



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA
PROVINCIA DI BRINDISI**

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi
Tel. 0831 536111 – www.sanita-puglia.it

PIANO DELLA PERFORMANCE

2015 - 2017

(Deliberazione n.857 del 20.05. 2015)

PRESENTAZIONE

La *Performance* è il contributo che un'Azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

Il Piano delle *Performance* è lo strumento che dà avvio al ciclo della Performance, così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Per la sua elaborazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dal CIVIT (Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche) che con la delibera n. 112 del 28 ottobre 2010, dà avvio al ciclo di gestione della *Performance*.

Il Piano delle *Performance* consiste nel documento programmatico di durata triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati gli indirizzi e gli obiettivi, indicatori, i risultati attesi per la gestione aziendale e definisce, con riferimento ai medesimi obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse economiche ed umane, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance organizzativa ed individuale.

Attraverso il Piano è possibile definire e misurare la *Performance* aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli *stakeholders*. Dall'adozione di questo strumento ci si attende inoltre una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la tensione di esse verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009, all'interno del presente Piano sono stati riportati e messi in relazione missione e mandato istituzionale aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori.

Vengono presentate inoltre sezioni riguardanti l'identità aziendale, l'analisi di contesto interno ed esterno, il ciclo di gestione della *Performance* aziendale in relazione all'adozione del Piano.

La ASL di Brindisi ha inteso elaborare il proprio Piano delle Performance in modo tale da rappresentare un ciclo della *Performance* attendibile e rispondente alle reali esigenze del Sistema-salute del territorio di riferimento. Data la valenza triennale del Piano, occorre fissare in modo approfondito e solido i cardini della struttura del presente strumento, che è aggiornabile annualmente e sottoposto a periodica verifica.

I principi di riferimento, oltre alla centralità della Persona e all'allineamento delle strategie aziendali alla domanda di salute dei Cittadini, si rifanno alla trasparenza, all'immediata intelligibilità, alla verificabilità, alla partecipazione, alla coerenza interna ed esterna, alla pluriennalità.

In applicazione dell'art.11, comma 8 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'ASL Brindisi provvede alla pubblicazione del Piano della *Performance* aziendale in apposita sezione del proprio sito Istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe PASQUALONE

INDICE

1. INFORMAZIONI PER CITTADINI ED ALTRI STAKEHOLDERS

1.1 Chi siamo	4
1.2 Cosa facciamo	5
1.3 Come operiamo	7

2. IDENTITA'

2.1 Organi di governo e assetto organizzativo	8
2.2 L'Azienda Sanitaria in cifre.....	18
2.3 Quadro di riferimento.....	20
2.4 Albero della Performance	21

3. ANALISI DEL CONTESTO

3.1 Analisi del Contesto Interno.....	28
3.2 Analisi del Contesto Esterno.....	32
3.3 Analisi SWOT.....	53

4. OBIETTIVI DEL PIANO

4.1 Indicatori e target di riferimento.....	54
4.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	54
4.3 Correlazione con il Piano per la Prevenzione della Corruzione.....	55
4.4 Correlazione con il Programma per la Trasparenza e l'integrità	56
4.5 Correlazione con il Sistema di valutazione della Performance individuale	56
4.6 Ciclo della Performance.....	56

ALLEGATI TECNICI

Allegato 1. Scheda obiettivi

GRUPPO DI LAVORO

1. INFORMAZIONI PER CITTADINI E ALTRI STAKEHOLDERS

1.1 CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale BR, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L' Azienda Sanitaria Locale BR ha sede legale in Brindisi, via Napoli n. 8, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01647800745. Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il Logo Aziendale è il seguente:



Il Sito Istituzionale è il seguente : www.asl.brindisi.it con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia www.sanita.puglia.it

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 Sanità¹.

Nel 2002, a seguito di provvedimento della Giunta Regionale² 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, e i Distretti Socio-Sanitari da sei a quattro³.

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati dall'applicazione del Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010 -2012, adottato dalla Regione Puglia a seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 - Patto per la Salute per gli anni 2010-2012⁴ al fine di ristabilire l'equilibrio economico finanziario delle regioni in deficit.

¹ Riferimenti normativi del processo di aziendalizzazione: L. 412/91; L.421/92; D.lgs 502/92; D.lgs 517/93; D. lgs 229/99.

² 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".

³ D.G.R. n. 1161 del 2002 "Piano sanitario regionale 2002-2004. Articolazione rete Distrettuale delle Aziende Unità Sanitarie Locali" e successive rimodulazioni.

⁴ 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".

1.2 COSA FACCIAMO

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.

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.

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brindisi, inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Puglia, attraverso la programmazione locale, il confronto e la presa in carico delle richieste del proprio Territorio, esercita il ruolo di garante della salute dei propri Cittadini. Le sue azioni sono orientate a :

- promuovere e tutelare la salute dei cittadini, sia in forma individuale sia collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo dei servizi sanitari e socio sanitari;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità;
- valorizzare le risorse umane.

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, nel perseguimento dei fini istituzionali,

- rivolge un'attenzione continua al cittadino ed ai bisogni che questi esprime, quale elemento determinante ai fini delle politiche aziendali;
- agisce con efficienza, tempestività ed economicità;
- orienta la propria azione al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte e dell'efficienza dei Servizi, attraverso il consolidamento delle buone prassi, l'innovazione, anche tecnologica, essenziale per i continui cambiamenti del contesto in cui opera.

Sulla base dell'analisi del contesto locale, a partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato Istituzionale, che si traducono nel rispetto integrale della normativa nazionale e regionale di riferimento, come sopra richiamata, l'Azienda individua Aree di rilevanza strategica, che di seguito vengono descritte.

La promozione della salute

L'ASL della Provincia di Brindisi ha investito ed investe sui programmi di promozione della salute con la collaborazione degli interlocutori del Territorio, al fine di promuovere una migliore qualità della vita attraverso l'assunzione, da parte dei singoli, di comportamenti sani sostenuti da contesti di vita e di lavoro che favoriscono scelte di salute.

E' impegnata nella ricerca e nella creazione di alleanze, nello sviluppo di sinergie, nell'identificazione di strumenti alternativi ed innovativi finalizzati ad individuare strategie e programmi costruiti a partire dai bisogni locali, dalle risorse dei singoli territori e dai diversi Sistemi sociali ed economici che caratterizzano le realtà presenti.

La prevenzione in ambito sanitario e socio sanitario in un Territorio caratterizzato da un'elevata presenza di attività produttive e di infrastrutture, risulta sempre più rilevante la necessità di individuare le attività economiche e di servizio che presentano rischi per la salute dei cittadini e dei lavoratori, concentrando su di esse i controlli.

Il consolidamento del Sistema dei controlli in ambito sanitario, socio sanitario e sociale.

In un contesto in cui si incontrano la libertà di scelta del cittadino e la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei Servizi l'Azienda assicura, attraverso piani ed azioni di sensibilizzazione dei professionisti del territorio, una costante attività di verifica a favore della qualità, efficacia delle prestazioni e continuità nella cura.

L'Azienda è impegnata, nel rispetto degli indirizzi e della programmazione regionale, a garantire cure territoriali integrate e a favorire il processo di governo clinico dei Medici di Medicina Generale, in particolare delle malattie croniche, e dei Pediatri di Famiglia.

L'Azienda persegue l'interazione e l'integrazione con le altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia in relazione alle procedure di acquisto di beni e servizi, realizzando la gestione di servizi in comune, con utilizzo sinergico delle risorse.

L'individuazione e l'introduzione di soluzioni e strumenti tecnologici e la semplificazione delle procedure.

In coerenza con gli indirizzi regionali l'organizzazione dei servizi amministrativi dell'ASL della Provincia di Brindisi è orientata a porre in atto interventi finalizzati alla razionalizzazione delle attività e alla riduzione della spesa pubblica.

Nell'ambito degli indirizzi di innovazione e rinnovamento della Pubblica Amministrazione, l'Azienda promuove e perseguirà con maggiore determinazione il percorso teso all'applicazione delle innovazioni tecnologiche che si concretizza in un costante potenziamento dell'uso dei processi digitali.

L'osservanza delle norme vigenti impone, peraltro, l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali nei processi amministrativi verso i cittadini, incentivando le azioni di trasparenza, responsabilità ed efficienza nell'ottica della semplificazione amministrativa, non solo per pervenire ad una diminuzione dei documenti cartacei e per consentire un differente utilizzo delle risorse umane, ma anche per avviare una vera e propria evoluzione nella gestione documentale verso la dematerializzazione.

Tali processi prevedono, inoltre, una maggiore interoperabilità dei dati, con vantaggi evidenti per la rapidità e la completezza dei processi amministrativi anche mediante una condivisione delle informazioni provenienti da Istituzioni diverse, col superamento di schemi rigidi e burocratici di accesso ai dati e alla gestione delle risorse informative.

Il rafforzamento della comunicazione

La comunicazione istituzionale, rivolta alla collettività, agli altri Enti ed al personale dipendente ha il compito di favorire l'accesso ai Servizi, illustrare le attività dell'Istituzione, promuovere la conoscenza su temi di forte interesse, contribuendo così a migliorare lo stato della salute dei cittadini. La comunicazione costituisce un supporto per esplicitare principi, concetti e orientamenti dell'Azienda, favorendone la crescita e rendendo manifesta la sua politica, valorizzandone l'identità e l'immagine. Crea partecipazione attiva: è utile e funzionale per condividere decisioni ed attuarle.

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:

- la soddisfazione 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.

1.3 COME OPERIAMO

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.

La programmazione, nonostante il contenimento della spesa, disposto dalle normative nazionali e regionali, 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.

