905	25.408
- Indiretta	23.184	23.111
- Mobilità passiva	2.169	2.619
<b>Collettiva</b>	<b>17.870</b>	<b>18.303</b>
<b>Strutture centrali</b>	<b>21.163</b>	<b>23.956</b>
<b>Valori comuni Azienda</b>	<b>43.469</b>	<b>48.615</b>
<b>Totale</b>	<b>749.936</b>	<b>742.032</b>

Fonte: elaborazione AGREF su dati Bilancio d'esercizio ASL BR 2010 e 2011

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 2011 è stato deliberato dall'ASL BR entro il 30 aprile 2012, così come disposto dalla L. R. 38/94, ed ha evidenziato una perdita dell'esercizio pari a euro/000 35.959, rispetto ad una perdita dell'esercizio 2010 pari a euro/000 51.942, con un miglioramento di euro/000 15.983. Il Bilancio d'esercizio, redatto nel rispetto della normativa civilistica, nonché di quella nazionale e regionale vigente in materia, 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, 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 2011, comparati con i dati dell'anno 2010.

140

### Stato Patrimoniale

ATTIVO STATO PATRIMONIALE	2010	2011
	euro/000	euro/000
<b>Immobilizzazioni</b>		
Immobilizzazioni immateriali	637	566
Immobilizzazioni materiali	136.975	130.852
Immobilizzazioni finanziarie	651	643
<b>Totale immobilizzazioni</b>	<b>138.263</b>	<b>132.061</b>
<b>Attivo circolante</b>		
Rimanenze	11.372	10.094
Crediti	122.991	137.637
Disponibilità liquide	2.177	1.304
<b>Totale attivo circolante</b>	<b>136.541</b>	<b>149.035</b>
<b>Ratei e risconti</b>	<b>2.022</b>	<b>1.469</b>
<b>Totale attivo</b>	<b>276.825</b>	<b>282.564</b>
Conti d'ordine	3.776	2.940

<b>PASSIVO STATO PATRIMONIALE</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Patrimonio netto</b>	<b>24.369</b>	<b>18.454</b>
<b>Fondo rischi ed oneri</b>	<b>6.124</b>	<b>6.180</b>
<b>Trattamento fine rapporto</b>	<b>2.017</b>	<b>2.037</b>
<b>Debiti</b>	<b>236.998</b>	<b>285.231</b>
Regione e Provincia	603	927
Comuni	177	212
Aziende sanitarie pubbliche	6.327	6.250
Fornitori	163.276	197.253
Istituto tesoriere	11.045	32.506
Tributari	10.373	9.540
Istituti di previdenza	12.227	10.938
<b>Altri debiti</b>	<b>32.971</b>	<b>27.605</b>
<b>Ratei e risconti</b>	<b>7.317</b>	<b>7.570</b>
<b>Totale passivo</b>	<b>252.457</b>	<b>301.019</b>
<b>Totale passivo + patrimonio netto</b>	<b>276.825</b>	<b>282.564</b>
Conti d'ordine	3.776	2.940

Fonte: Bilancio d'esercizio ASL BR 2011

Sul fronte delle attività si deve segnalare un aumento dei crediti, in particolare di quelli verso la Regione Puglia. Si evidenzia altresì un decremento delle disponibilità liquide, determinato dalla necessità di utilizzare tutta la disponibilità finanziaria, al fine di diminuire l'esposizione debitoria aziendale. Per la prima volta il 2011 evidenzia un patrimonio netto negativo, 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, a causa dell'insufficiente livello di finanziamenti regionali da utilizzare per pagamento dei fornitori.

141

<b>Conto Economico</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
	euro/000	euro/000
<b>Valore della produzione</b>	<b>693.469</b>	<b>702.960</b>
Beni	94.788	98.811
Servizi	409.046	400.451
Personale	204.655	197.385
Oneri diversi di gestione	5.893	5.507
Ammortamenti	8.979	9.004
Rimanenze	- 260	1.279
Svalutazione crediti	86	543
Accantonamenti	3.041	4.212
<b>Totale costi della produzione</b>	<b>726.229</b>	<b>717.192</b>
<b>Proventi e oneri finanziari</b>	<b>- 662</b>	<b>- 827</b>
<b>Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>	<b>- 29</b>	<b>- 8</b>
<b>Proventi e oneri straordinari</b>	<b>- 3.283</b>	<b>- 6.363</b>
<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>- 36.735</b>	<b>- 21.430</b>
<b>Imposte e tasse</b>	<b>15.208</b>	<b>14.529</b>
<b>Utile/perdita di esercizio</b>	<b>- 51.942</b>	<b>- 35.959</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio ASL BR 2011

La tabella sopra riportata evidenzia la forte riduzione della perdita riferita all'anno 2011 rispetto a quella del 2010 (-30,8%). Tale riduzione è dovuta prevalentemente ai forti risparmi ottenuti sul costo del personale e sul costo della farmaceutica convenzionata, per effetto del Piano di rientro regionale.

Nonostante i suddetti risparmi il bilancio 2011 è stato chiuso in perdita ed il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio è da attribuire anche all'insufficiente livello delle risorse economiche erogate dalla Regione Puglia all'ASL BR. Tali risorse iscritte alla voce "Valore della Produzione" presentano un incremento rispetto al 2010 (che come già detto è comunque insufficiente a coprire i costi sostenuti nel 2011 per garantire l'erogazione dei servizi sanitari sul territorio).

Con riferimento ai costi sostenuti nel 2011, si evidenzia quanto segue:

- aumento dei costi per assistenza medico generica e pediatrica dovuta all'applicazione degli istituti contrattuali;
- decremento del costo per assistenza farmaceutica (euro/000 221) dovuto all'effetto della reintroduzione del ticket a partire dal 2011, tanto a seguito dall'applicazione delle disposizioni di cui al Piano di rientro regionale;
- riduzione della voce convenzionata esterna e dei costi per riabilitativa ex art. 26 L.833/1978 per effetto dell'applicazione del Piano di rientro, che prevede l'abbattimento dei tetti di spesa rispetto al fatturato pagato nel 2009;
- incremento dei costi per riabilitativa per anziani a causa del fatto che a partire dall'anno 2011 sono state stipulate le convenzioni con due nuove strutture RSSA;
- riduzione dei costi per il servizio per assistenza domiciliare integrata derivante dalle azioni poste in essere da questa Amministrazione;
- riduzione dei costi del personale dipendente per effetto delle disposizioni di cui al piano di rientro regionale che hanno imposto il blocco del turn-over;
- incremento del consumo dei materiali rispetto al 2010, determinato prevalentemente dall'acquisto di prodotti farmaceutici (+13%), ossigeno (+45%), emoderivati (10%), vaccini (+36%), materiale protesico (8%);
- incremento degli accantonamenti: la voce comprende gli accantonamenti per vertenze, per la svalutazione dei crediti, per interessi di mora e per altri rischi; gli accantonamenti sono stati calcolati tenendo conto degli oneri derivanti dalle passività probabili relative ai contenziosi in corso con fornitori, personale dipendente, personale dimessosi o licenziato, assistiti ed altro. L'accantonamento al fondo per la svalutazione dei crediti è stato effettuato utilizzando un criterio ragionevole basato su quello fiscale.

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

### Finanziamenti ricevuti (valori in euro/000)

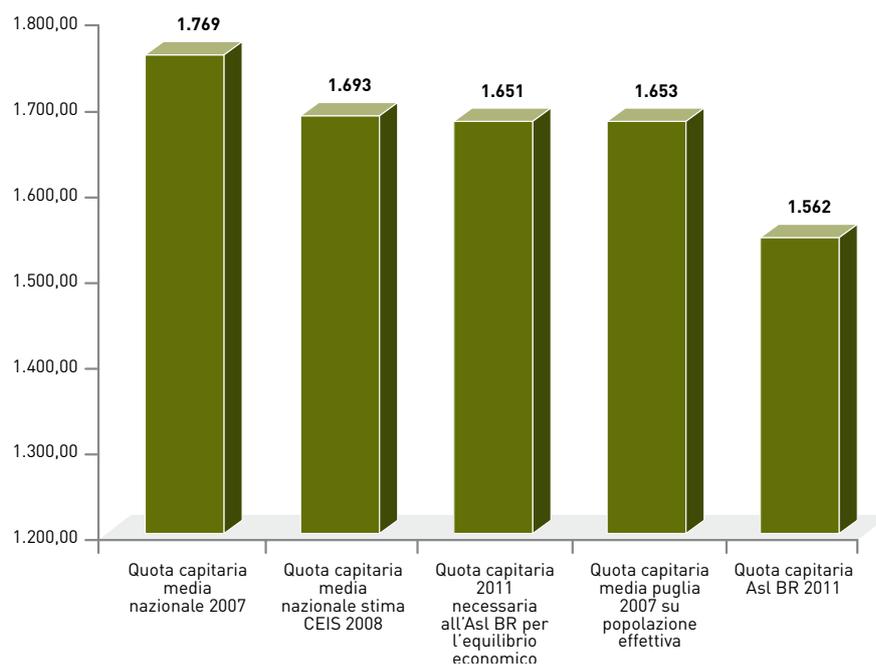
Descrizione	Consuntivo 2010 (a)	Consuntivo 2011 (b)	Diff. assoluta c=b-a	Diff. % e=c-a
(1) Assegnazione Lorda	618.384	629.941	11.557	1,9
(1 bis) Assegnazione Lorda	4.907		- 4.907	- 100,0
(2) Mobilità Attiva Intraregionale	35.790	37.738	1.948	5,4
(3) Mobilità Attiva Interregionale	3.159	3.680	521	16,5
<b>(4) Totale Ricavi (1+1bis+2+3)</b>	<b>662.240</b>	<b>671.359</b>	<b>9.119</b>	<b>1,4</b>
(5) Mobilità Passiva Intraregionale	75.556	78.152	2.596	3,4
(6) Mobilità Passiva Interregionale	22.429	25.302	2.873	12,8
<b>(7) Totale Costi (5+6)</b>	<b>97.985</b>	<b>103.454</b>	<b>5.469</b>	<b>5,6</b>
<b>(8) Assegnazione Netta (4-7)</b>	<b>564.255</b>	<b>567.905</b>	<b>3.650</b>	<b>0,6</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio ASL BR 2011 - Relazione sulla gestione

I saldi di mobilità (come già detto al paragrafo 3.3) si riferiscono al 2009 e non consentono, quindi, di rilevare tempestivamente l'effetto economico delle politiche sanitarie messe in atto nel 2011 che, se efficaci, devono consentire il miglioramento dei saldi di mobilità. Il grafico successivo evidenzia le risorse necessarie a garantire l'equilibrio economico.