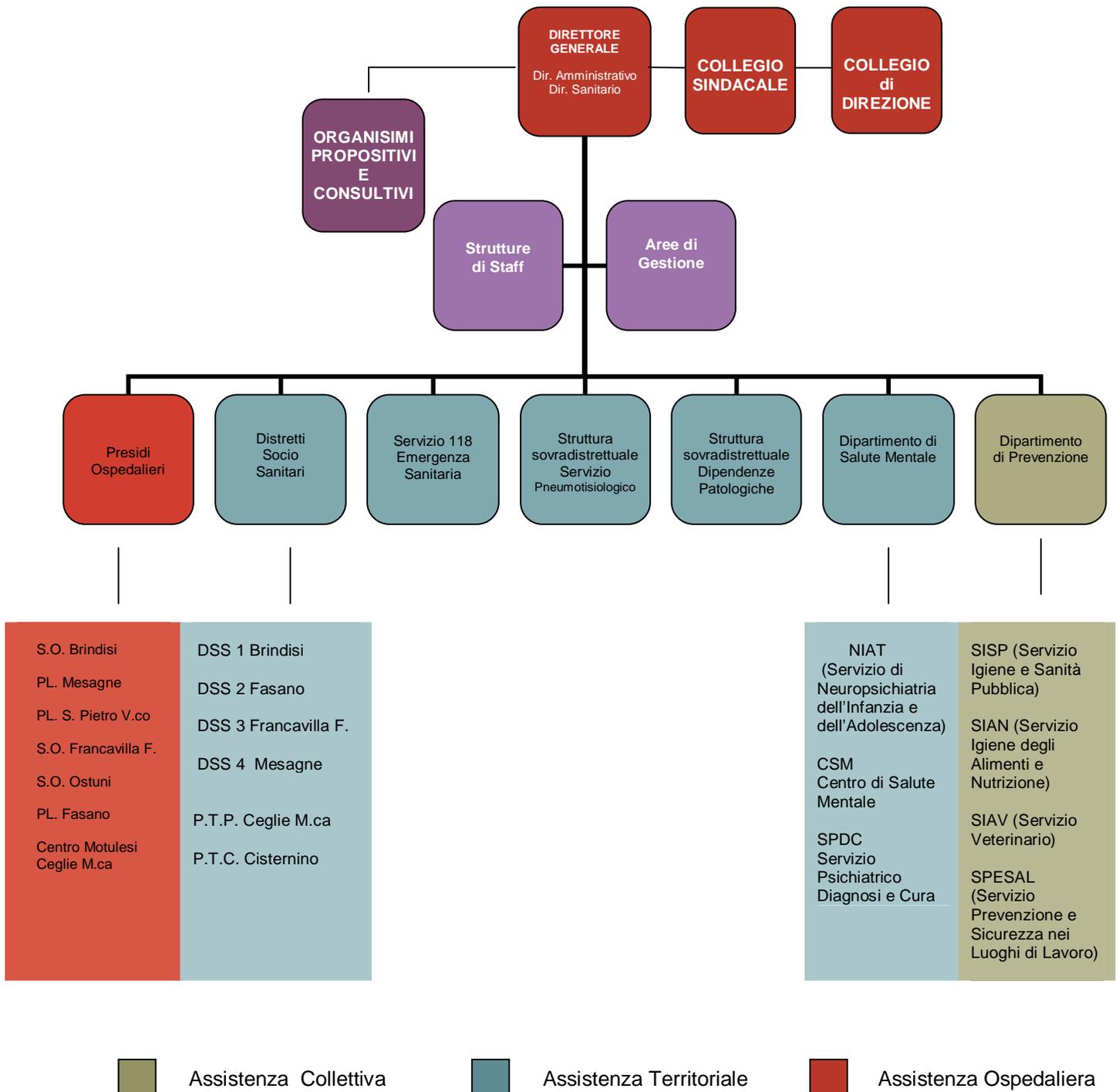
I punti focali individuati per condurre l'Organizzazione verso il successo attraverso il miglioramento continuo delle prestazioni, sono di seguito specificati:

- la centralità della Persona;
- la tutela della libertà di scelta del Cittadino;
- il miglioramento dell'accessibilità delle Strutture ;
- la promozione della sussidiarietà;
- la definizione di un continuum di percorso Ospedale Territorio e viceversa;
- l'implementazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa;
- 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;
- i costi competitivi delle attività sanitarie;
- l'innovazione tecnologica e la ricerca medico-scientifica;
- il mantenimento e la promozione di legami collaborativi con il Volontariato organizzato.

2. IDENTITA'

2.1 ORGANI DI GOVERNO E ASSETTO ORGANIZZATIVO

ORGANIGRAMMA ASL BR



ORGANI DI GOVERNO E DIREZIONE STRATEGICA

Sono organi dell'Azienda Sanitaria il **Direttore Generale**, il **Collegio Sindacale** ed il **Collegio di Direzione**

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

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.

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

Il Collegio di Direzione è un organo aziendale collegiale, che concorre al governo delle attività cliniche, alla pianificazione delle attività (incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria), esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche, sul piano aziendale annuale della formazione e sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico. Partecipa, altresì, alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico – assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

La composizione del Collegio di Direzione è definita dalla Regione con L.R. 17 ottobre 2014, n. 43, in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda.

La Regione ne disciplina, altresì, le competenze, i criteri di funzionamento e le relazioni con gli altri organi aziendali.

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.

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

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.

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;
- esamina il bilancio pluriennale di previsione e l'atto aziendale dell'Azienda, e trasmette le proprie valutazioni e proposta all'Azienda Sanitaria ed alla Regione;
- verifica la gestione del PAL elaborato da parte dell'Azienda sanitaria e sui risultati trasmette le proprie valutazioni e proposte all'Azienda Sanitaria ed alla Regione;
- elegge i propri quattro componenti della Rappresentanza, in quanto il Sindaco del comune capoluogo è membro di diritto;
- Designa, attraverso la propria Rappresentanza, il componente in seno al Collegio Sindacale.

Il Comitato Etico

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 Etico, 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 Comitato per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)

Previsto dalla normativa vigente, si compone di un gruppo centrale con funzioni di coordinamento di quattro gruppi periferici. Il gruppo centrale comprende un medico coordinatore, un'infermiera con funzioni di segreteria, un responsabile scientifico, il responsabile del Risk Management aziendale, un farmacista ospedaliero, un responsabile di Microbiologia del Laboratorio Analisi, un componente dell'Ufficio Tecnico. I gruppi periferici si compongono di un medico per gruppo di appartenenza e un infermiere per Stabilimento Ospedaliero. Nello specifico propone e valuta protocolli in tema di strategie di lotta contro le infezioni correlate all'assistenza; cura la partecipazione a studi epidemiologici di sorveglianza, cura una sorveglianza microbiologica integrata continua a partenza dai dati di laboratorio; formula proposte operative e provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla Direzione sanitaria in particolari evenienze di rischio infettivo; informa il personale sui programmi di sorveglianza e controllo; valuta l'utilità e la fattibilità di modifiche impiantistiche e strutturali finalizzate alla riduzione del rischio infettivo e collabora alla stesura di capitolati per l'acquisto di presidi sanitari.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance sostituisce, a tutti gli effetti, il Nucleo di Valutazione Aziendale. Tale Organismo (OIV) è nominato dall'organo di Indirizzo Politico-Amministrativo (Direttore Generale), previo parere favorevole della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche - Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT). L'incarico ha durata triennale e può essere rinnovato una sola volta. L'OIV è composto da n. 3 componenti dotati dei requisiti stabiliti dalla normativa, con particolare riguardo alla prescritta elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del *management*, della valutazione della *Performance* e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

L'OIV supporta la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici e nella individuazione delle responsabilità ad essi connesse, favorendo l'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione aziendale e a tal fine renderà noti al personale gli obiettivi di Performance e curerà la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.)

Istituito nel marzo 2004 su direttive dell'ARES Puglia, il Comitato Consultivo Misto ha l'obiettivo di garantire la partecipazione democratica del cittadino e disciplinare rapporti di collaborazione efficaci e continuativi con le associazioni di volontariato, funzionali al miglioramento della qualità dei servizi. E' composto da parte ASL (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, Servizio Socio-Sanitario) e Associazioni di volontariato ed Organismi di Tutela accreditati. Articolato al suo interno con organi che svolgono differenti funzioni, è presieduto dal Direttore Generale ed ha funzioni propositive e consultive.

Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

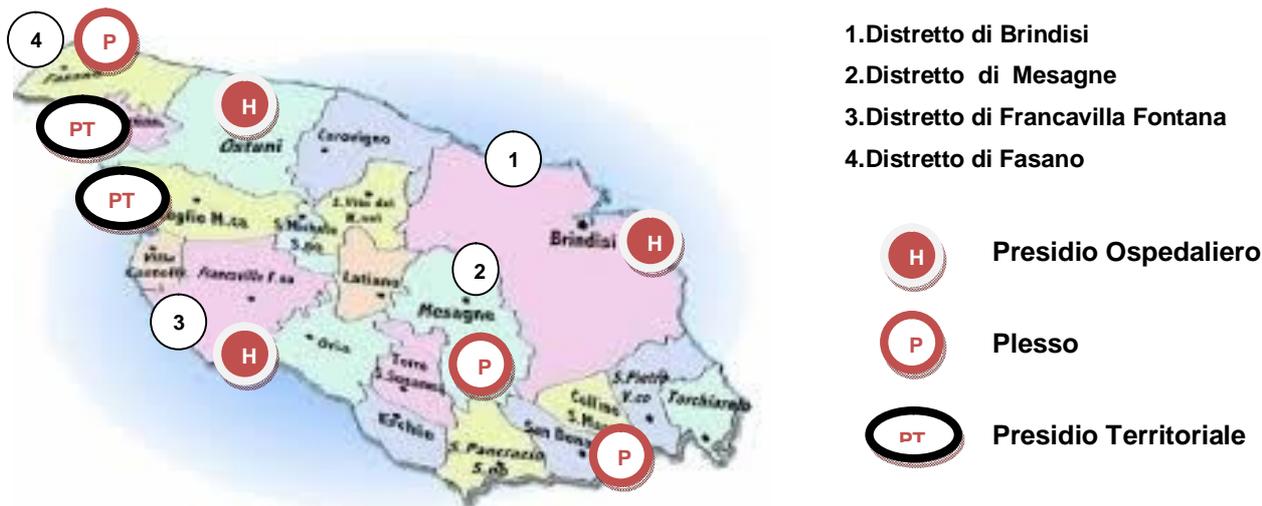
Istituito come da normativa nel 2013, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, dei quali assume tutte le funzioni. Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi; il Presidente viene designato dall'Amministrazione. Ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed ha rapporti con i seguenti organi: Organismo Indipendente di Valutazione delle *Performance* (OIV); Consigliera nazionale di parità; Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR). Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

MODELLO ORGANIZZATIVO

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.

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



Le Strutture operative aziendali sono individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione dell'Azienda sanitaria, al fine di garantire una corretta ed appropriata assistenza sanitaria e socio-sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, una assistenza distrettuale e una assistenza ospedaliera in relazione ai reali fabbisogni del territorio.

L'Azienda sanitaria definisce un assetto organizzativo che tiene conto del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, tra assistenza sociale e assistenza sanitaria.

A) ASSISTENZA COLLETTIVA

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura della ASL preposta alla prevenzione collettiva, promozione e tutela della salute pubblica da diversi rischi di natura infettiva, igienico-ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa. Svolge le principali funzioni:

- Controllo delle malattie infettive;
- erogazione 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;
- promuove l'educazione alla salute;
- svolge visite mediche nel campo della Medicina legale.

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

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

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

B) 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 (Dipartimenti territoriali, Strutture Sovradistrettuali).

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:

Distretto n.1 – Brindisi - sede distrettuale

Comuni afferenti: Brindisi, S. Vito dei Normanni

Distretto n. 2 – Fasano - sede distrettuale

Comuni afferenti: Fasano, Cisternino, Ostuni

Distretto n. 3 – Francavilla Fontana - sede distrettuale

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

Distretto n. 4 – Mesagne - sede distrettuale

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

Dal 2011, in un processo di riqualificazione di alcune strutture, sono stati attivati Presidi Territoriali nelle ex sedi degli stabilimenti Ospedalieri di Ceglie Messapica e Cisternino:

- **Presidio Territoriale Polifunzionale – sede Ceglie Messapica**
- **Presidio Territoriale per le cronicità – sede Cisternino**

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.

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 Brindisi 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.

Struttura sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche svolge le attività riconducibili all'area di intervento delle dipendenze da sostanze di abuso legali (alcool, tabacco, e taluni psicofarmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabis, ecstasy ed altre droghe) e del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

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 semiresidenziali 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.

Struttura sovradistrettuale Servizio Pneumotisiologico

Il Servizio Pneumotisiologico attua un percorso assistenziale attraverso la rete di risorse presenti nel Territorio per garantire la prevenzione e cura delle malattie respiratorie secondo linee guida e protocolli clinici concordati tra tutti gli operatori.

Al Servizio Pneumotisiologico fanno capo gli Ambulatori Pneumologici Territoriali distribuiti sul territorio della ASL: Brindisi (sede principale), Mesagne, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, Ostuni.

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 Emergenza-Urgenza Sanitaria 118

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. Perchè 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

C) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Presidi Ospedalieri

L’assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che 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.

SEDI DEI PRESIDI OSPEDALIERI

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

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

Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana

- Stabilimento Ospedaliero di Francavilla Fontana

Presidio Ospedaliero di Ostuni-Fasano-Cisternino

- Stabilimento Ospedaliero di Ostuni
- Plesso di Fasano

Privato Accreditato

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

2.2 L'AZIENDA SANITARIA IN CIFRE

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale BR coincide con la provincia di Brindisi e comprende n. 20 Comuni: Brindisi, Carovigno, Ceglie Messapica, Cellino S. Marco, Cisternino, Erchie, Fasano, Francavilla Fontana, Latiano, Mesagne, Oria, Ostuni, San Donaci, S. Michele Salentino, S. Pancrazio Salentino, S. Pietro Vernotico, S. Vito dei Normanni, Torchiarolo, Torre S. Susanna, Villa Castelli.

La popolazione della provincia di Brindisi (dati al 1° gennaio)

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Variazione %
2014	193.038	208.614	401.652	+ 0,45%
2013	192.130	207.705	399.835	

Fonte ISTAT elaborazione Un.E.S.

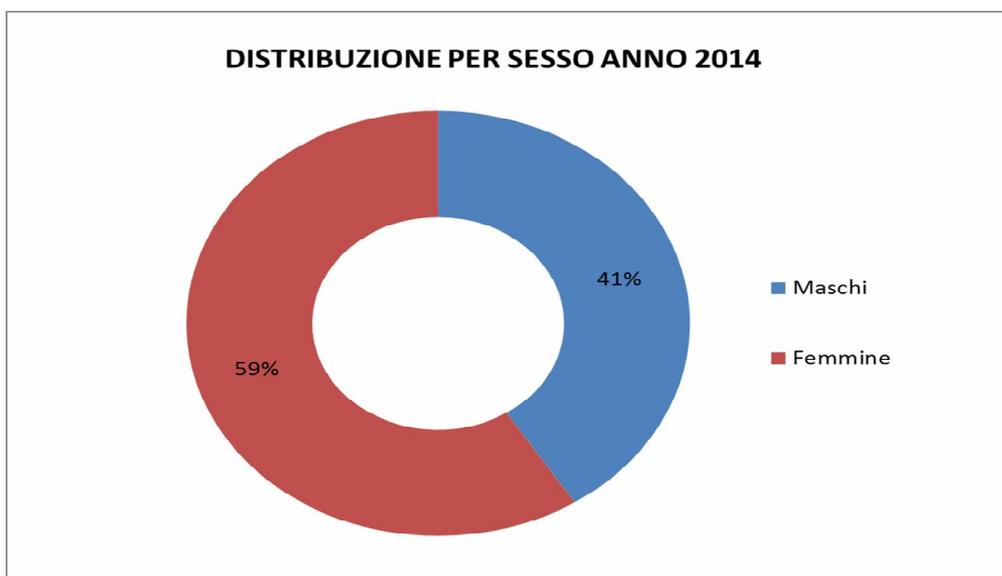
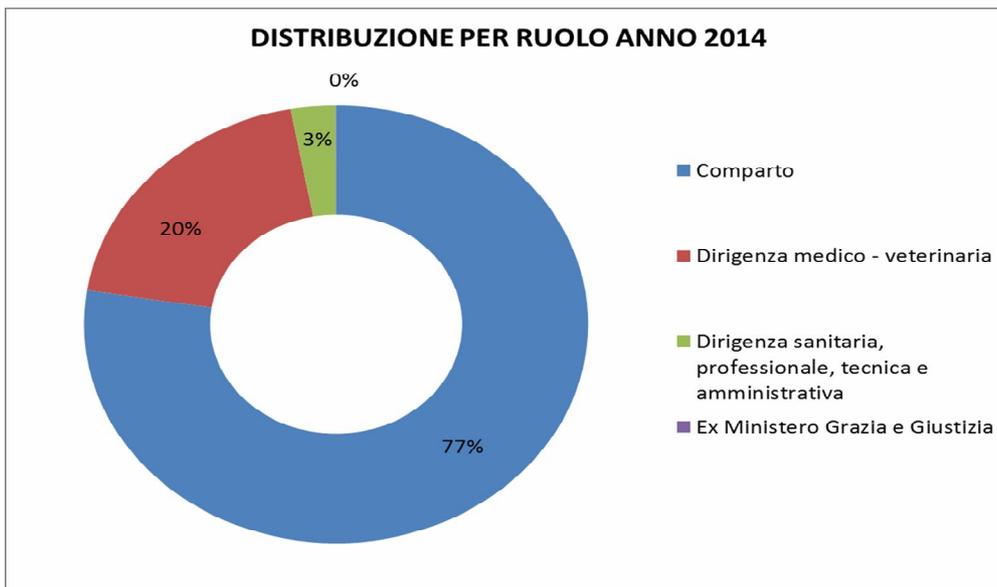
Risorse Umane

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 nella Tabella successiva, aggiornati al 31.12.2014, evidenzia una diminuzione pari a circa il 9% della consistenza del personale in servizio rispetto alla data del 31.12.2010. Questa diminuzione ha prodotto in alcuni Servizi aziendali situazioni di criticità legate alla carenza di personale.

TOTALE DIPENDENTI al 31.12.2014	3.689
Comparto	2.858
Dirigenza medico - veterinaria	724
Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa	106
Ex Ministero Grazia e Giustizia	1
Maschi	1.508
Femmine	2.181

Fonte: Area Gestione del Personale



Strutture

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale risulta così articolata:

- **N. 3 Presidi Ospedalieri:** con all'interno 3 stabilimenti Ospedalieri, 3 Plessi ospedalieri ed un Centro Riabilitativo;
- **N. 3 Strutture Private Accreditate;**
- **N. 4 Distretti Socio-Sanitari;**
- **N. 2 Presidi Territoriali:** 1 Polifunzionale e 1 per le Cronicità.
- **N. 2 Dipartimenti:** Prevenzione e Salute Mentale
- **N. 2 Strutture Sovradistrettuali:** Dipendenze Patologiche e Servizio Pneumologico.

2.3 QUADRO DI RIFERIMENTO

Mandato istituzionale e riferimenti normativi

L'ASL Brindisi inquadra il proprio mandato istituzionale all'interno del contesto legislativo fondamentale della Regione Puglia e del quadro normativo nazionale.

I Decreti Legislativi di riordino del Sistema Sanitario Nazionale n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/99 hanno orientato il cambiamento attraverso:

- la distinzione tra la funzione di tutela della salute dei Cittadini e quella di produzione/erogazione delle prestazioni necessarie a garantirla;
- l'individuazione dei livelli d'assistenza come riferimento per i diritti dei Cittadini;
- la distinzione tra il finanziamento del SSN e la remunerazione dei soggetti erogatori;
- la regionalizzazione;
- l'aziendalizzazione e l'accreditamento degli erogatori pubblici e privati.

A livello regionale e locale, si evidenziano:

- la **Legge n. 25 del 03.08.2006 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”**, che ha 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.
- Il **Piano Attuativo Locale aziendale adottato nel 2009** dalla ASL BR in applicazione delle direttive contenute nel Piano Regionale di Salute 2008-2010.
- Il **Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012**, 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.

2.4 ALBERO DELLA PERFORMANCE

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della *Performance*. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati alle strutture aziendali.

L'albero della *Performance* è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e azioni. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un coerente disegno strategico complessivo, alla missione.

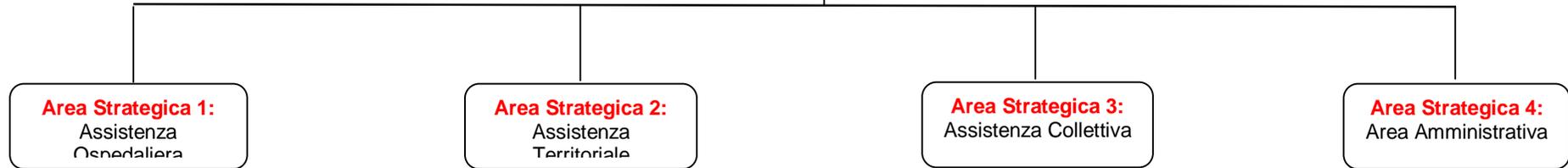
Il primo livello di programmazione strategica è configurato nella *Mission* Aziendale, che ad un livello macro detta l'orientamento dell'Azienda e quindi cosa si vuol fare e in che modo.

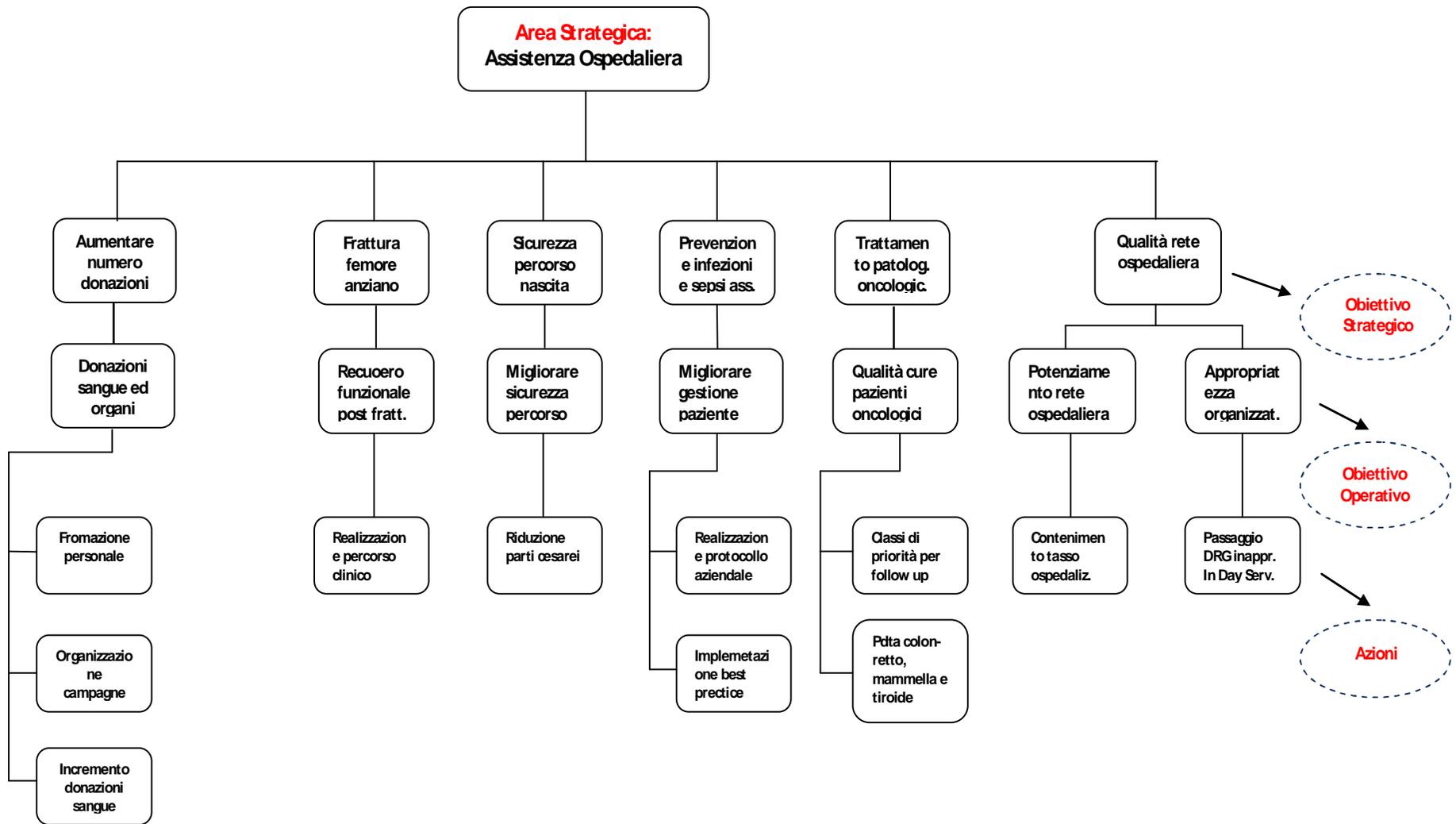
Il secondo livello è costituito dalle aree strategiche (**Assistenza Collettiva, Assistenza Territoriale, Assistenza Ospedaliera e Area Amministrativa**), che indicano i macroaggregati sui quali si vuole agire strategicamente e dai quali hanno origine gli obiettivi strategici (terzo livello), che definiscono gli ambiti entro i quali si vuole indirizzare l'azione.