143

### Assegnazione lorda pro-capite 2011 (valori in euro/000)



Nel 2011 la ASL ha ricevuto 1.562 euro pro-capite per garantire l'erogazione di tutti i servizi sanitari, a fronte dei 1.651 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 4 anni precedenti. Il grafico evidenzia in maniera chiara ed assoluta che la perdita d'esercizio strutturale della ASL di Brindisi deriva principalmente dalle assegnazioni regionali assolutamente sottostimate, in quanto a loro volta frutto di sottostima a livello nazionale della ripartizione delle risorse per regione.

# 3.5

## Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza

I costi totali sostenuti dall'Azienda sono ripartiti per garantire i tre livelli di assistenza: ospedaliera, territoriale e collettiva, come si evince dalla tabella successiva che, unitamente al grafico sottostante, confronta per gli anni 2010 e 2011, i costi effettivamente sostenuti per livello di assistenza, con i costi che si sarebbero dovuti sostenere, secondo i riferimenti normativi indicati nel DIEF 2011 (rimasti invariati rispetto al DIEF 2010).

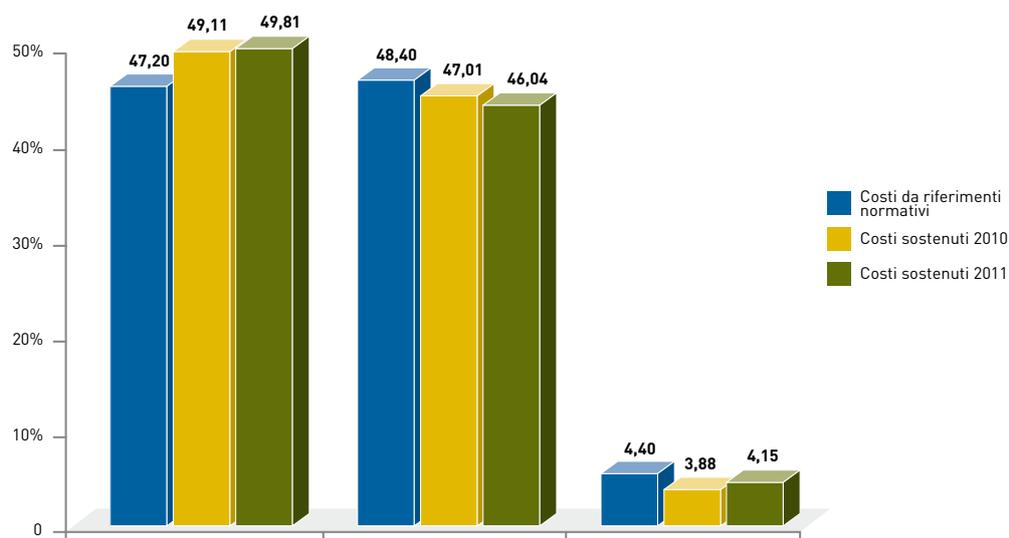
### Costi totali per livello di assistenza

Livello assistenziale	2011				2010			
	Costi da riferimenti normativi		Costi totali sostenuti		Costi da riferimenti normativi		Costi totali sostenuti	
	Euro/000	% composiz.	Euro/000	% composiz.	Euro/000	% composiz.	Euro/000	% composiz.
Assistenza ospedaliera	350.240	47,20	369.596	49,81	353.969	47,20	368.322	49,11
Assistenza territoriale	359.144	48,40	341.651	46,04	362.969	48,40	352.539	47,01
Assistenza collettiva	32.649	4,40	30.786	4,15	32.997	4,40	29.074	3,88
<b>Totale</b>	<b>742.033</b>	<b>100,00</b>	<b>742.033</b>	<b>100,00</b>	<b>749.935</b>	<b>100,00</b>	<b>749.935</b>	<b>100,00</b>

Fonte AGREF

145

### Costi da riferimento normativo e costi reali con ribaltamento 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. Nel 2011 si registra un decremento della percentuale di costi destinati all'attività distrettuale. E' inoltre necessario evidenziare l'aumento della percentuale di risorse destinate alla prevenzione (4,15%, rispetto al 3,88% dell'anno 2010), pertanto l'obiettivo del 4,4% è stato quasi raggiunto.

# 3.6

## Costo della produzione per stakeholder

Nel corso dello svolgimento della propria attività, la ASL di Brindisi 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 beni e servizi produce sicuramente una serie di effetti nella sfera di 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).

146

### Costo della produzione per stakeholders (valori in euro/000) – confronto 2010-2011

Stakeholders	CE 2010		CE 2011	
	valori in €/000	% di incidenza	valori in €/000	% di incidenza
Risorse umane	216.883	29,9	207.307	28,9
Fornitori	210.021	28,9	221.062	30,8
Farmacie	97.795	13,5	81.433	11,4
Utenti	103.254	14,2	108.824	15,2
Medici convenzionati	52.835	7,3	53.693	7,5
Strutture convenzionate	43.894	6,0	43.654	6,1
Pubblica Amministrazione	1.230	0,2	1.172	0,2
Associazioni di volontariato	318	0,0	47	0,0
<b>Totale</b>	<b>726.229</b>	<b>100,0%</b>	<b>717.192</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: AGREF

Il costo degli enti 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.

# 3.7

## Investimenti

Gli investimenti realizzati nel corso del 2011, sempre finalizzati 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 2011:

	Saldo al	Incr. per	Riclass. ad	Incr. per	Alienazione		Saldo al
	31-12-2010	acquis.	altre voci	rivalutaz.	Derem. per svalutaz.	Cessazione Capitalizzaz.	31-12-2011
	euro/000	euro/000	euro/000	euro/000	euro/000	euro/000	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	3.447					-2.616	831
Fabbricati strumentali	168.638	100				-1.115	167.623
Fabbricati non strumentali	4.652					-3.389	1.263
Costruzioni leggere	142						142
Impianti e macchinari	35.855	692					36.547
Attrezzature sanitarie	42.269	2.934					45.203
Mobili e arredi	13.129	91					13.220
Automezzi	1.373	31					1.404
Telefoni cellulari	0						0
Altri beni	11.537	196	0	0	0	0	11.733
Immobilizzazioni in corso	7.753	5.444					13.197
<b>Totale</b>	<b>288.795</b>	<b>9.488</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-7.120</b>	<b>291.163</b>

147

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

### Terreni Fabbricati e costruzioni leggere

Gli investimenti, o meglio gli interventi di manutenzione straordinaria, effettuati sui fabbricati strumentali sono stati realizzati per il "miglioramento del bene". Si ricorda che quest'Azienda dispone di un patrimonio immobiliare particolarmente vetusto che determina continui interventi di manutenzione ordinaria finalizzati al mantenimento degli stessi in un buon stato d'uso. In particolare, sono stati realizzati interventi sulla struttura immobiliare dello Stabilimento ospedaliero Perrino per la sistemazione dei locali adiacenti la nuova RMN (euro/000 35) ed i lavori eseguiti presso il Servizio di Radiologia dello Stabilimento ospedaliero di Fasano (euro/000 16); i lavori finanziati con le risorse di cui all'art. 20 della Legge 67/1988 non ancora terminati, risultano iscritti tra le immobilizzazioni in corso.

Il dato Alienazione/cessazione della tabella precedente contiene il valore dei beni del

patrimonio disponibile della ASL (ossia dei beni non destinati all'attività istituzionale) che sono stati trasferiti alla Regione Puglia. Tali beni sono oggetto di un processo di cartolarizzazione gestito centralmente dalla Regione Puglia e previsto nella legge regionale di variazione del bilancio 2007. Tale processo di cartolarizzazione è stato attivato dalla Regione Puglia al fine di recuperare risorse finanziarie da destinare alla copertura della perdita relativa all'anno 2006.

#### **Attrezzature sanitarie**

Per quanto attiene al miglioramento della dotazione tecnologica sanitaria, si rilevano investimenti pari ad euro/000 1.682 per l'acquisizione di attrezzature sanitari. Si riportano di seguito i principali investimenti:

- Fornitura di un tomografo a risonanza magnetica del P.O. Perrino (euro/000 1.199);
- Acquisto attrezzature sanitarie per la Neurochirurgia del P.O. Perrino (euro/000 246);
- Fornitura di un ecografo modello IE33 per la cardiologia del P.O. Perrino (euro/000 167);
- Riscatto del sistema Ris Pacs di radiologia (euro/000 120);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per l'Otorinolaringoiatria del P.O. Perrino (euro/000 102);
- Acquisto di attrezzature per il P.O. di Francavilla Fontana (pari ad euro/000 80);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per le Anestesi (euro/000 182);
- Acquisto di comunicatore oculare ad alta tecnologia per assistiti affetti da SLA (euro/000 45);
- Acquisto di altre attrezzature sanitarie per la Neurochirurgia del P.O. Perrino (euro/000 72);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per la Chirurgia Generale e per la Cardiologia del P.O. Perrino (euro/000 106);
- 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 agli stessi. A tal proposito si sottolinea la scarsità delle risorse che sono destinate alle aziende sanitarie per effettuare tali acquisti. La tabella seguente evidenzia che il totale degli ammortamenti di cespiti effettuati nel 2011 al netto delle quote sterilizzate, rappresentano lo 0,56% dei costi operativi e che tale quota scende a 0,21% se si considerano solo gli ammortamenti di attrezzature sanitarie.