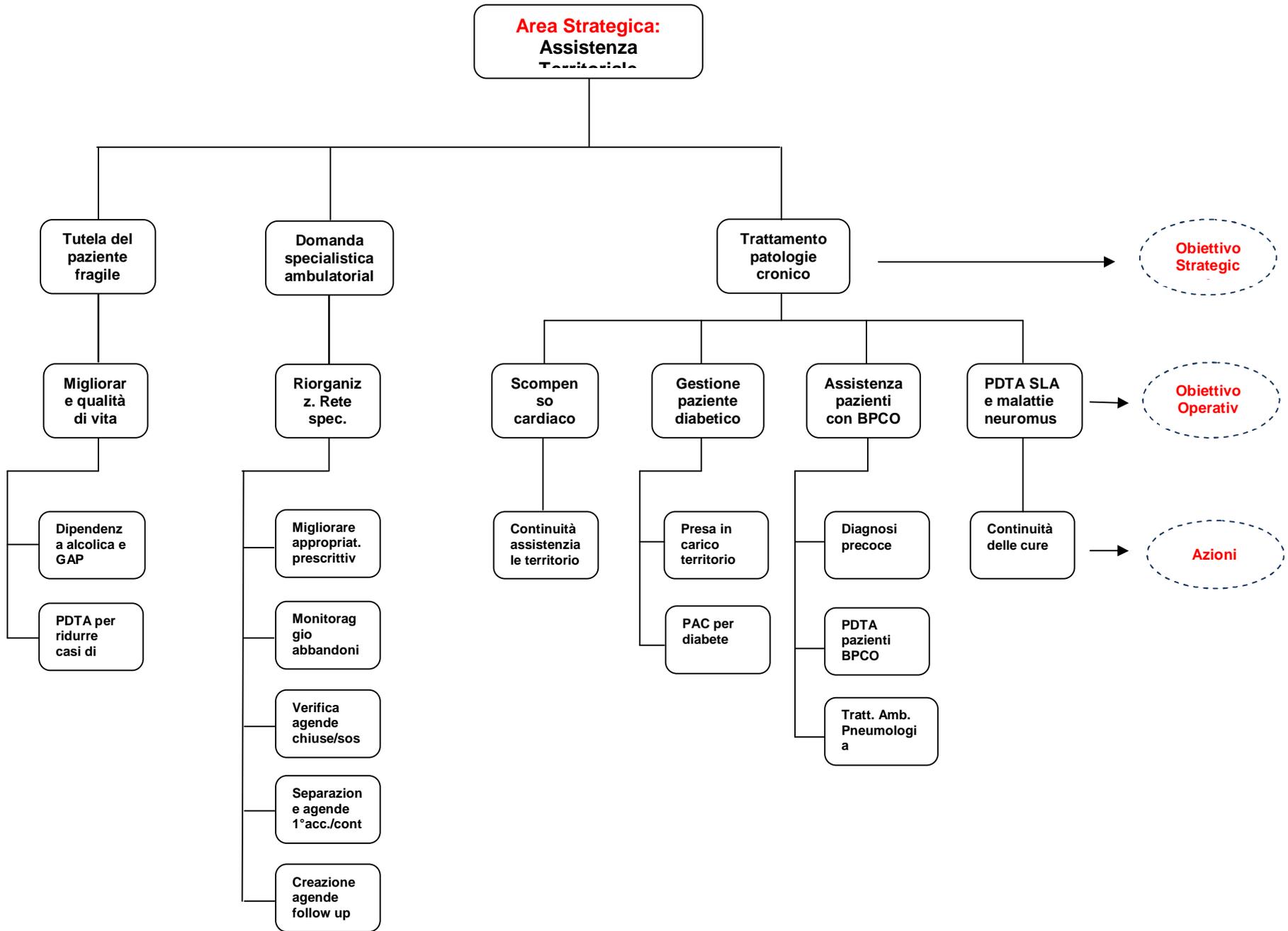
È ai livelli quarto e quinto che la programmazione strategica viene calata nella realtà aziendale, con la definizione degli obiettivi operativi (4° livello) e delle azioni (5° livello); per ogni obiettivo strategico possono essere previsti uno o più obiettivi operativi che a loro volta vengono “esplosi” in uno o più “azioni” che vengono attribuiti alle varie strutture aziendali e che quindi rappresentano l'ultimo livello del processo di *cascading*.

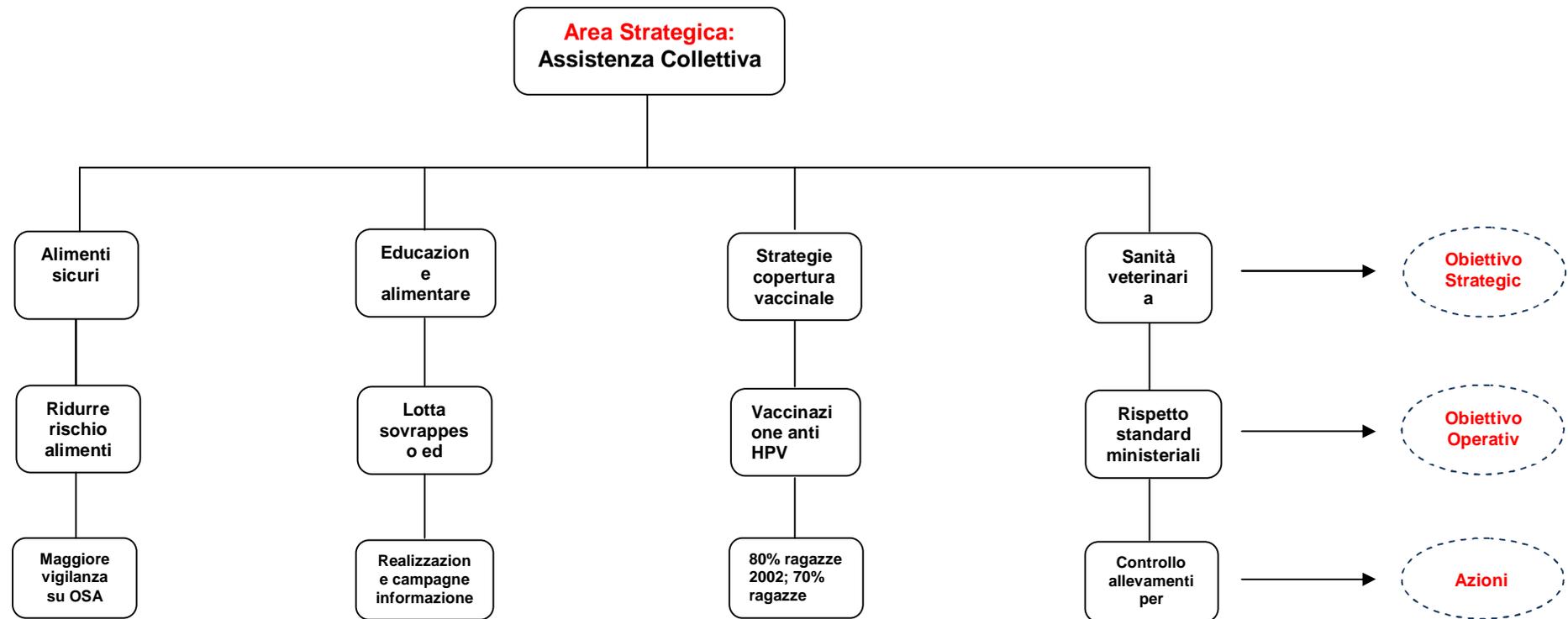
Di seguito è riportata la **rappresentazione grafica dell'Albero della Performance**.

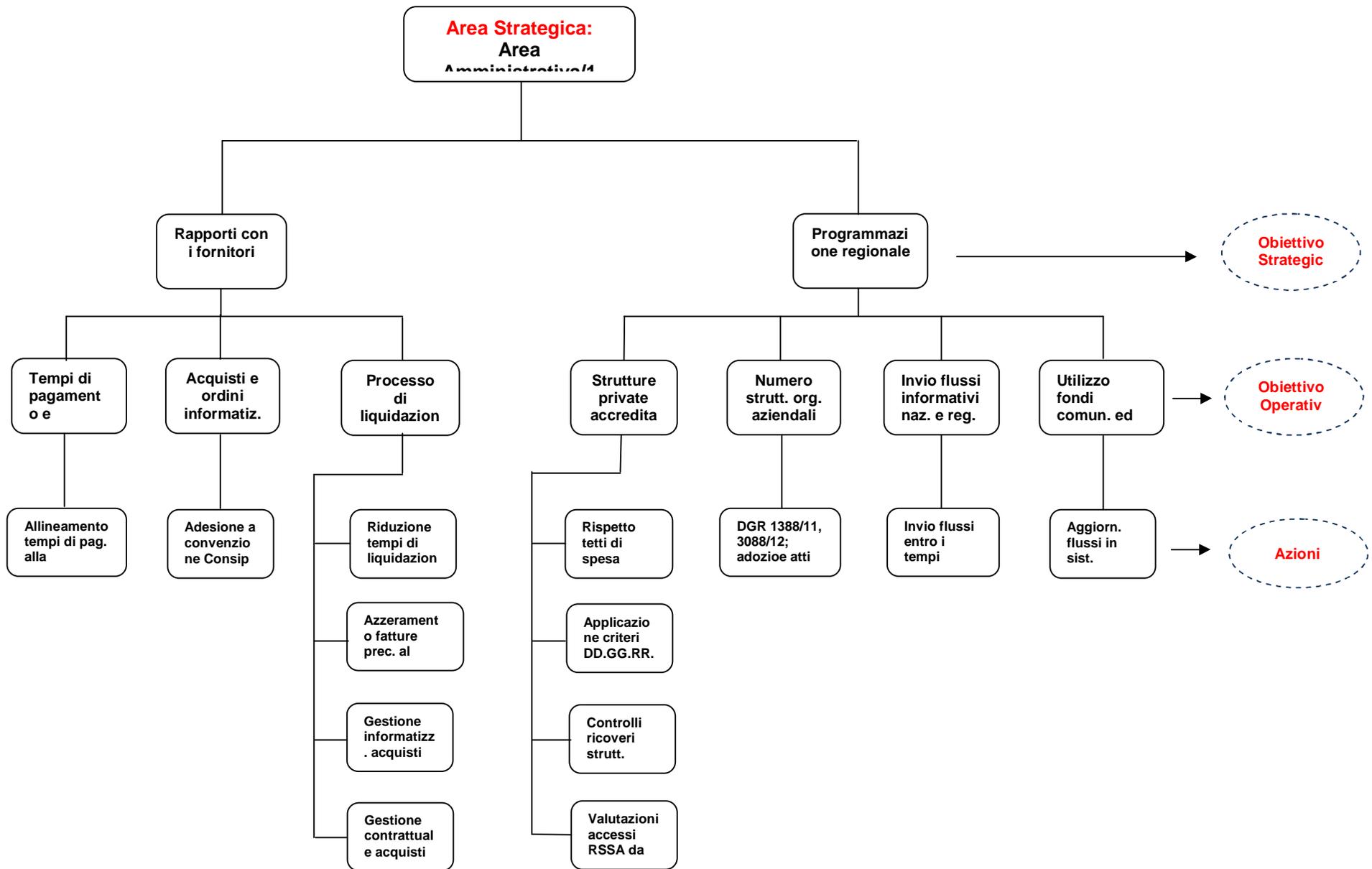
Mission: Realizzare risultati di eccellenza con il minimo uso di risorse in un sistema di compatibilità e di massime sinergie possibili e con la tensione verso il miglioramento continuo

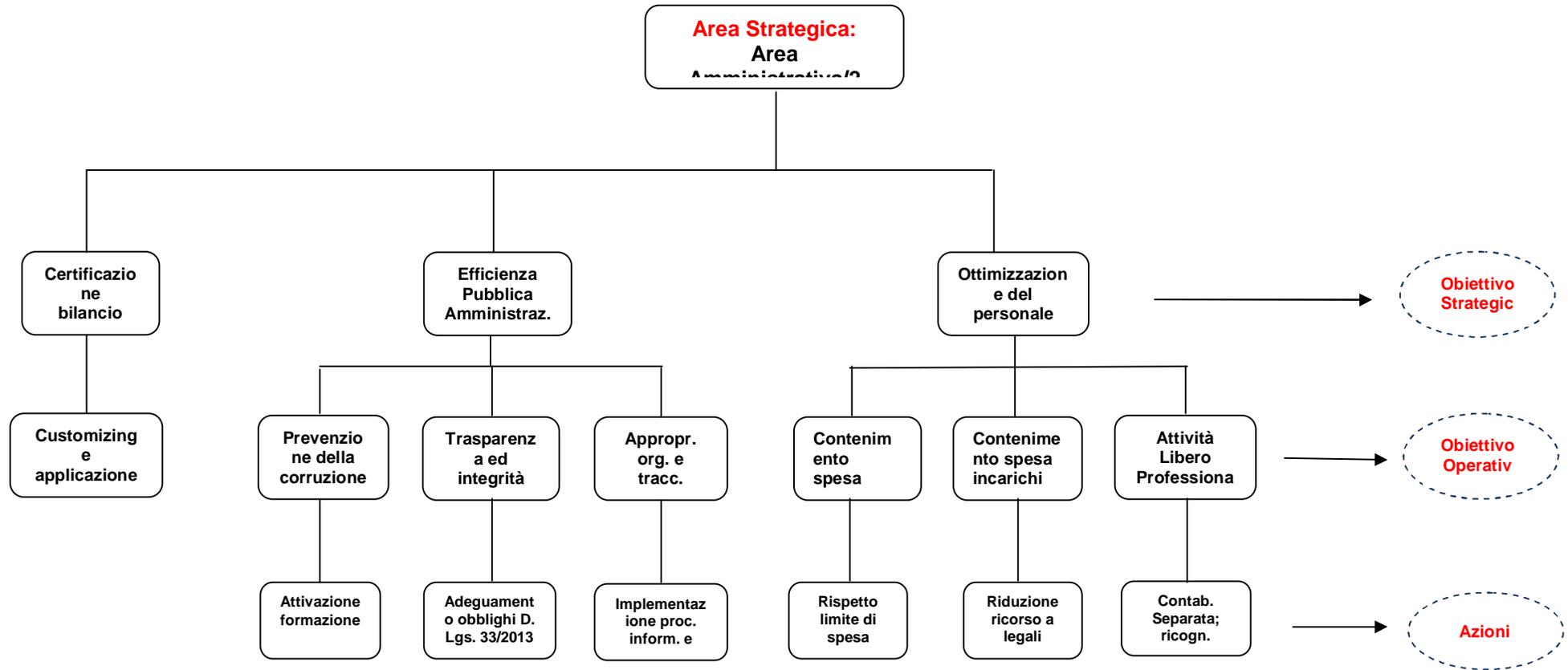


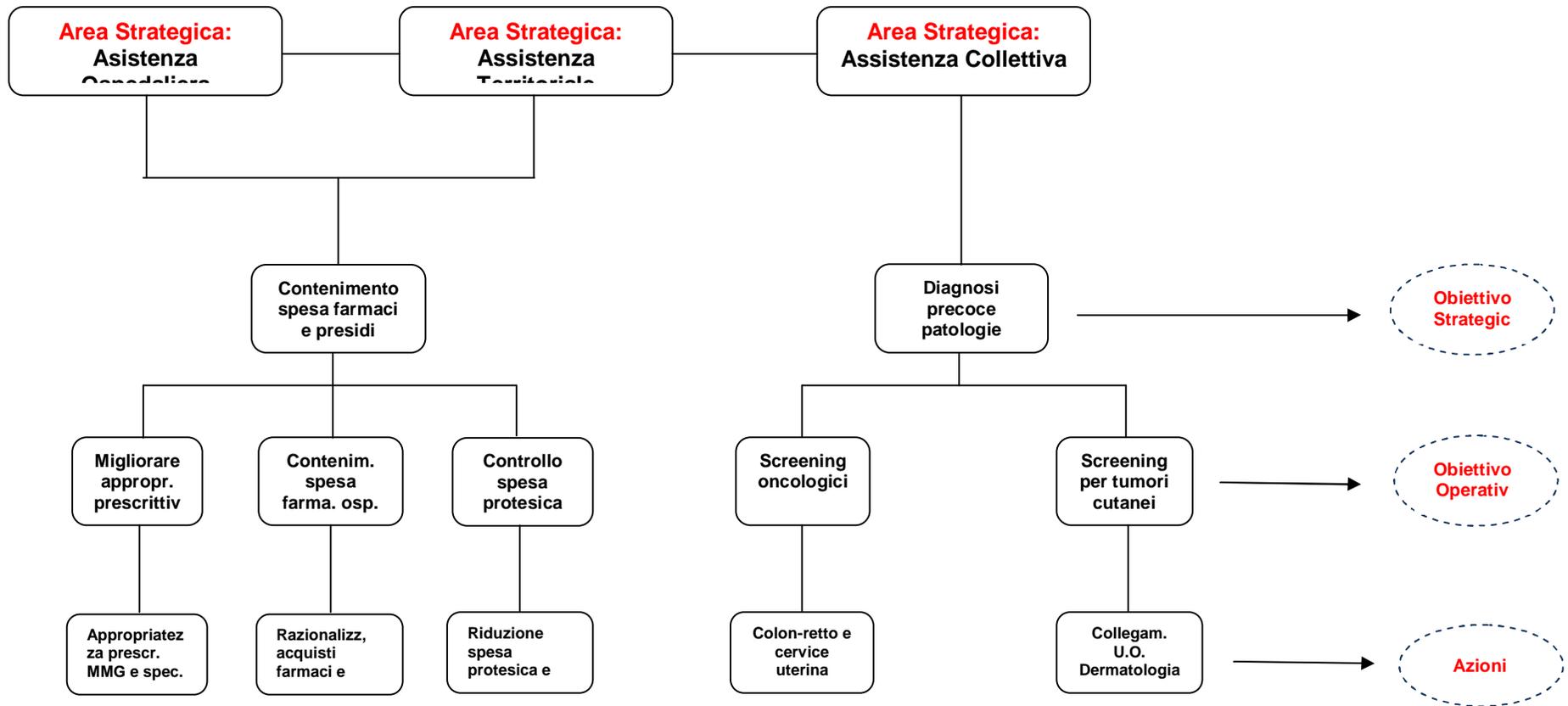












3. ANALISI DI CONTESTO

3.1 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

I Sistemi di controllo

Il controllo ordinario di natura amministrativa e contabile, finalizzato a garantire il rispetto della regolarità, legittimità e correttezza dell'attività amministrativa, è attribuito al Direttore Generale, fermo restando le competenze del Collegio Sindacale.

Il **Sistema dei controlli interni** è lo strumento che supporta gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficienza, economicità e trasparenza. Ne fanno parte:

- **Controllo di gestione**
- **Controllo della qualità delle prestazioni**
- **Reporting** (attività che consente ad aziende sanitarie pubbliche e Regione di condividere in modo sistematico, organizzato e cadenzato i dati di monitoraggio e di controllo della spesa sanitaria).

Al fine di garantire la qualità delle prestazioni direttamente erogate e la sicurezza degli Assistiti, operano nell'ambito del Sistema di controllo la Struttura Qualità, in staff al Direttore Generale e il Risk Management, afferente al Direttore Sanitario.

Il **Sistema informativo** si conferma come supporto fondamentale per la gestione del Sistema complesso di governo della sanità. Lo sviluppo del Sistema informativo è rivolto al **miglioramento della gestione dei servizi**, all'ottimizzazione delle procedure organizzative e alla razionalizzazione dell'uso delle risorse.

La piena funzionalità delle tecnologie e strumenti informatici garantiscono la razionalizzazione delle attività ed una maggiore efficienza dei servizi. La centralizzazione dei vari flussi informativi consente la elaborazione sia specifica che complessiva dei vari centri erogativi aziendali. Inoltre la partecipazione e la divulgazione delle informazioni anche ai medici di medicina generale, ai pediatri di famiglia ed ai medici delle strutture erogatrici può supportare la realizzazione di una corretta ed efficace gestione del budget di distretto.

L'evoluzione normativa nel Sistema dei controlli:

- Il D. Lgs. n. 502/1992 all'art. 15, commi 5 e 6, prevede quali organismi preposti alla verifica dei dirigenti il **Collegio Tecnico e il Nucleo di Valutazione**. Il D.Lgs. n. 229/1999, riformulando la disciplina della dirigenza sanitaria, presuppone un preciso Sistema di verifiche articolato secondo le responsabilità professionali e di gestione attribuite al personale dirigenziale.

Il **Collegio Tecnico** procede alla verifica:

- delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti con cadenza triennale;
- dei dirigenti titolari di incarico di Direzione di struttura complessa o semplice alla scadenza dell'incarico loro conferito;
- dei dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento di incarico, al termine del primo quinquennio di servizio.

- Il D. Lgs. n. 150 /2009, ha stabilito che ogni Amministrazione deve dotarsi di un **Organismo di Valutazione indipendente di Valutazione delle Performance**.

Tale organismo sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D. Lgs. 30 luglio 1999, n. 286 ed esercita in piena autonomia le attività di seguito indicate:

- ✓ Monitora il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- ✓ Comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla

- Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche;
- ✓ Valida la Relazione sulla Performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione;
 - ✓ Garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione del personale, nonché dei correlati premi, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009, dai CCNL, dai contratti integrativi, dai Regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto dei principi di valorizzazione del merito e della professionalità;
 - ✓ Propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
 - ✓ È responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche;
 - ✓ Promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
 - ✓ Verifica i risultati e le buone pratiche di promozione di pari opportunità.

La ASL BR, con Deliberazioni n. 159/2013 e n. 608/2013 ha costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione.

Con successive Deliberazioni n. 1874/2013, n.2308/2013 e n. 259/GC del 19.02.2015, ha costituito altresì, ai sensi dell'art. 14, comma 9° del D. Lgs. n. 150/2009, la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V..