	2011 valori in euro/000
A) Costi operativi	731.513
B) q.ta ammortamenti totali	9.004
C) q.ta ammortamenti sterilizzati	4.876
D) = B)-C)ammortamenti al netto di sterilizzazione	4.128
E) % di incidenza degli ammortamenti al lordo delle sterilizzazioni (B/A)	1,23
F) % di incidenza degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni (D/A)	0,56

#### **Attrezzature sanitarie**

G) q.ta ammortamento attrezzature sanitarie	1.894
H) q.ta ammortamento sterilizzata	373
I) = G) - H) ammortamenti al netto di sterilizzazione	1.521

J) % di incidenza degli ammortamenti al lordo delle sterilizzazioni (G/A)	0,26
K) % di incidenza degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni (G/A)	0,21

Fonte: Bilancio d'esercizio ASL BR 2011

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. La tabella che segue evidenzia la quota parte di assegnazione netta indistinta dell'anno 2011 destinata all'ASL BR che è stata dedicata agli acquisti in conto capitale. Tale quota rappresenta solo l'0,9% dell'assegnazione netta indistinta totale.

	valori in euro/000
<b>A) Acquisto cespiti</b>	<b>9.496</b>
<b>B) di cui finanziati</b>	<b>4.133</b>
<b>C) Acquisti cespiti al netto dei finanziamenti (A-B)</b>	<b>5.362</b>
<b>D) Risorse economiche nette 2011 assegnate da DIEF 2011</b>	<b>567.905</b>
<b>% Acquisti su Risorse Economiche nette indistinte C/D)</b>	<b>0,94</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio ASL BR 2011

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

### Impianti e macchinari

Gli acquisti si riferiscono principalmente:

- interventi di ampliamento della rete LAN aziendale e per gli interventi di cablaggio di strutture varie dell'Azienda (euro/000 74);
- interventi per lavori di adeguamento a norma degli impianti gas medicali dello S.O. di Fasano (euro/000 41);
- interventi per la riqualificazione impiantistica – realizzazione del tele-rilevamento su centrali di stoccaggio e distribuzione gas medicali (euro/000 95);
- esecuzione lavori per adeguamento impianti di elevazione del P.O. Perrino (euro/000 60);
- forniture di condizionatori presso gli uffici del Distretto e del Presidio di Francavilla Fontana e della P.U.A. di Brindisi (euro/000 43);
- svariati interventi non programmabili di importo inferiore ad euro/000 10.

**Altri beni** - Sono stati inoltre effettuati acquisti di mobili ed arredi, computer ad altri beni mobili necessari per rendere le strutture amministrative più efficienti ed in linea con gli standard di funzionalità. Sono stati realizzati, in particolare, acquisti per la Medicina Nucleare del P.O. Perrino (euro/000 11) e per l'arredamento dei Poliambulatori del Distretto di Fasano (euro/000 8) ed altri acquisti di piccolo importo.

**Immobilizzazioni in corso e acconti** - La voce esprime il valore degli interventi avviati per la riqualificazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie dell'Azienda. Tali interventi sono spesso effettuati utilizzando i finanziamenti ottenuti dalla ASL BR (i cosiddetti fondi FESR o i fondi di cui all'art. 20 della Legge 67/1988).





# 4

RAGGIUNGIMENTO  
DEGLI OBIETTIVI  
E MIGLIORAMENTO  
CONTINUO

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

Nel corso del biennio l'azione dell'Azienda è stata orientata alla definizione di azioni necessarie per l'applicazione del Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010 -2012, per il raggiungimento degli obiettivi individuati con il Documento di indirizzo economico-funzionale emanato dalla Regione Puglia per gli anni 2010 e 2011, nonché di quelli assegnati in sede di nomina del Direttore Generale.

Scopo del presente paragrafo è quello di presentare, in maniera molto sintetica, le attività intraprese in ordine ai principali obiettivi prefissati, 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.

● non raggiunto, ● parzialmente raggiunto o in fase di implementazione, ● raggiunto

### 1. OBIETTIVO GENERALE: RIORGANIZZAZIONE DELLE RETE OSPEDALIERA

**Obiettivo specifico:** adeguamento allo standard dei posti letto, riduzione dei posti letto, potenziamento dell'assistenza territoriale.

**Attività svolta:** nel corso del 2011 l'Azienda ha provveduto a riorganizzare la rete ospedaliera con progetti di riqualificazione di alcuni stabilimenti, con particolare riferimento a quello di Ceglie Messapica che viene convertito in "Presidio Territoriale Polifunzionale", e quello di Cisternino in "Presidio Territoriale per le cronicità".

**Struttura referente:** Direzione Sanitaria, Unità di Programmazione e Controllo di Gestione, Affari Generali, Area Gestione del Personale

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

### 2. OBIETTIVO GENERALE: MIGLIORAMENTO DEI LIVELLI DI APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

**Obiettivo specifico:** riduzione del tasso di ospedalizzazione a favore dell'implementazione delle prestazioni in regime di day-service.

**Attività svolta:** l'introduzione dei day service per le patologie ipertensione, diabete, cataratta e decompressione del tunnel carpale, si è giunti ad un abbattimento del numero di day hospital del 16.75 %. È in corso la programmazione di altri interventi.

**Struttura referente:** Unità di Programmazione e Controllo di Gestione.

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

### 3. OBIETTIVO GENERALE: POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO 118

**Obiettivo specifico:** aumento dell'efficienza ed efficacia del sistema di gestione Servizio 118 di Emergenza Sanitaria.

**Attività svolta:** nel 2010 è stata attivata una postazione aggiuntiva a S. Pancrazio Salentino. Nel 2011 è stata affidata al Servizio 118 la gestione dei Punti di Primo Intervento Territoriale degli ex Pronto Soccorso di Mesagne e Ceglie M.ca. Come da

Piano Regionale, è in corso il potenziamento in termini di infrastrutture di rete e hardware. Viene attivata formazione costante in sede aziendale ed extra-aziendale per soddisfare il bisogno formativo in materia di Emergenza-Urgenza, attraverso la programmazione del Centro di formazione permanente 118 Brindisi. Inoltre, nel corso del 2011 il Servizio 118 di Emergenza Sanitaria ha avviato il processo finalizzato al conseguimento dell'Accreditamento Professionale, ottenendo, a seguito di verifica ispettiva sulla rispondenza ai requisiti organizzativi e funzionali, stabiliti dalla Società Italiana Sistema (S.I.S.), da parte di Ente terzo, la Certificazione finale. Il Servizio 118 della ASL BR è tra le Centrali Operative iscritte nell'elenco nazionale per l'Accreditamento Professionale S.I.S. 118.

**Struttura referente:** Servizio 118 di Emergenza Sanitaria

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto

#### 4. **OBIETTIVO GENERALE: REALIZZAZIONE DI ADEGUATI PROGRAMMI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE EXTRAOSPEDALIERA**

**Obiettivo specifico:** il potenziamento dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento agli anziani e ai disabili, con la finalità di utilizzare in modo più appropriato i reparti per acuti; è previsto, inoltre, il potenziamento della rete dei servizi territoriali e dell'integrazione ospedale-territorio attraverso lo studio dei percorsi per patologie ad alta prevalenza, e la programmazione di interventi atti a garantire l'assistenza socio-sanitaria a carattere residenziale e semiresidenziale.

**Attività svolta:** attivazione e contrattualizzazione di Centri Socio Riabilitativi per disabili e di Case per la vita (n. 3 nel 2010 e n. 7 nel 2011).

**Struttura referente:** servizio Socio-Sanitario

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

#### 5. **OBIETTIVO GENERALE: CONSOLIDAMENTO E MESSA A REGIME DELLA PORTA UNICA DI ACCESSO (PUA) E DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE IN COLLABORAZIONE CON GLI AMBITI TERRITORIALI**

**Obiettivo specifico:** erogazione di prestazioni sociali e sanitarie più aderenti ai bisogni reali dell'assistito nel caso di pazienti che richiedono assistenza di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata.

**Attività svolta:** implementazione delle Porte Uniche di Accesso e delle Unità di Valutazioni Multidimensionali in ogni Distretto Socio Sanitario.

**Struttura referente:** Servizio Socio-Sanitario, Distretti Socio-Sanitari

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

#### 6. **OBIETTIVO GENERALE: POTENZIAMENTO DELLA RETE CONSULTORIALE**

**Obiettivo specifico:** promuovere le attività di competenza dei Consulteri Familiari aziendali, con particolare attenzione alle attività di prevenzione, educazione alla paternità e maternità responsabili e tutela della salute riproduttiva delle donne; predisporre il piano attuativo aziendale per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 405/2009, che prevede una riorganizzazione dell'intera rete consultoriale, sia dal punto di vista territoriale che nel merito delle attività più orientate all'offerta attiva ed alla promozione della salute e dei corretti stili di vita.

**Struttura referente:** le strutture distrettuali competenti hanno assicurato le attività consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia attraverso le equipe multidisciplinari presenti nelle sedi consultoriali aziendali; la sinergia con la rete ospedaliera, con la Medicina Generale e con la Pediatria di Libera Scelta, nonché con gli Ambiti di Zona non ha ancora raggiunto risultati apprezzabili ed anche la rete tra i diversi Consulteri aziendali risente di qualche difficoltà. Per questa ragione si è proceduto, con un gruppo di lavoro sovradistrettuale dedicato e nominato dalla Direzione Generale aziendale, ad un'analisi della situazione attuale, sia per quanto attiene alle dotazioni organiche che a quelle strumentali, propedeu-

tica al processo di riorganizzazione funzionale della rete dei Consulenti aziendali ed al raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione nella DGR 405/2009.

**Struttura referente:** Distretti Socio-Sanitari

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



## 7. OBIETTIVO GENERALE: PROMOZIONE DELLA SALUTE E SANI STILI DI VITA DELLA POPOLAZIONE

**Obiettivo specifico:** implementare e strutturare la rete di operatori aziendali e di altri stakeholders esterni interessati alla promozione della salute e dei corretti stili di vita, per portare i cittadini ad acquisire un maggior controllo della propria salute e a migliorarla.

**Attività svolta:** l'Ufficio Educazione ed Informazione Sanitaria a fine 2010 ha inoltrato una richiesta a tutti gli operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione per l'adesione ad iniziative di promozione della salute; ciò al fine di creare una sorta di rete tra tutti gli interessati per far fronte alla sempre crescente richiesta di interventi provenienti soprattutto dal mondo della scuola. C'è stata l'adesione di circa dieci operatori, ai quali successivamente si sono aggregati altri, unitamente a personale sanitario della Struttura per le Dipendenze Patologiche, che già in passato aveva aderito ad alcune iniziative. Non si è ancora in una situazione operativa ottimale in quanto, in base alle esperienze maturate in altre ASL, è necessaria una strutturazione formale della rete con operatori stabili. Come primo risultato di questa nuova organizzazione, a fine anno, si è realizzato nelle scuole superiori il programma di prevenzione dei comportamenti a rischio, legati all'uso di sostanze d'abuso, denominato "Unplugged" che ha visto l'ASL di Brindisi capofila regionale.

**Struttura referente:** Dipartimento di Prevenzione.

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



## 8. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE: SCREENING ONCOLOGICI

**Obiettivo specifico:** nell'ambito degli obiettivi posti a carico dei Direttori Generali, sono state incluse le prestazioni inerenti i progetti di prevenzione oncologica come prestazioni LEA.

**Attività svolta:** i progetti di screening oncologici, per la prevenzione del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, sono stati realizzati secondo i programmi di screening regionali compresi nel Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007. Lo screening di prevenzione del carcinoma della Mammella, attivato nel 2008, prosegue le attività previste e risulta, ad oggi, decisamente in linea con le aspettative regionali. Gli altri due screening, sia pure attivati entrambi, non risultano in linea con le aspettative regionali.