Situazione economico – finanziaria

Con periodicità annuale, l'ASL adotta il Bilancio di esercizio, costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dal rendiconto finanziario, dalla nota integrativa e dalla relazione sulla gestione. Esso viene predisposto secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione. Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli ultimi quattro Esercizi contabili. Nello specifico, si presenta il confronto dei Conti Economici 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

DESCRIZIONE	2010	2011	2012	2013	CE IV TRIM.2014
VALORE DELLA PRODUZIONE	693.468.816	702.959.947	709.127.719	713.272.130	709.204.776
COSTI DELLA PRODUZIONE	726.229.086	717.192.394	694.842.847	697.900.595	696.647.488
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	-32.760.270	- 14.232.447	14.284.872	15.371.535	12.557.288
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 662.067	- 827.400	- 930.767	142.791	443.235
RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE	- 29.370	- 7.747			-
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	-	-	440.709	-2.266.957	- 2.070.507
IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	15.207.963	14.528.860	13.812.556	13.242.673	13.458.242
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	51.942.494	- 35.959.016	- 17.742	4.696	- 2.528.226

Fonte: Area Gestione Risorse Finanziarie

Il risultato del 2014 è quello esposto nel CE IV trimestre 2014 (il Bilancio d'esercizio verrà adottato entro il 30.04.2015).

Il Conto economico al 31.12.2014 presenta una perdita di € 2.528.226. Tale risultato è fortemente influenzato dal valore degli accantonamenti al fondo rischi, determinato dall'insorgenza di due contenziosi attivati da assistiti per sinistri di tipo sanitario. In assenza di tale circostanza il risultato economico del periodo sarebbe stato sicuramente positivo, confermando, per il 2014, il trend positivo rilevato nell'ultimo biennio.

E' comunque necessario evidenziare che il risultato è provvisorio, in quanto, ad oggi non è stato adottato dalla Regione Puglia il DIF 2014. Di conseguenza l'assegnazione regionale iscritta nel CE IV trimestre 2014 è quella riferita la 2013. Tale operazione si ritiene sia stata effettuata in modo prudentiale se si considera che nel 2014 il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale a carico dello stato ha fatto registrare, a livello nazionale, un incremento del 2,7%.

Si ritiene, comunque, che futuri interventi di carattere strutturale potranno determinare una riduzione dei costi con conseguente miglioramento dell'efficienza dell'ASL BR.

In particolare si intende intervenire sulle seguenti politiche gestionali:

- rafforzamento del sistema di programmazione, monitoraggio e controllo;
- la realizzazione di un sistema di budget più strutturato con la partecipazione attiva dei soggetti partecipanti la filiera produttiva, il rafforzamento della contabilità analitica;
- attenta revisione dell'utilizzo di appalti e servizi esterni, soprattutto a carattere non sanitario;
- specifiche politiche interne di contenimento dei costi;
- risparmi attraverso operazioni di centralizzazione degli acquisti.

Il ciclo della Performance e la valutazione dei dipendenti

L'ASL BR ha avviato il procedimento volto ad innovare il Sistema di valutazione delle prestazioni del personale dipendente, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. e dal quadro contrattuale nazionale e locale.

Il ciclo della *Performance* deve prevedere uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale. Qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Amministrazione non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

La valutazione delle *Performance* individuali, pertanto, implica la definizione di un ciclo della *Performance* che si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi;
- collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso;
- misurazione e valutazione della *Performance*, organizzativa e individuale;
- premialità del merito;
- rendicontazione interna ed esterna dei risultati.

L'art.9 del D. Lgs. 150/09 definisce gli elementi cui collegare la valutazione della *Performance* del personale. In particolare, il comma 1 stabilisce che la valutazione della Performance dei dirigenti e del personale responsabile di un'unità organizzativa sia collegata ai seguenti elementi:

- indicatori di *Performance e risultati della struttura di appartenenza*;

- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla *Performance* della struttura;
- competenze professionali e manageriali dimostrate (es. gestione risorse umane, risorse economiche, relazioni interpersonali e comunicazione);
- capacità di valutazione dei propri collaboratori.

Il comma 2 stabilisce che la valutazione della *Performance* per il resto del personale sia collegata ai seguenti elementi:

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e individuali;
- qualità del contributo apportato all'unità organizzativa di appartenenza;
- competenze dimostrate.

In relazione a quanto sopra evidenziato l'Azienda ritiene che la valutazione delle *Performance* individuali debba considerare una pluralità di aspetti, tra cui, senz'altro, i seguenti:

- obiettivi di innovazione/crescita;
- obiettivi di efficienza economico-finanziaria;
- obiettivi di impatto sugli *stakeholder* (efficacia percepita, soddisfazione, ecc.);
- obiettivi di miglioramento dei processi (efficacia oggettiva, livelli di servizio, ecc.);
- competenze professionali;
- comportamenti organizzativi (tra cui, obbligatorio ex Dlgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori).

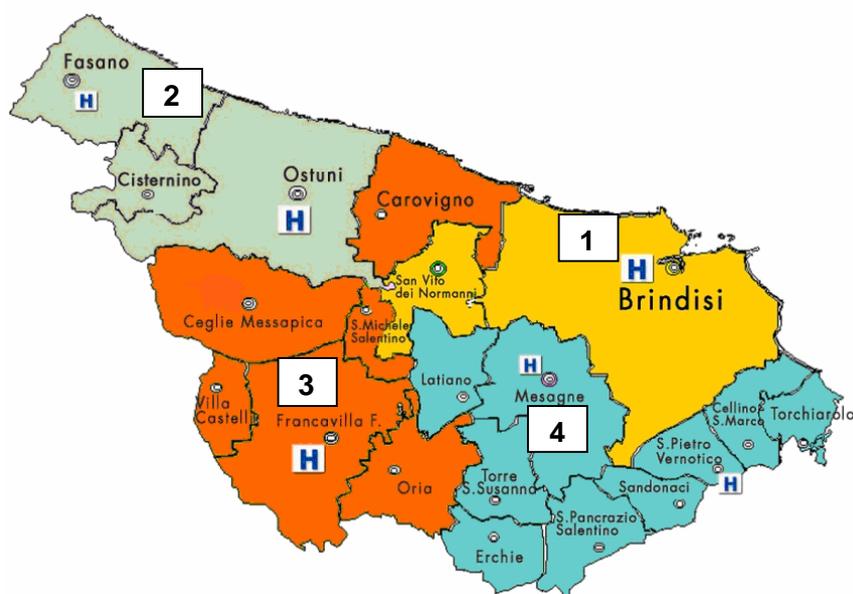
La valutazione delle prestazioni deve portare ad un aumento di motivazione e di responsabilizzazione che consenta la valorizzazione delle potenzialità e si traduca in tensione verso un'efficace ed efficiente erogazione dei servizi.

3.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Contesto territoriale

L'ambito territoriale della ASL BR coincide con la provincia di Brindisi. Confina a Nord con la provincia di Bari, a Sud con la provincia di Lecce, a Sud-Ovest con quella di Taranto. Comprende n. 20 Comuni ed è suddiviso per competenza in n. 4 Distretti Socio-Sanitari.

- **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, San Donaci, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Torre Santa Susanna, Torchiarolo.



<i>Popolazione residente nella Provincia</i>	2011	2012	2013
Maschi	192.643	192.409	192.130
Femmine	208.284	208.095	207.705
Totale	400.927	400.504	399.835

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

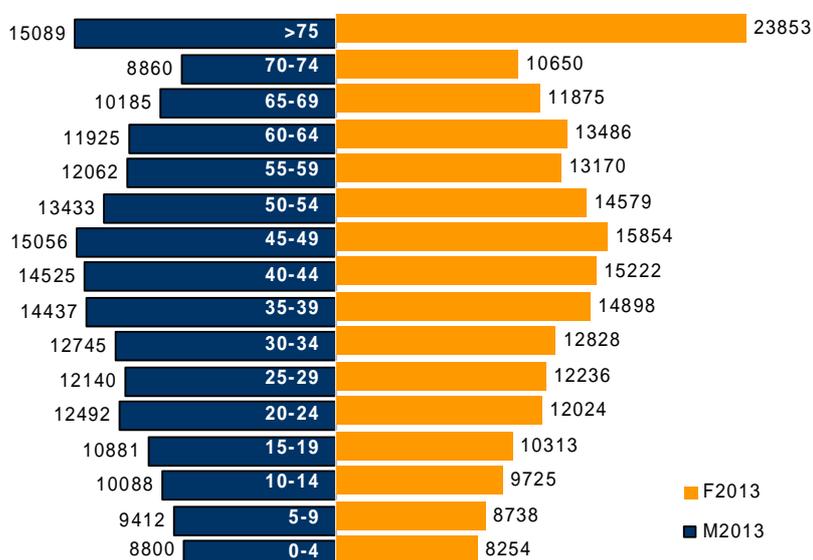
Indicatori Sociodemografici

Il trend degli ultimi anni mostra una diminuzione costante della popolazione residente, distribuita sul territorio provinciale secondo la seguente tabella:

Comune	Distribuzione della popolazione residente per Comune e per sesso								
	M			F			Totale		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Brindisi	42.406	42.410	42.324	46.256	46.324	46.287	88.662	88.734	88.611
Carovigno	7.790	7.790	8.017	8.091	8.139	8.170	15.881	15.929	16.187
Ceglie M.ca	9.610	9.607	9.557	10.608	10.577	10.532	20.218	20.184	20.089
Cellino S. Marco	3.250	3.224	3.227	3.572	3.570	3.552	6.822	6.794	6.779
Cisternino	5.679	5.656	5.654	6.096	6.058	6.024	11.775	11.714	11.678
Erchie	4.263	4.266	4.283	4.554	4.530	4.554	8.817	8.796	8.837
Fasano	19.148	19.195	19.160	20.177	20.253	20.271	39.325	39.448	39.431
Francavilla F.na	17.829	17.799	17.770	19.144	19.143	19.138	36.973	36.942	36.908
Latiano	7.423	7.335	7.276	7.738	7.691	7.643	15.161	15.026	14.919
Mesagne	13.154	13.163	13.093	14.579	14.564	14.531	27.733	27.727	27.624
Oria	7.333	7.335	7.317	7.892	7.906	7.902	15.225	15.241	15.219
Ostuni	15.088	15.051	15.030	16.821	16.729	16.679	31.909	31.780	31.709
San Donaci	3.319	3.290	3.256	3.618	3.572	3.554	6.937	6.862	6.810
S. Michele Sal.no	3.105	3.093	3.085	3.276	3.275	3.274	6.381	6.368	6.359
S. Pancrazio Sal.no	4.973	4.967	4.956	5.330	5.326	5.280	10.303	10.293	10.236
S. Pietro V.co	6.600	6.576	6.570	7.415	7.374	7.341	14.015	13.950	13.911
S. Vito dei Nor.nni	9.425	9.383	9.347	10.279	10.204	10.147	19.704	19.587	19.494
Torchiarolo	2.641	2.664	2.638	2.786	2.797	2.766	5.427	5.461	5.404
Torre S. Susanna	5.156	5.156	5.132	5.552	5.552	5.533	10.708	10.708	10.665
Villa Castelli	4.451	4.449	4.438	4.500	4.511	4.527	8.951	8.960	8.965
TOTALE	192.643	192.409	192.130	208.284	208.095	207.705	400.927	400.504	399.835

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

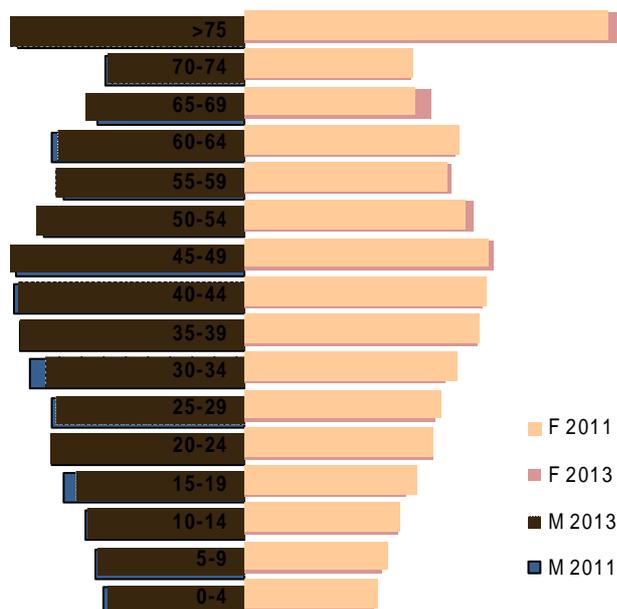
Popolazione residente per fasce d'età Anno 2013



Graficamente la piramide dell'età è una piramide capovolta e si nota chiaramente come la sua base, costituita dalle fasce d'età più giovani, è più ristretta del suo apice costituito dalle fasce di popolazione più anziana.