**Struttura referente:** Direzione Sanitaria, Unità di Statistica ed Epidemiologia

**Grado di raggiungimento:** obiettivo parzialmente raggiunto



## 9. OBIETTIVO GENERALE: PREVENZIONE E CONTROLLO DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE: ATTIVAZIONE DEL REGISTRO TUMORI

**Obiettivo specifico:** esigenza di dimensionare il fenomeno tumorale, monitorarne l'andamento e valutare le responsabilità di fattori cancerogeni, programmare attività di prevenzione primaria e secondaria e, partendo dai dati di incidenza, creare il fondamento per effettuare studi epidemiologici sulla popolazione residente, in una provincia che comprende un'area riconosciuta ad elevato rischio ambientale (Brindisi, Carovigno, S.Pietro V.co, Torchiarolo).

**Attività svolta:** a seguito dell'istituzione del Registro Tumori della Regione Puglia (RTP), avvenuta nel 2007, e nel rispetto del successivo regolamento di attuazione, nel 2011 questa Azienda ha istituito il "Gruppo di lavoro Registro Tumori ASL BR" e avviato la raccolta dati per lo studio dei casi incidenti 2006-2008. Attualmente Brindisi è "articolazione periferica non accreditata" del RTP, ma l'Azienda si sta impegnando per

rispondere ai requisiti richiesti per divenire "articolazione periferica accreditata".

**Struttura referente:** Direzione Sanitaria, Unità di Statistica ed Epidemiologia

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

## 10. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DEL PATTO PER LA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

**Obiettivo specifico:** potenziamento sia delle attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro che di promozione della salute e sicurezza sul lavoro con iniziative di informazione, formazione, comunicazione e diffusione della cultura della sicurezza.

**Attività svolta:** Programma "Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia". Sono stati ispezionati circa il 7 % dei cantieri notificati dal territorio della provincia. Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura", con 4 progetti (comportamenti corretti per la sicurezza - attivazione sistema di programmazione partecipata per la sicurezza - ricerca attiva dei tumori professionali - prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro correlate). Si stanno per avviare campagne divulgative, con utilizzo anche di materiale informativo INAIL, su buone prassi e comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura, ad uso di lavoratori e datori di lavoro. Personale tecnico del Servizio ha partecipato ad eventi formativi regionale in materia utili per l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo dei fattori di rischio oltre che delle dinamiche infortunistiche in agricoltura, da estendere ad altro personale da utilizzare a tal fine con assunzioni a tempo determinato. Sono proseguiti gli eventi formativi per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e per operatori del settore amianto.

**Struttura referente:** Dipartimento di Prevenzione - Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro..

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

## 11. OBIETTIVO GENERALE: REVISIONE E MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

**Obiettivo specifico:** cambiare le pratiche di prevenzione, basandole sempre più su prove di efficacia, per migliorarle e renderle più utili per la salute della popolazione.

**Attività svolta:** è in corso un profondo ripensamento delle attività di prevenzione con l'intento di arricchirle di tutti gli interventi per cui, in studi basati su metodologie scientifiche, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia, con l'eliminazione progressiva di tutte quelle per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia. Cittadini e operatori dei servizi divengono consapevoli che norme e conseguenti adempimenti -certificazioni, ispezioni, autorizzazioni - non sono più collegati virtuosamente ad un miglioramento delle condizioni di salute, ma, almeno in parte, assorbono preziose risorse in procedure burocratiche senza una chiara finalizzazione. In quest'ottica il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha dato seguito a quanto disposto dalla Legge Regionale n. 28 del 27 novembre 2009, avente ad oggetto "Disposizioni per la semplificazione delle procedure relative alle autorizzazioni, certificazioni e idoneità sanitarie", con la soppressione di alcune certificazioni sanitarie e autorizzazioni in materia di igiene e sanità pubblica, riconosciute prive di documentata efficacia per la salute pubblica.

**Struttura referente:** Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto

## 12. OBIETTIVO GENERALE: CONTENIMENTO DEI COSTI DEL PERSONALE: BLOCCO DEL TURN OVER; CONTENIMENTO DELLE CONSULENZE SANITARIE E NON SANITARIE E DI ALTRI INCARICHI PROFESSIONALI, RIDETERMINAZIONE DELLA CONSISTENZA ORGANICA.

**Obiettivo specifico:** rispetto delle leggi nazionali e del Piano di Rientro Regionale per il triennio 2010-2012 :

- contenimento costo del personale: il corrispondente ammontare non deve superare l'importo dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%: ciò in ossequio a quanto previsto

- dall'art. 2, comma 71, della legge 191/2009;
- contenimento costo del personale a tempo determinato (o convenzionato, o con contratti di collaborazione) – il corrispondente ammontare per il triennio 2010-2012 non deve superare il 50% dell'ammontare correlato nell'anno 2009 (il tetto da non superare è pari a euro. 8.711.191,78);
- blocco del turn over: impossibilità di sostituire il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato cessato dal servizio per raggiungimento dei limiti di età ;
- contenimento delle consulenze sanitarie e non sanitarie e di altri incarichi professionali: riduzione costi per consulenze sanitarie: - 20% nell'anno 2010, - 20% nell'anno 2011, -20% nell'anno 2012; riduzione costi per consulenze non sanitarie: - 20% nell'anno 2010, - 30% nell'anno 2011, - 40% nell'anno 2012;
- rideterminazione stabile della consistenza organica del personale in servizio.

**Attività svolta:** in attuazione del Piano Regionale di Rientro 2010-2012 sono state avviati tutti i monitoraggi costanti e continui per la verifica del rispetto dei tetti sopra descritti, assolvendo mediante costante reportistica al debito informativo fissato nei confronti della Regione Puglia. Nel corso dell'anno 2011 si è fatto uso all'istituto La Direzione Aziendale in data 7 marzo 2011 ha adottato la deliberazione n. 650 ad oggetto: "Rideterminazione della dotazione organica ASL BR, comma 3, art. 11 legge regionale n. 19/2010", approvata dalla regione Puglia con deliberazione di Giunta nr. 553 del 24/03/2011.

**Struttura referente:** Area Gestione del Personale, Unità di Programmazione e Controllo di Gestione.

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.



### 13. OBIETTIVO GENERALE: MONITORAGGIO DELLA LIBERA PROFESSIONE

**Obiettivo specifico:** attività libero professionale: introduzione della contabilità separata, blocco delle tariffe ALPI aziendali concordate al 30 giugno 2010 per il periodo di vigenza del Piano di Rientro, aumento, a seguito di provvedimenti regionali (avvenuti successivamente all'anno 2011) della quota percentuale delle tariffe a favore dell'Azienda per la copertura dei costi di gestione al minimo del 30% (IRAP inclusa), avvio di un sistema di monitoraggio semestrale sulla effettiva attuazione da parte delle Aziende, con particolare riferimento ai maggiori utili aziendali;

**Attività svolta:** sono stati avviati i procedimenti per la revisione delle disposizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio della libera professione con particolare riferimento alla rideterminazione delle quote di riparto dei proventi spettanti all'Azienda a copertura dei costi diretti ed indiretti e a tutto il personale coinvolto incluso quello di supporto amministrativo e sanitario. Sono stati attivati spazi dedicati all'esercizio di tale attività con consequenziale revoca delle autorizzazioni all'esercizio della attività presso studi privati. Sono attualmente in itinere attività di ricognizione di ulteriori locali da destinare all'attività in argomento, a seguito delle quali si provvederà ad ulteriori revoche di attività libero professionale intramoenia presso studi privati. Riguardo alla gestione contabile, l'Azienda è dotata di un codice conto dedicato all'attività della libera professione intramoenia e sono all'esame procedure per l'attivazione di un apposita contabilità.

**Struttura referente:** Ufficio ALPI, Area Gestione Risorse Finanziarie, Area Gestione del Personale, Segreteria Direzionale

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



### 14. OBIETTIVO GENERALE: GOVERNO DEL RAPPORTO TRA DOMANDA E OFFERTA DELLE PRESTAZIONI E RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA.

**Obiettivo specifico:** dare attuazione alle disposizioni regionali, garantire un accesso equo alle prestazioni, assicurare la funzione e programmazione dell'attività istituzionale della specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata, dell'attività libero professionale e dei ricoveri programmati.

**Attività svolta:** contenimento dei costi di telefonia mobile, attraverso una ricogni-

zione delle utenze controllo e governo delle agende di prenotazione tramite il CUP centralizzato; elaborazione di un report mensile, messo a disposizione dell'utenza e contenente per ciascuna struttura erogante, i tempi d'attesa di tutte le prestazioni erogabili dall'Azienda. Si tratta di un'area di attività con un livello di criticità molto alto, pertanto, nel secondo semestre 2011 la ASL si dota di un 'Piano triennale di contenimento dei tempi d'attesa' ed istituisce l' Ufficio CUP e Gestore Agende, allo scopo di adeguare il sistema di produzione aziendale agli standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni Sanitarie, contenute nelle Linee Guida Nazionali.

**Struttura referente:** Direzione Sanitaria, Ufficio CUP Aziendale, Unità di Programmazione e Controllo di Gestione.

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

#### 15. OBIETTIVO GENERALE: POTENZIAMENTO DEI SISTEMI E AZIONI DI VERIFICA, MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

**Obiettivo specifico:** la Regione prevede che il controllo sulle prestazioni di ricovero venga effettuato almeno sul 40% dei dimessi.

**Attività svolta:** il controllo dell'UVAR, nel 2011 ha riguardato oltre il 40% delle cartelle cliniche dei dimessi dagli Istituti privati, ma il complesso dei controlli ha raggiunto una media di circa il 6% a causa delle difficoltà riscontrate nei controlli sui dimessi dagli ospedali pubblici. Al fine di conseguire gli obiettivi indicati dalla Regione Puglia, è stato costituito un gruppo di lavoro, formato dai dirigenti medici in servizio presso le direzioni sanitarie ospedaliere, coordinato dal responsabile UVAR. Inoltre è stato effettuato un controllo su 1.215 prestazioni ambulatoriali di Radioterapia erogate da parte della Casa di Cura Città di Lecce per conto di questa ASL.

**Struttura referente:** Unità di Programmazione e Controllo di Gestione, UVAR.

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

#### 16. OBIETTIVO GENERALE: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA

**Obiettivo specifico:** contenimento e riduzione della spesa attraverso la razionalizzazione dei consumi di farmaci da parte dei cittadini.

**Attività svolta:** monitoraggio dei consumi e attività di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni e delle dispensazioni, informative ai Medici di Medicina Generale per favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci. Nonostante gli incrementi della spesa sostenuta per alcune categorie di farmaci, dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione, la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata ha registrato complessivamente una diminuzione nel 2010 ed ancora più evidente nel 2011, rispetto al biennio precedente.

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

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto.

#### 17. OBIETTIVO GENERALE: QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA

**Obiettivo specifico:** attivare nuovi modelli assistenziali con la ridefinizione e riqualificazione dell'offerta sanitaria, nell'ottica di una efficace integrazione ospedale/territorio, per implementare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali più appropriati ai bisogni dell'utenza.

**Attività svolta:** è stato adottato un protocollo operativo di integrazione ospedale/territorio per la gestione del paziente respiratorio cronico al fine di garantire dimissioni protette e riduzione del tasso di ospedalizzazione; alla fine del 2011 è stata attivata una organizzazione di rete ospedale/territorio anche per prestazioni di cardiologia, urologia ed endocrinologia con riferimento ai disturbi del comportamento alimentare; inoltre è stata potenziata l'offerta di prestazioni specialistiche a favore della Casa Circondariale di Brindisi.

**Struttura referente:** Presidi Ospedalieri, Distretti Socio-Sanitari, Strutture Territoriali.

**Grado di raggiungimento:** parzialmente raggiunto e in fase di implementazione

## 18. OBIETTIVO GENERALE: OTTIMIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI PER LA RIDUZIONE DEI COSTI

**Obiettivo specifico:** attuazione delle disposizioni regionali in materia di Unioni di acquisto.

**Attività svolta:** nel 2010 è stata attivata l'Unione temporanea d'acquisto tra le AA.SS.LL. di Brindisi e Taranto - ASL BR di Brindisi capofila - per l'affidamento del servizio inerente la polizza assicurativa di responsabilità civile generale (RCT/O), con esito negativo per mancata partecipazione di imprese assicurative alla procedura. Nel 2011 è stata attivata l'Unione temporanea d'acquisto tra le AA.SS.LL. di Taranto, Lecce e Brindisi - ASL di Taranto quale capofila - per l'affidamento della fornitura di protesi ortopediche e materiale accessorio con gestione del magazzino e servizi correlati. Con successive deliberazioni del 2011 si è preso atto della risultanza della gara ai fini della stipula dei contratti con i fornitori risultati aggiudicatari, la cui fornitura è attualmente in corso.

**Struttura referente:** Area Gestione Patrimonio

**Grado di raggiungimento:** parzialmente raggiunto

## 19. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DEL MODELLO DI SANITÀ ELETTRONICA, SVILUPPO ED EVOLUZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO "EDOTTO"

**Obiettivo specifico:** rispetto degli adempimenti regionali previsti dal il Piano per la Sanità elettronica, tra cui la realizzazione del nuovo modello organizzativo che interessa le infrastrutture (reti interne, connettività Rupar-Spc, dotazione informatica e misure di sicurezza, ecc.) e dei relativi servizi ICT (gestione di reti, gestione sicurezza informatica, servizi di help desk e servizi di assistenza e manutenzione, ecc.) finalizzati al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano per la Sanità Elettronica per l'avvio del Nuovo SISR "Edotto".

**Attività svolta:** partecipazione al Tavolo per la Sanità Elettronica (TSE) regionale, partecipazione alla formazione del personale coinvolto nelle procedure interessate, adeguamento graduale dei processi informativi aziendali

**Struttura referente:** Unità di Programmazione e Controllo di Gestione, Area Gestione Tecnica, Unità di Statistica ed epidemiologia.

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

## 20. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE DEL MODELLO DI SANITÀ ELETTRONICA: PORTALE REGIONALE DELLA SALUTE.

**Obiettivo specifico:** offrire servizi informativi, di comunicazione e interattivi ai cittadini attraverso il PORTALE REGIONALE della SALUTE, progetto regionale previsto Piano di Sanità Elettronica la Regione Puglia rientrante nel Sistema di Accesso Unificato dei Servizi Sanitari per il Cittadino.

**Attività svolta:** nel 2010 questa Azienda ha aderito al progetto e partecipato al programma regionale di formazione di un gruppo di redattori del Portale Regionale della Salute. Nel corso del 2011 sono state adottate, inoltre, tutte le procedure necessarie per la migrazione definitiva del sito web aziendale nel Portale Regionale della Salute entro il mese di Aprile 2012, nell'obiettivo di contenimento dei costi e riduzione degli sprechi.

**Struttura referente:** Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto

## 21. OBIETTIVO GENERALE: POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE, NONCHÉ DI PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CITTADINI.



**Obiettivo specifico:** rispetto degli adempimenti dettati dalla Regione Puglia per l'attuazione di un nuovo modello del Sistema di Informazione e Comunicazione, sia al livello regionale che aziendale, che individua nella comunicazione pubblica e nell'informazione gli 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.

**Attività svolta:** come da disposizioni regionali, nel febbraio 2010 è stata formalmente istituita la Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale in staff alla Direzione Generale, articolata al suo interno con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio Stampa, strutture organizzative peraltro già attive e previste dalla Legge n. 150/2000, ampliandone i compiti, le funzioni e l'organizzazione.

**Struttura referente:** Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale

**Grado di raggiungimento:** obiettivo raggiunto

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, la sicurezza e l'uso corretto delle risorse necessarie alla produzione ed erogazione di servizi e prestazioni. L'Ufficio Gestione Qualità Totale ed Accredimento promuove e diffonde la cultura aziendale della qualità mediante lo sviluppo di progetti e metodologie finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi.

L'Azienda sanitaria brindisina ha operato, in tema di qualità e miglioramento continuo dei servizi, una scelta di campo molto precisa, ed adottato formalmente il modello internazionale di gestione del sistema qualità ISO 9000, modello ispirato alla filosofia del miglioramento continuo, di applicazione volontaria ma 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 2010/2011, 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.

160

Struttura/Area/Unità Operativa/	Anno di Certificazione/ Accredimento Professionale	Stato dell'arte anno 2011
Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'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-Finanziarie	Anno 2009	Mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001:2008 nell'ottica del miglioramento continuo mediante attività di audit interni ed esterni
Servizio di Medicina Trasfusionale P.O. Perrino	Anno 2009	Mantenimento del Sistema Qualità ISO 9001:2008 nell'ottica del miglioramento continuo mediante attività di audit interni ed esterni
Struttura Sovradistrettuale Servizio Pneumotisiologico	Anno 2009 Implementazione del sistema qualità	Anno 2010 conseguimento della certificazione ISO 9000:2008
U.O. Cardiologia P.O. Perrino*	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
Servizio 118 di Emergenza Sanitaria	Anno 2011	Certificazione ISO 9000 e Accredimento professionale S.I.S. 118

\*trattasi di un progetto regionale relativo certificazione di tutte le cardiologie dei Presidi ospedalieri pugliesi

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 Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di concerto col Servizio 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 che 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 già 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 l'ASL Brindisi per il passaggio dallo status di accREDITAMENTO transitorio a quello provvisorio.

Nel corso del 2011, dette strutture ambulatoriali verificate con esito positivo (93.2%), sono state oggetto di successiva verifica relativa agli specifici ulteriori requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici previsti dal R.R. 3/2005 e dal R.R. 3/2010, per il 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).

Il Dipartimento di Prevenzione, su incarico del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, effettua, inoltre, 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.

Nel biennio 2010 -2011 sono proseguite le attività di promozione della cultura della sicurezza, della responsabilità, della prevenzione mediante iniziative di formazione rivolte agli operatori. Talune di queste iniziative hanno avuto come oggetto l'utilizzazione di strumenti di buona pratica clinica come la scheda terapeutica unica (STU) proposta in alcune Unità Operative ed attivata in altre. A tal proposito è stato scelto un approccio di tipo interlocutorio con i potenziali utilizzatori (infermieri e medici) dai quali sono stati raccolti ed esaminati i suggerimenti. Lo studio sulle cadute all'interno delle strutture sanitarie è stato ulteriormente sviluppato con l'ausilio di un esperto in statistica che ha consentito un'analisi di dettaglio sui dati aggiornati al 2011; di seguito se ne riporta qualche esempio.