**Popolazione residente per fasce d'età
Differenza anni 2011/2013**

In quest'altra piramide si può notare, per differenza, la contrazione nelle fasce d'età giovanili e l'aumento delle fasce d'età più anziane. Fenomeno confermato dalla tabella seguente in cui i dati evidenziano l'invecchiamento progressivo della popolazione residente.



Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

<i>Indicatori strutturali della popolazione al 1° gennaio</i>	2011		2012		2013	
	Brindisi	Puglia	Brindisi	Puglia	Brindisi	Puglia
% pop. 0-14 anni	14,0	14,8	13,9	14,6	13,8	14,5
% pop. 15-64 anni	66,6	66,6	66,3	66,4	66,1	66,1
% pop. 65 anni e oltre	19,4	18,6	19,8	19,0	20,1	19,5
Indice di dipendenza strutturale	50,2	50,2	50,8	50,7	51,3	51,3
Indice di dipendenza anziani	29,1	28,0	29,9	28,7	30,5	29,4
Indice di vecchiaia	138,0	126,0	143,1	130,3	146,3	134,6
Età media	42,7	42,1	43,0	42,4	43,3	42,7

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

Si riporta un maggiore dettaglio per l'anno 2013:

<i>Indicatori strutturali della popolazione provincia di Brindisi al 1° gennaio</i>	Anno 2013	
Indice di vecchiaia	(pop. >=65/pop.<=14)*100	146,3
indice di invecchiamento	(pop. >=65/pop.residente)*100	20,1
Indice di dipendenza strutturale	(pop. >=65+pop. <=14/pop.tra 15 e 64	51,3
Indice di struttura della popolazione attiva	(pop. 40-64/pop. 15-39)*100	111,5
Indice di ricambio	(pop. 60-64/pop. 15-19)*100	119,9
Tasso di natalità	(n. nati/pop. Residente)*100.000	809,2
Tasso di natalità Puglia	(n. nati/pop. Residente)*100.000	823,4
Tasso mortalità	(n. morti /pop. Residente)*100.000	0,9
Tasso mortalità Puglia	(n. morti /pop. Residente)*100.000	0,9
Indice di fecondità	n. vivi/pop. Femm. 15-44*100	4,2
Indice di fecondità Puglia	n. vivi/pop. Femm. 15-44*100	4,3
Indice di immigrazione	(n. immigrati/pop.)*100	2,3

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

	<i>Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per sesso</i>											
	2011				2012				2013*			
	M		F		M		F		M		F	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
Brindisi	79,6	18,6	84,7	22,0	79,5	18,1	84,1	21,3
Puglia	79,7	18,5	84,3	21,7	80	18,6	84,5	21,8	80,2	18,8	84,7	22,1

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

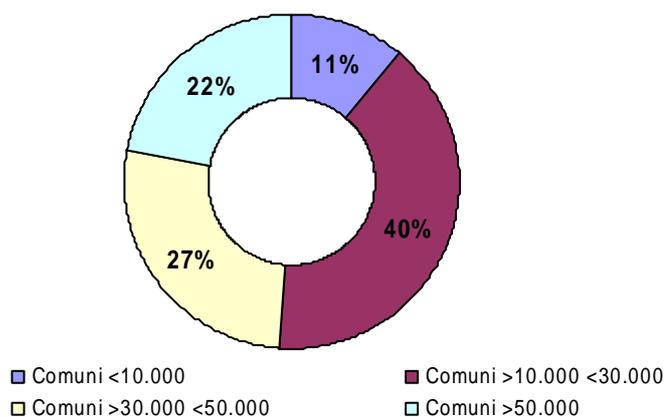
La speranza di vita alla nascita aumenta lievemente per gli uomini in Puglia mentre rimane sostanzialmente stabile a Brindisi, diminuisce di mezzo punto percentuale per gli uomini che hanno superato i 65 anni mentre si registra una tendenza positiva (+0.4) in Puglia. Per le donne, invece, diminuisce sia alla nascita che per le ultrasessantacinquenni. I dati del 2013 a livello provinciale non sono ancora disponibili.

	<i>Popolazione straniera residente per sesso al 1° gennaio</i>								
	2011			2012			2013		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Brindisi	3.119	4.039	7.158	3.689	4.548	8.237	3.970	5.048	9.018
Puglia	37.339	46.294	83.633	43.792	52.339	96.131	50.656	59.682	110.338
Italia	1.891.560	1.891.560	4.052.081	2.059.753	2.327.968	4.387.721	2.330.488	2.591.597	4.922.085

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

Nel 2013 gli stranieri residenti nella provincia di Brindisi rappresentano lo 0,18% dell'immigrazione nel nostro Paese. Il tasso di immigrazione nella nostra provincia è del 2,25%. Anche se non rappresentiamo una meta ambita per l'immigrazione, registriamo comunque un sensibile aumento di immigrati rispetto al 2011.

Dispersione Abitanti



Il 40% della popolazione vive in comuni che contano una popolazione tra i 10.000 ed i 30.000 abitanti, solo il 22% vive nell'unico Comune che supera i 50.000 abitanti, cioè nel capoluogo.

<i>Popolazione residente per Distretto</i>	2011	2012	2013
Distretto n. 1	108.366	108.321	108.105
Distretto n. 2	83.009	82.942	82.818
Distretto n. 3	103.629	103.624	103.727
Distretto n. 4	105.923	105.617	105.185

<i>Popolazione residente per Distretto e confronto con over 65 e 75 - anno 2013</i>							
DSS	Pop. totale	Pop. > 65	% pop. Distr.le	% pop. Prov.le	Pop. > 75	% pop. Distr.le	% pop. Prov.le
Distretto n. 1	108.105	21.616	20,0	5,4	9.907	9,2	2,5
Distretto n. 2	82.818	17.489	21,1	4,4	8.786	10,6	2,2
Distretto n. 3	103.727	19.468	18,8	4,9	9.582	9,2	2,4
Distretto n. 4	105.185	21.939	20,9	5,5	10.667	10,1	2,7
Totale	399.835	80.512		20,1	38.942		9,8

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

Il Distretto n. 1 è il più popoloso e quello con una maggiore percentuale di over 65, mentre il Distretto n. 4 è il più "giovane".

In breve, Brindisi è una provincia che invecchia, la crescita naturale nel 2013 si attesta a -1,4 per mille. Il dato viene confermato dall'esame degli indicatori di struttura della popolazione che vedono il costante aumento degli indici di dipendenza strutturale, di vecchiaia e di dipendenza anziani, nonché l'età media della popolazione.

È di recente pubblicazione uno studio dello SVIMEZ secondo i cui dati il Sud sta andando incontro alla "desertificazione" e non solo dal punto di vista "popolazione", ma anche dal punto di vista economico.

Un'elaborazione Unioncamere/Tagliacarne, posiziona Brindisi all'85° posto nella graduatoria nazionale PIL pro capite a prezzi correnti ISTAT.

Nel 2013 la disoccupazione aumenta del 3,8% rispetto al 2011 mentre il tasso di occupazione diminuisce segnando -1,9%. Il dato potrebbe essere sottostimato in quanto, come segnalato dall'ISTAT, la nostra è la seconda regione, dopo la Calabria, per ricorso a contratti a termine.

<i>Tasso di disoccupazione</i>	2011	2012	2013
Brindisi	13,0	13,1	16,8
Puglia	13,1	15,7	19,8
Mezzogiorno	13,6	17,2	19,7
Italia	8,4	10,7	12,2

<i>Tasso di occupazione</i>	2011	2012	2013
Brindisi	45,3	45,9	43,2
Puglia	44,8	45,0	42,3
Mezzogiorno	44,0	43,8	42,0
Italia	56,9	56,8	55,6

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

Mortalità

	<i>Indicatori di mortalità (tasso grezzo*100.000) negli uomini e nelle donne</i>								
	2008			2009			2010		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Tumori maligni	286,4	191,8	237,2	276,3	195,2	234,1	216,5	248,0	232,9
Cardiocircolatorio	311,2	363,6	338,5	333,7	395,5	365,9	396,1	282,6	337,1
Respiratorio	82,2	46,8	63,8	79,7	60,1	69,5	49,5	72,2	61,3
Cause accidentali	45,0	25,8	35,0	55,4	29,1	41,7	38,0	40,9	39,5
Alcool correlate con R.A. > 50%	2,6			2,1			1,6	1,0	1,2

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

I dati di mortalità non sono completi per gli anni in studio in quanto in questi anni si è dato inizio sia alla nuova codifica in ICDX sia all'introduzione del nuovo sistema informativo regionale, che ha comportato un lungo periodo di adattabilità del software a quelle che erano le varie problematiche che di volta in volta emergevano durante l'attività pratica di inserimento e codifica.

Ad ogni modo la mortalità nella nostra provincia varia tra lo 0,8 e lo 0,9 per cento.

La mortalità per i tumori sembra in diminuzione, ma si evidenzia un aumento della mortalità per tale patologia tra le donne, aumenta per gli uomini e diminuisce nelle donne (nel 2009) la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio ma aumenta tra le donne e diminuisce tra gli uomini per l'apparato respiratorio. Prima di trarre giudizi affrettati bisogna comunque evidenziare che nel 2009 abbiamo registrato una mortalità dello 0,9% mentre varia attorno allo 0,8 negli altri due anni .

<i>Esenzioni ticket</i>	2011	2012	2013
Numero esenzioni ticket per reddito	337.205	345.642	354.219
Numero esenzioni ticket per invalidità	32.954	33.448	33.568
Numero esenzioni ticket per patologia	121.133	126.634	131.798
Numero esenzioni ticket totali	491.292	505.724	519.585

Fonte: dati ISTAT, elaborazione Un.E.S

I tassi di mortalità per patologia offrono una stima della morbosità e delle principali cause di morte nel bacino di riferimento, mentre i dati sulle esenzioni del ticket offrono una panoramica sul numero di soggetti che, per condizioni patologiche, personali e sociali, associate a determinate situazioni reddituali, hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni (ticket) di diagnostica strumentale, di laboratorio e sulle altre prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Da un esame superficiale si avrebbe l'impressione di un ricorso esagerato all'esenzione ticket. Analizzando i dati è stata riscontrata una certa ridondanza dovuta alla titolarità di più tipologie di esenzioni (ad. esempio per reddito, patologia ed età) a carico di uno stesso individuo, per cui anche in questo caso non si può affermare con certezza che i numeri indicati segnalino un ricorso anormale a tale diritto. È da considerare però, che la crisi economica spinge gli assistiti a ricorrere all'utilizzo di tutti i possibili benefici previsti dalla normativa in merito.