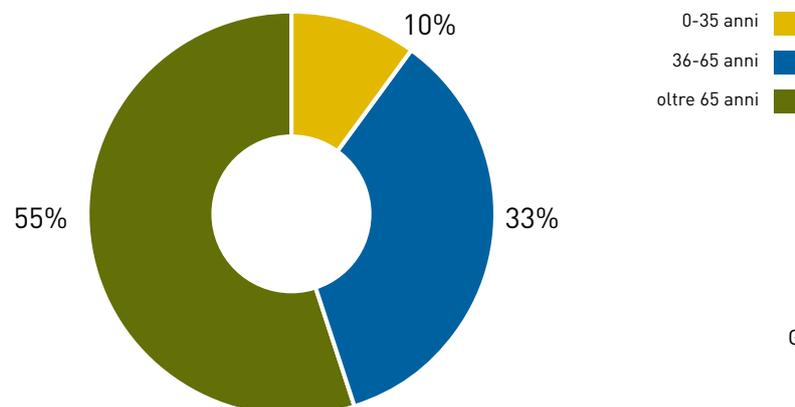
#### N. Casi per anno



L'andamento crescente riflette un incremento della cultura della segnalazione

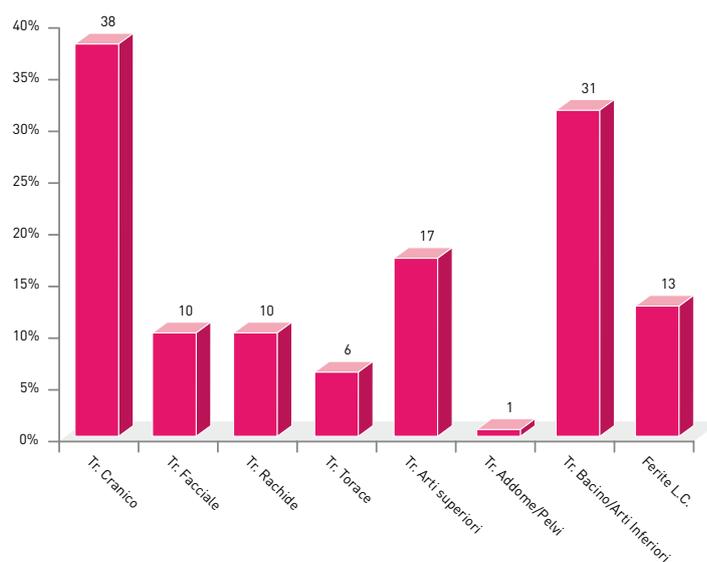
163

#### Fasce di età



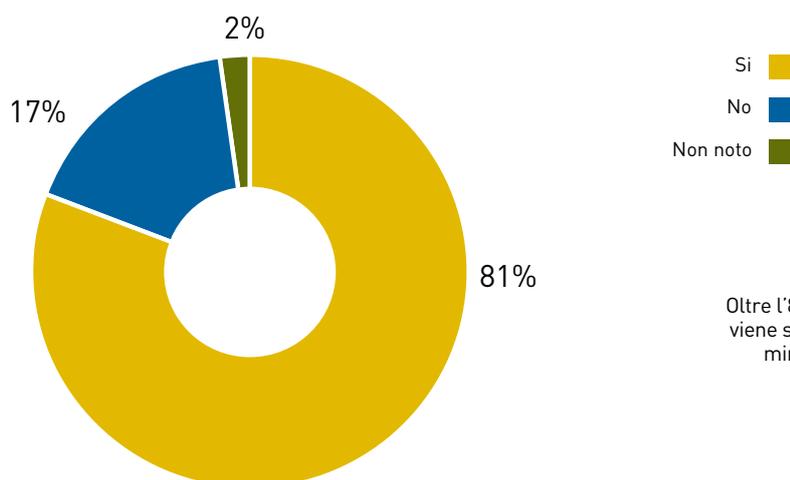
Gli over-65 sono le vittime principali della cadute

### Esame obiettivo



Il capo, il bacino e gli arti inferiori sono i distretti maggiormente interessati dalla lesività da caduta

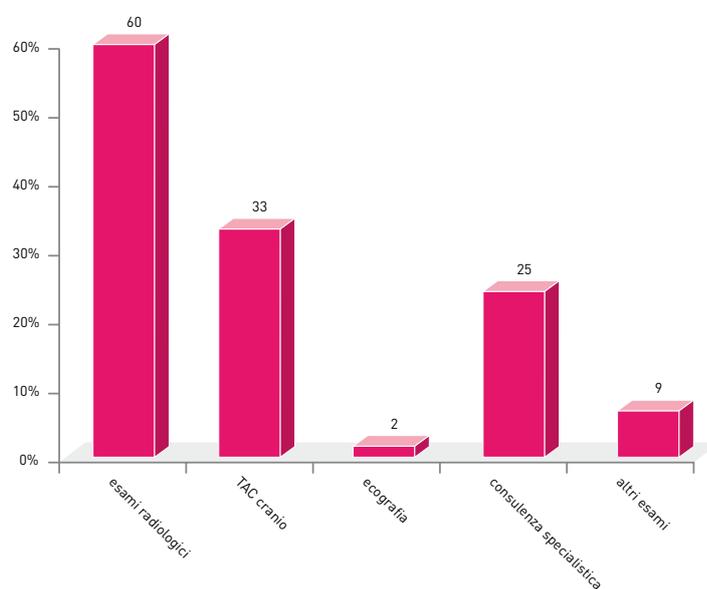
### Iter diagnostico



Oltre l'80% delle vittime di caduta viene sottoposta ad accertamenti mirati per le eventuali conseguenze del trauma

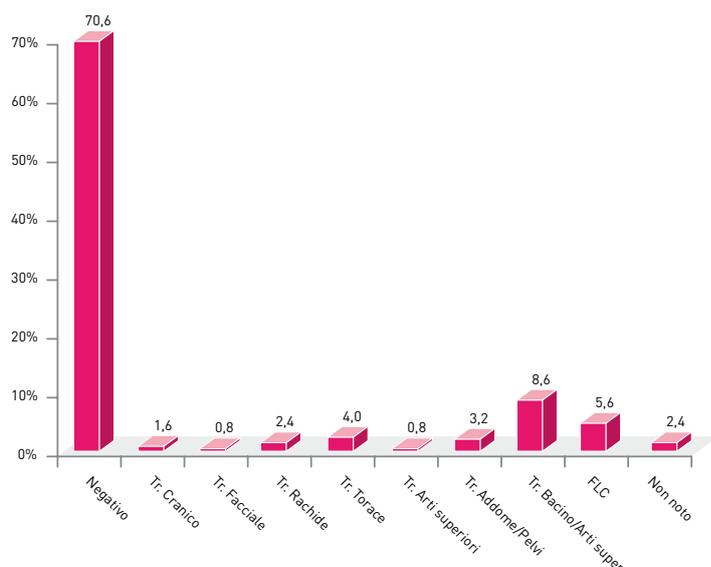
164

### Tipologia iter diagnostico



Tali accertamenti sono in gran parte radiologici

## Esito diagnostico



la maggior parte degli accertamenti evidenziano che non vi è stata alcuna conseguenza fisica

L'azione correttiva prevista è lo screening dei pazienti a maggior rischio all'atto del ricovero al fine di ridurre la probabilità di caduta con ricadute sulla sicurezza del paziente e sui costi della degenza.

Coerentemente con la cultura della prevenzione degli incidenti è stata implementata la raccomandazione n. 1 del Ministero della Salute con la quale la gestione delle soluzioni concentrate di potassio è stato messo in sicurezza con una procedura ad uso di tutti gli attori del processo (farmacisti, medici, infermieri). Le soluzioni concentrate di potassio, infatti, indispensabili in numerose situazioni cliniche possono divenire un rischio per la vita del paziente se l'uso è scorretto o addirittura errato.

La necessità del passaggio da una cultura che privilegia l'approccio reattivo ad una che predilige l'approccio proattivo ha determinato una modifica dell'approccio al crescente numero di richieste di risarcimento danni per ipotesi di responsabilità sanitaria.

In altri termini oltre al trasferimento del rischio si è provveduto ad attivare una procedura utile all'analisi degli eventi che hanno generato richieste di risarcimento danni, tramite un'attività istruttoria finalizzata alla acquisizione del maggior numero di elementi di valutazione (documentazione sanitaria ed amministrativa) ivi compresa la richiesta di un contributo di conoscenza ed analisi dei protagonisti del processo assistenziale i cui esiti siano divenuti oggetto di contenzioso.

Nel caso in cui tale analisi evidenzia criticità l'analisi stessa diviene occasione di riflessione e può produrre proposte migliorative e correzioni dei percorsi assistenziali.

Nel biennio è stato dato impulso all'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) che è un'articolazione funzionale della U.O. di Gestione del rischio clinico.

Tale comitato, formato da dirigenti dell'Azienda e figure professionali esterne, procede ad un'accurata analisi delle richieste di risarcimento danni e vaglia la possibilità di una composizione extragiudiziale della vicenda, nell'ottica della Alternative Dispute Resolution.

Nel periodo compreso fra il settembre 2010 e dicembre 2011 sono state esaminate 87 richieste di risarcimento danni per 23 delle quali è stato possibile esprimere un parere favorevole alla transazione con risparmio di maggiori oneri e ricadute positive sull'immagine dell'Azienda.

La novità introdotta nella ASL di Brindisi rispetto ai tradizionali modelli di funzionamento del CVS è la partecipazione, a seconda dei casi in trattazione, dei Direttori medici di presidio ospedaliero o di distretto socio-sanitario ovvero di dipartimento territoriale così che il CVS diviene luogo d'incontro di varie professionalità e competenze e osservatorio privilegiato dei contenziosi che nascono nei contesti operativi.



# APPENDICI

BILANCIO SOCIALE 2011

## Risultati questionario di valutazione anno 2009

### Premessa

Ad ogni edizione del Bilancio Sociale è allegato un questionario di valutazione per rilevare il gradimento del documento e raccogliere proposte migliorative per la successiva edizione. 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, la richiesta di indicare informazioni carenti.

Nel 2009 il feed-back è stato superiore a quello misurato negli anni precedenti, tuttavia ancora molto debole e rilevato in gran parte previa sollecitazione diretta di alcuni stakeholder. I questionari restituiti al gruppo di lavoro sono 76. I dati vengono rappresentati con l'ausilio di tabelle e grafici con dati calcolati in percentuale.

### Analisi

La relazione sociale ed il rendiconto economico sono le parti più lette dai portatori di interesse che hanno compilato il questionario (rispettivamente il 40% e il 31%). Seguono l'identità aziendale e gli obiettivi di miglioramento.

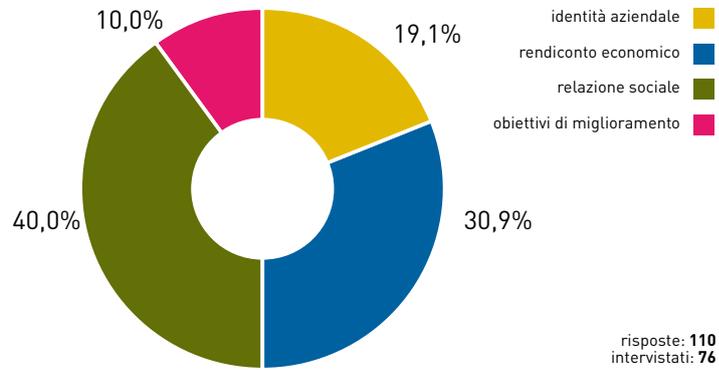
L'argomento ritenuto più interessante della relazione sociale è la parte riferita agli Utenti (29,1%), seguono la Ricerca con il 19,1% e le Risorse umane con il 13,6%. Rilevato un interesse all'incirca simile, e di molto inferiore, per le restanti attività rivolte ai diversi stakeholder. Il giudizio sugli aspetti grafici e sui contenuti risulta complessivamente buono, espresso in una scala con valori da 1 a 10, con una media tra il 7,56 e 8,07. I suggerimenti principali sulle informazioni mancanti che andrebbero trattate nel documento riguardano le modalità di ripartizione e destinazione dei finanziamenti e dei fondi all'interno delle Strutture ASL (il 40%). Il 19% ritiene insufficienti le informazioni circa i diritti degli utenti e sulla gestione di alcuni servizi come ad esempio il sistema di prenotazione delle prestazioni. Il 12% chiede un maggiore approfondimento e dettaglio sulle tipologie di esami diagnostici effettuati nelle attività di screening. La parte della Ricerca risulta per alcuni carente nella chiarezza espositiva.

Da prendere in considerazione anche la richiesta del gruppo di studenti delle professioni sanitarie del Polo Universitario gestito dalla ASL di aggiungere tra gli stakeholder la categoria specifica. Il giudizio complessivo sulla edizione 2009 del documento è comunque abbastanza positivo. Il Bilancio Sociale è ritenuto utile, interessante ed attendibile, indicatori che sommati risultano pari al 55,6%, mentre, tra i giudizi negativi, viene definito incompleto, scontato ed autoreferenziale dal 20,9%.

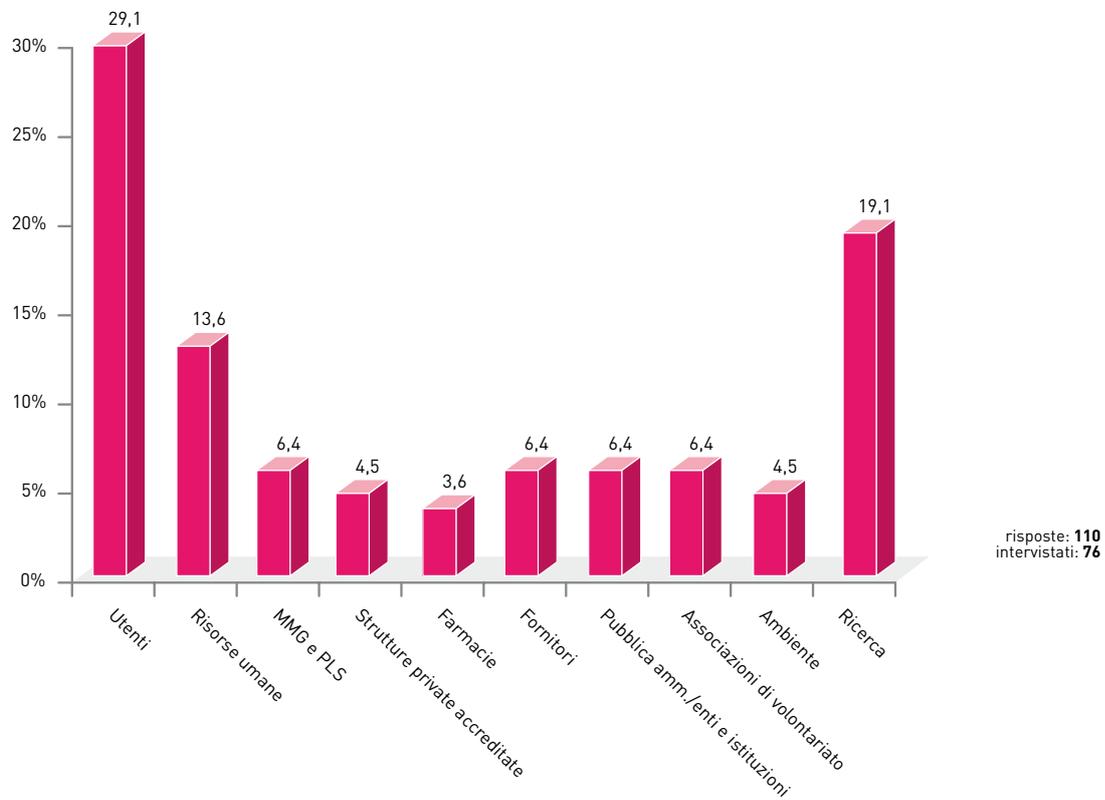
La lettura del documento ha contribuito ad aumentare la conoscenza dell'Azienda per il 71,1% degli intervistati. Tuttavia, dalla domanda successiva circa l'opinione che si aveva dell'Azienda prima di leggere il Bilancio Sociale, il 60,5% ha risposto che rimane invariata. I portatori di interesse che hanno restituito il questionario sono studenti del Polo Universitario per il 26,3%, Utenti per il 23,7%, Risorse umane 15,8%. Seguono altri stakeholder in misura inferiore e non significativa.

## RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI RISULTATI

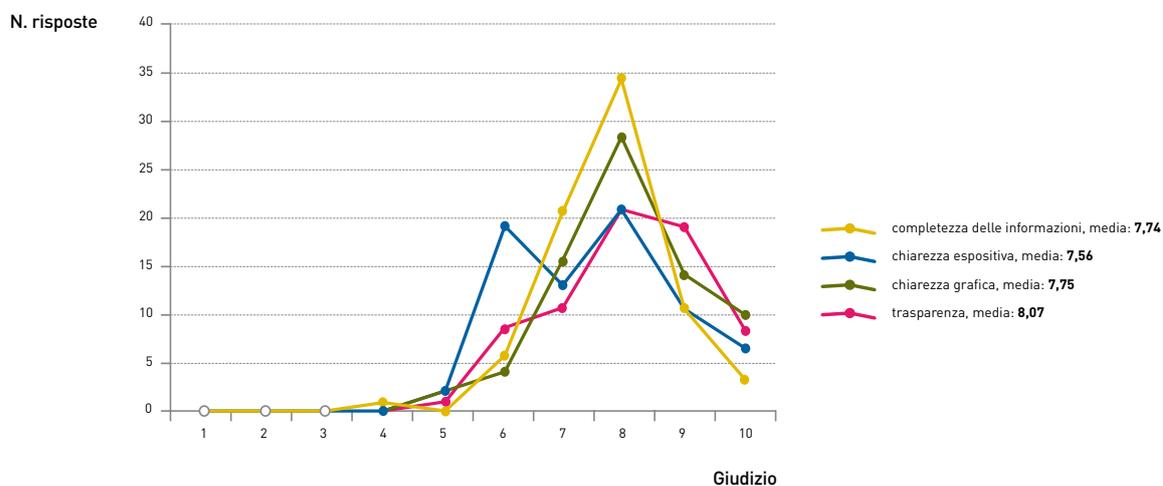
### 1- Quale sezione del documento ha letto



### 2- Se ha letto la Relazione Sociale, quali argomenti ha ritenuto più interessanti

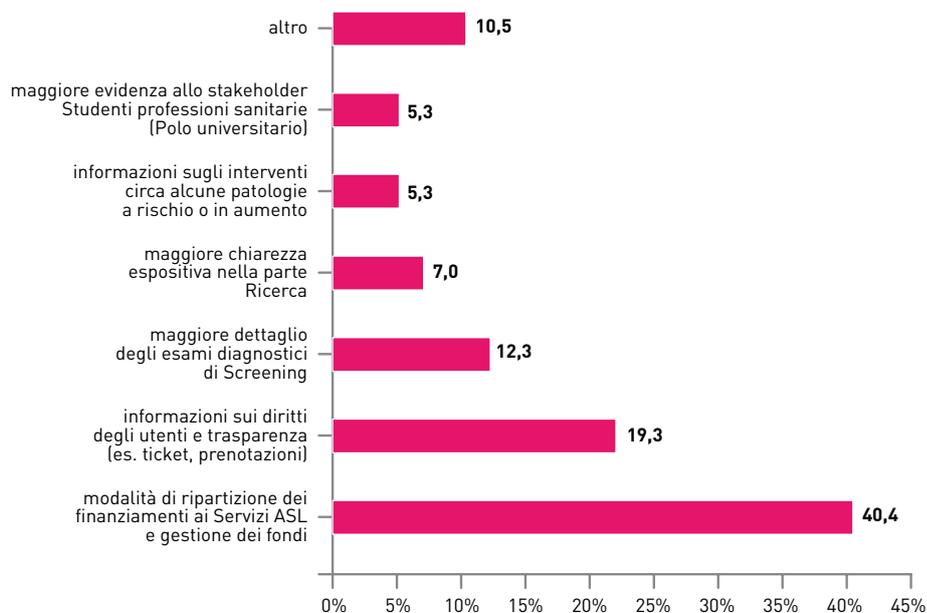


### 3- Esprima un giudizio sui seguenti aspetti del Bilancio Sociale con un numero da 1 a 10



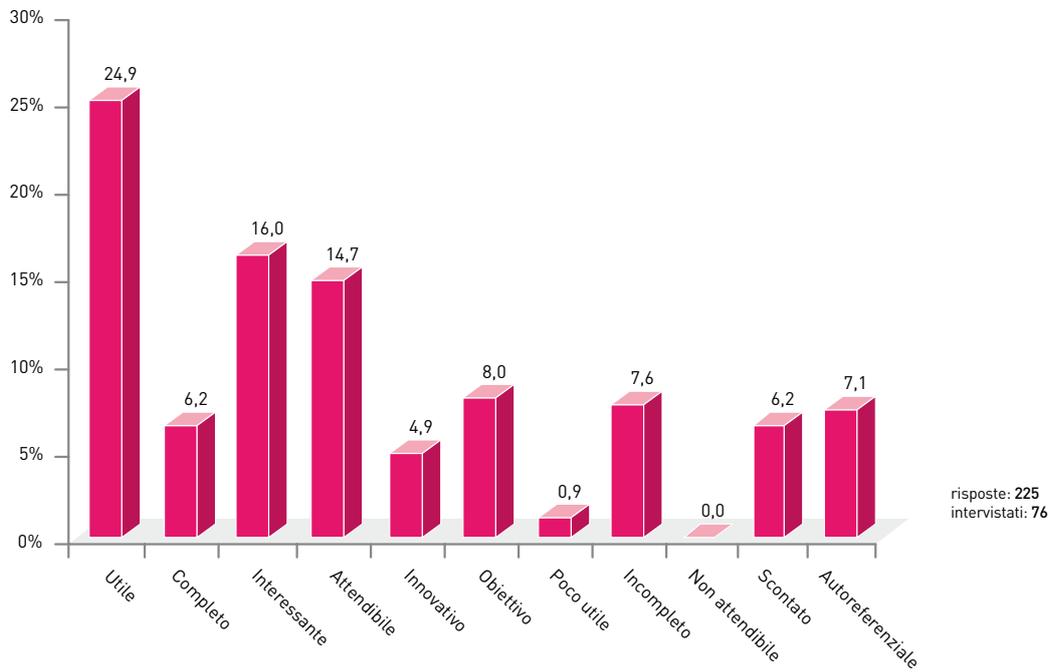
170

### 4- Quali sono a suo parere le informazioni mancanti che andrebbero trattate nel documento



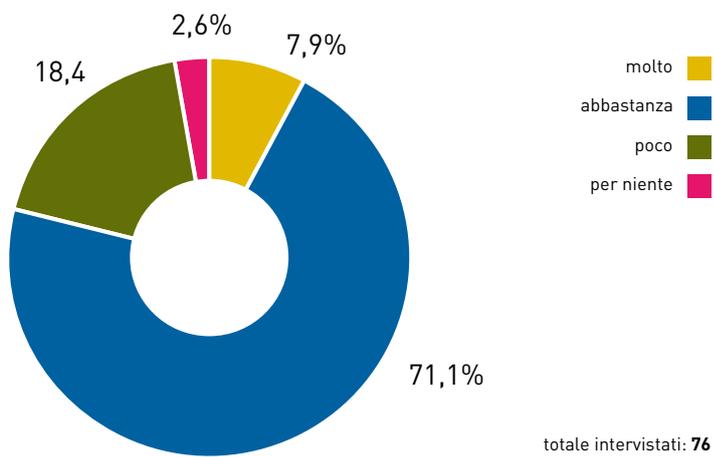
risposte: 57  
intervistati: 76

### 5- Come definirebbe questo Bilancio Sociale

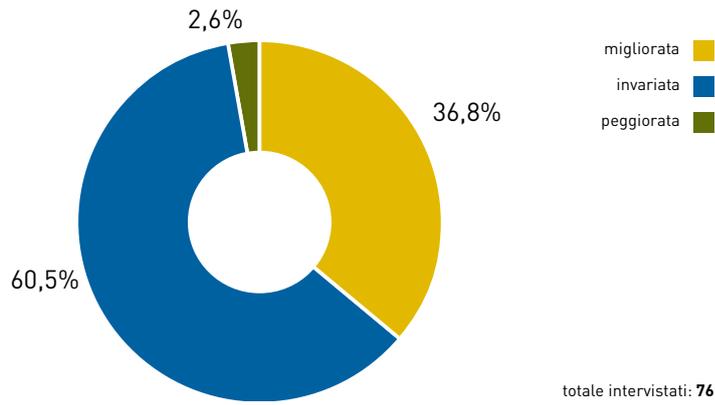


### 6- La lettura del documento ha migliorato la sua conoscenza dell'azienda

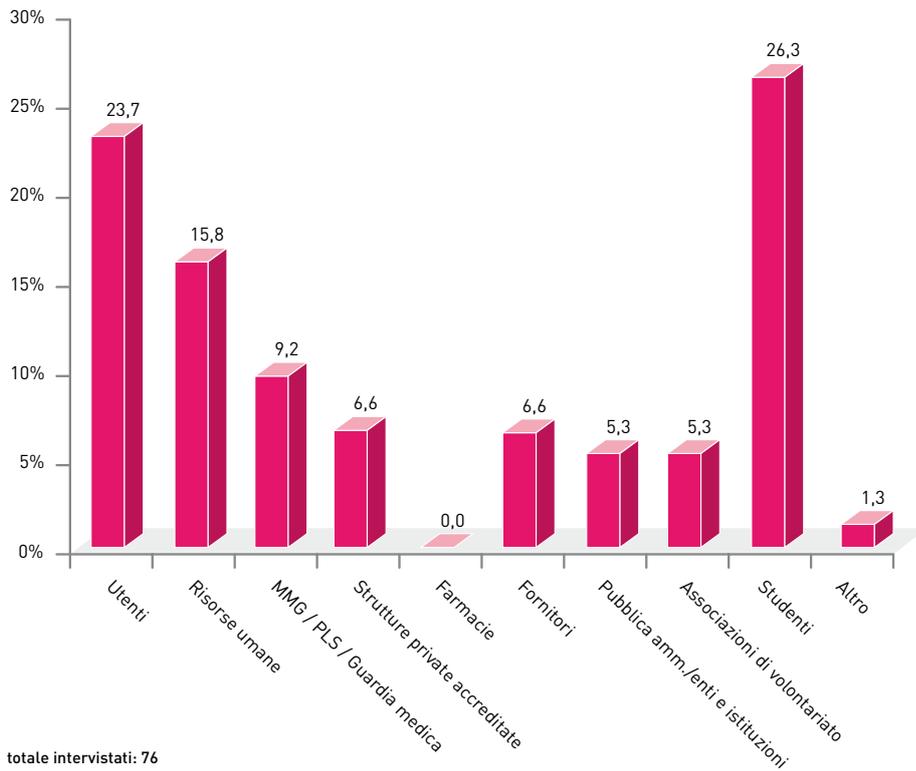
171



### 7 - Dopo aver letto il documento la sua opinione dell'Azienda è



### 8 - Categoria di appartenenza degli stakeholder intervistati



## 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.I.O.P.:** Associazione italiana ospedalità privata
- **ALS:** Advances Life Support. Termine riferito alle postazioni medicalizzate del Servizio 118
- **A.R.D.:** Assistenza Respiratoria Domiciliare
- **A.R.E.S.:** Agenzia Regionale Sanitaria
- **Ambiti Territoriali (anche Ambiti Territoriali Sociali):** sono le unità territoriali di base che, secondo il progetto di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto dalla Legge 328/00, costituiscono il livello di governo locale delle politiche sociali. Con Regolamenti attuativi della Legge Regionale 10 Luglio 2006 n. 19, emanati nel 2007 2008, la Regione Puglia ha ridefinito e completato il quadro normativo essenziale per la realizzazione dei sistemi integrati locali di welfare, dando centralità all'AMBITO, piuttosto che al singolo Comune.
- **BLS:** Basic Life Support, con defibrillazione (D). Termine riferito alle postazioni non medicalizzate del Servizio 118.
- **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.
- **Briefing:** incontro volto alla definizione degli aspetti operativi e degli obiettivi di una determinata iniziativa.
- **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 accreditate.
- **C.E.:** Conto Economico
- **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.P.T.:** Centro Polinfuzionale Territoriale, riferito all'associazionismo della Medicina Generale.
- **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". E' 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 Finanziario
- **D.M.:** Decreto Ministeriale
- **D.S.M.:** Dipartimento di Salute Mentale
- **D.S.S.:** Distretto Socio Sanitario
- **F.E.S.R.:** Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
- **FARMACUP:** Sistema di prenotazione presso le farmacie collegate al CUP aziendale.
- **Front-office:** (letteralmente ufficio davanti), indica l'insieme delle strutture/uffici 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
- **I.C.T. (Information and Communication Technology):** l'insieme delle nuove tecnologie legate al mondo dell'informatica e delle telecomunicazioni che favoriscono l'integrazione di sistemi telematici complessi e lo sviluppo di applicazioni e servizi di rete, permettendo il reperimento, il controllo e la condivisione di dati e facilitando la comunicazione tra soggetti diversi.
- **I.N.P.S.:** Istituto Nazionale Previdenza Sociale
- **LAN:** Local Area Network, in italiano Rete Locale.
- **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.
- **L.R.:** Legge Regionale
- **MAN:** Metropolitan Area Network, rete di trasmissione dati che serve un'area che corrisponde circa a quella di una grande città.
- **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 convenzionate, 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.
- **Network:** rete di calcolatori
- **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.
- **N-SISR:** Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale
- **Optical/radio:** collegamenti ottici (laser).
- **O.L.T.:** Ossigenoterapia a lungo termine
- **O.M.S.:** Organizzazione Mondiale della Sanità
- **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
- **Piano di Zona (anche Piano Sociale di Zona):** è lo strumento della definizione e programmazione del sistema integrato dei servizi negli Ambiti Territoriali.
- **P.L.S.:** Pediatra di Libera Scelta
- **P.O.:** Presidio Ospedaliero: stabilimento singolo o più stabilimenti funzionalmente accorpatisi ed organizzati in un sistema di rete capace di garantire una organizzazione integrata o livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.
- **Profit:** è una locuzione giuridica di derivazione inglese che significa a scopo di lucro.
- **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 chiede all'utente conferma della prenotazione effettuata 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
  - **RUPAR- SPC:** Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale, come parte integrante del Sistema Pubblico di Connettività (SPC).
  - **SER.T.:** Servizio per le tossicodipendenze
  - **Server Farm:** locali, opportunamente attrezzati, dove sono ospitati Server Internet/ Intranet, presso i quali vengono centralizzare tutte le operazioni di manutenzione, gestione e sicurezza. Sinonimo di Centro Elaborazione Dati.
  - **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
  - **S.I.A.V.:** Servizio Veterinario
  - **S.I.C.I.:** Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
  - **S.I.S.H.:** Servizio di Integrazione Scolastica per i diversamente abili.
  - **S.I.S.P.:** Servizio Igiene e Sanità Pubblica. Svolge attività di tutela della salute pubblica nei luoghi di vita e di prevenzione delle malattie infettive.
  - **S.I.S.R.:** Sistema Informativo Sanitario Regionale
  - **S.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.
  - **T.A.C.P.:** 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
  - **T.S.E.:** Tavolo per la Sanità Elettronica
  - **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
  - **WAN:** World Area Network, rete che collega computer distribuiti su vaste aree geografiche.
  - **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.

# Gruppo di Lavoro

Bilancio Sociale ASL BR anno 2011

Ida SANTORO	Coordinatore Bilancio Sociale Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
Antonino ARDIZZONE	Unità di Statistica ed Epidemiologia
Marcello BACCA	Area Gestione Risorse Finanziarie
Angelo CAMPANA	Servizi Socio-Sanitari
Concetta CIGLIOLA	Unità Controllo di Gestione
Roberta COCCIOLO	Dipartimento di Salute Mentale - NIAT
Valter De NITTO	U.O. Risk Management
Grazia FANELLI	Ufficio CUP aziendale
Vanessa GIANNUZZI	Sanitaservice
Antonella MANCARELLA	Area Gestione del Personale
Prassede MARTINA	U.O. Qualità e Accreditamento
Giuseppina SCARANO	Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
Viviana SCARANO	Dipartimento di Salute Mentale
Stefano TERMITE	Dipartimento di Prevenzione - SISP

176

*Un ringraziamento a Gianluca Capochiani, coordinatore delle precedenti edizioni, che pur avendo avviato il presente lavoro non ha potuto collaborare attivamente a seguito di conferimento di incarico come Direttore Amministrativo in altra Azienda.*

*Si ringraziano, inoltre, tutti coloro che con il loro contributo hanno reso possibile la stesura del documento.*

Volume stampato con il contributo regionale  
previsto dal D.I.E.F. anno 2010

**Progetto grafico:**  
Leo Tropiano

**Foto di Ida Santoro:**  
In copertina: Torre Guaceto  
Pag. 37, 38, 82, 83, 85, 86, 88, 103,  
104, 106, 109, 112, 126, 131, 135

**Stampa:**  
Abicca  
Stampato su carta riciclata

Dicembre 2012



**Asl Brindisi**

Via Napoli, 8  
72100 - Brindisi  
Tel. 0831.536111

[www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it)  
[bilanciosociale@asl.brindisi.it](mailto:bilanciosociale@asl.brindisi.it)



**Regione Puglia**