RETE OSPEDALIERA E AMBULATORIALE – DATI DI ATTIVITÀ

a) ATTIVITÀ OSPEDALIERA

Per ciò che riguarda il dato generale, l'analisi effettuata mostra una riduzione, rispetto all'anno precedente, del numero dei ricoveri complessivi (-2.848), sia in regime ordinario (-1.512) che in day hospital (-1.336). A questo dato si è associato un leggero incremento della complessità dei casi trattati in regime ordinario, a fronte di una congrua riduzione delle giornate di degenza rispetto alla riduzione dei ricoveri (-16.894). 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.

Attività ospedaliera

Dati attività	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza % 13-12
Totale ricoveri	50.337	47.489	-2.848	-5,66%
Totale ricoveri ordinari	37.756	36.244	-1.512	-4,00%
Totale ricoveri day hospital	12.581	11.245	-1.336	-10,62%

Totale ricoveri	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza 13-12
Posti letto	1.086	1.016	-70	-6,44%
N° casi	50.337	47.489	-2.848	-5,66%
Peso medio	0,91	0,93	0,01	1,42%
Ricoveri ordinari	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza 13-12
Posti letto	985	925	-60	-6,09%
N° casi	37.756	36.244	-1.512	-4,00%
Peso medio	0,98	0,99	0,00	0,35%
Degenza	328.859	311.965	-16.894	-5,14%
N° casi LEA		861	np	np
Ricoveri in day hospital	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza 13-12
Posti letto	101	91	-10	-9,83%
N° casi	12.581	11.245	-1.336	-10,62%
Peso medio	0,70	0,73	0,03	4,00%
accessi	41.054	38.486	-2.568	-6,26%

Fonte: dati UCG 2012/2013

Tale situazione viene osservata in quasi tutte le proiezioni relative ai singoli Presidi Ospedalieri (tabelle successive), in quanto si è registrato un decremento dell'attività inteso come numero di ricovero erogati, seguiti da un aumento, sia del peso medio DRG (complessità dei casi) che da una riduzione delle giornate di degenza. Negli ospedali in cui il fenomeno sembra essere in controtendenza vanno però fatte alcune precisazioni. Nell'ospedale di San Pietro Vernotico, ad esempio, il leggero decremento del peso medio è legato, non ad una minore complessità della statistica, ma alla correzione di un codice di intervento ICD9CM in alcune SDO. Per quel che riguarda invece l'ospedale di Francavilla, bisogna tener presente che, nel 2013, ha assorbito, in tutto o in parte il bisogno di ricovero degli assistiti che prima si rivolgevano all'ospedale di Ceglie. Questo ha portato, se consideriamo nel complesso i due ospedali, ad una riduzione dei ricoveri e ad una sostanziale stabilità del peso medio. Lo stesso discorso può valere per il Presidio Ostuni-

Fasano dove, a fronte di un aumento dei ricoveri nell'ospedale di Ostuni, c'è una forte riduzione dei ricoveri nell'ospedale di Fasano, dove si accompagna anche un deciso aumento del peso medio.

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

	2012					2013					differenza % 13-12				
	St. S.Pietro	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabilit. Neuromot.	totale	St. S.Pietro	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabilit. Neuromot.	totale	St. S.Pietro	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabilit. Neuromot.	totale
Totali ricoveri															
Posti letto	91	47	533	105	776	80	33	518	105	736	-12,5%	-30,9%	-2,7%	0,0%	-5,2%
N° casi	2.219	2.131	26.709	860	31.919	2.251	903	25.637	950	29.741	1,4%	-57,6%	-4,0%	10,5%	-6,8%
Peso medio	1,10	0,81	0,97	0,96	0,97	0,96	0,87	1,00	0,90	0,99	-12,5%	7,8%	2,9%	-6,3%	2,1%
ordinari															
posti letto	81	41	485	96	703	72	31	470	96	669	-11,3%	-25,6%	-3,0%	0,0%	-4,9%
n casi	2.067	1.171	19.807	594	23.639	2.066	678	19.108	619	22.471	0,0%	-42,1%	-3,5%	4,2%	-4,9%
peso medio	1,12	0,87	1,07	1,01	1,06	0,97	0,87	1,09	0,94	1,07	-12,8%	0,3%	2,0%	-6,7%	0,9%
degenza	25.347	13.311	168.437	34.346	241.441	23.253	9.726	162.068	33.661	228.708	-8,3%	-26,9%	-3,8%	-2,0%	-5,3%
n casi LEA					n.p.					360					
Ricoveri in day hospital															
Posti letto	10	6	48	9	73	8	2	48	9	67	-22,5%	-66,7%	0,5%	0,0%	-8,2%
N° casi	152	960	6.902	266	8.280	185	225	6.529	331	7.270	21,7%	-76,6%	-5,4%	24,4%	12,2%
Peso medio	0,79	0,74	0,70	0,86	0,71	0,78	0,88	0,74	0,83	0,75	-1,9%	18,9%	6,1%	-3,8%	5,6%
accessi	1.126	1.723	22.146	5.402	30.397	1.218	256	21.218	5.453	28.145	8,2%	-85,1%	-4,2%	0,9%	-7,4%

Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Francavilla

	2012			2013			differenza % 13-12		
	St. Francavilla F.	St. Ceglie M.	totale	St. Francavilla F.	St. Ceglie M.	totale	St. Francavilla F.	St. Ceglie M.	totale
Totali ricoveri									
Posti letto	125	10	135	122		122	-2,5%	-100%	-9,7%
N° casi	8.944	97	9.041	9.189		9.189	2,7%	-100%	1,6%
Peso medio	0,81	0,70	0,81	0,78		0,78	-3,3%	-100%	-3,7%
Ordinari									
posti letto	114	10	124	112		112	-1,9%	-100%	-9,8%
n casi	6.866	97	6.963	7.123		7.123	3,7%	-100%	2,3%
peso medio	0,83	0,70	0,82	0,81		0,81	-2,4%	-100%	-1,2%
degenza	37.141	1.637	38.778	38.254		38.254	3,0%	-100%	-1,4%
n casi LEA			n.p.			300			
Ricoveri in day hospital									
Posti letto	11	0	11	10		10	-9,1%		-9,1%
N° casi	2.078		2.078	2.066		2.066	-0,6%		-0,6%
Peso medio	0,75		0,75	0,69		0,69	-7,0%		-8,0%
accessi	4.236		4.236	4.749		4.749	12,1%		12,1%

Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Ostuni

	2012				2013				differenza % 13-12			
	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	totale	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	totale	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	totale
Totali ricoveri												
Posti letto	96	79		175	93	66		159	-3,6%	-16,5%		-9,4%
N° casi	6.306	3.071		9.377	6.339	2.220		8.559	0,5%	-27,7%		-8,7%
Peso medio	0,82	0,82		0,82	0,82	0,95		0,86	0,2%	16,4%		4,9%
ordinari												
posti letto	90	68		158	86	59		145	-5,0%	-13,2%		-8,5%
n casi	4.928	2.226		7.154	4.728	1.922		6.650	-4,1%	-13,7%		-7,0%
peso medio	0,87	0,88		0,88	0,87	0,98		0,90	-0,6%	11,2%		2,3%
degenza	29.347	19.293		48.640	28.211	16.792		45.003	-3,9%	-13,0%		-7,5%
n casi LEA				n.p.				201				
Ricoveri in day hospital												
Posti letto	6	11		17	7	7		14	18,3%	-36,4%		-17,2%
N° casi	1.378	845		2.223	1.611	298		1.909	16,9%	-64,7%		-14,1%
Peso medio	0,64	0,64		0,64	0,70	0,75		0,70	8,2%	16,4%		9,4%
accessi	2.255	4.166		6.421	2.522	3.070		5.592	11,8%	-26,3%		-12,9%

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.

Ricoveri residenti ASL per luogo di cura Totale Ricoveri strutture territorio ASL BR	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza % 13-12
Presidi ASL BR	42.597	39.843	-2.754	-6,47%
Neuromotulesi Ceglie M.ca	438	548	110	25,11%
IRCSS "Medea"	140	129	-11	-7,86%
Casa di cura Salus Accreditata	3.971	4.030	59	1,49%
Totale	47.146	44.550	-2.596	-5,51%
Ricoveri residenti ASL - regime ordinario	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza % 13-12
Presidi ASL BR	32.156	30.815	-1.341	-4,17%
Neuromotulesi Ceglie M.ca	265	325	60	22,64%
IRCSS "Medea"	140	129	-11	-7,86%
Casa di cura Salus Accreditata	2.981	3.065	84	2,82%
Totale	35.542	34.334	-1.208	-3,40%
Ricoveri residenti ASL regime day hospital	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza % 13-12
Presidi ASL BR	10.441	9.028	-1.413	-13,53%
Neuromotulesi Ceglie M.ca	173	223	50	28,90%
IRCSS "Medea"	0	0	0	
Casa di cura Salus Accreditata	990	965	-25	-2,53%
Totale	11.604	10.216	-1.388	-11,96%

Fonte: dati UCG 2012/2013

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; a livello complessivo però si registra una lieve riduzione della mobilità passiva extraregionale di 12 casi, pari al -0,23%.

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; a livello complessivo però si registra una riduzione della mobilità passiva extraregionale di 64 casi, pari al -1,19%.

Mobilità sanitaria extra regionale

Regione	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza % 13-12
ABRUZZO	132	97	-35	-26,52%
ACISMOM LAZIO	2	2	0	0,00%
BASILICATA	67	62	-5	-7,46%
CALABRIA	30	30	0	0,00%
CAMPANIA	137	145	8	5,84%
EMILIA ROMAGNA	1.112	1.215	103	9,26%
FRIULI V. GIULIA	52	45	-7	-13,46%
LAZIO	553	551	-2	-0,36%
LIGURIA	180	153	-27	-15,00%
LOMBARDIA	1.171	1.239	68	5,81%
MARCHE	166	206	40	24,10%
MOLISE	23	19	-4	-17,39%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	385	302	-83	-21,56%
PIEMONTE	141	138	-3	-2,13%
PROV. AUT. BOLZANO	7	7	0	0,00%
PROV. AUT. TRENTO	24	26	2	8,33%
SARDEGNA	6	4	-2	-33,33%
SICILIA	36	46	10	27,78%
TOSCANA	578	531	-47	-8,13%
UMBRIA	154	133	-21	-13,64%
VALLE D'AOSTA	2	2	0	0,00%
VENETO	347	340	-7	-2,02%
totale	5.305	5.293	-12	-0,23%

Fonte: dati UCG 2012/2013

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 Lecce, Bari, Taranto, in quanto confinanti, e Policlinico di Bari. Ad ogni modo, anche per la mobilità infra regionale, nel 2013 si è registrato un calo di 883 casi, pari al -4,91%.

Mobilità sanitaria infra regionale

ASL o AO	prov	Anno 2012	Anno 2013	differenza 13-12	differenza % 13-12
BA	ba	4.608	4.239	-369	-8,01%
BAT	ba	62	46	-16	-25,81%
FG	fg	605	673	68	11,24%
LE	le	4.949	4.806	-143	-2,89%
Ospedale Oncologico	ba	303	219	-84	-27,72%
Ospedali Riuniti	fg	103	105	2	1,94%
Policlino Consorz.	ba	2.602	2.552	-50	-1,92%
Saverio De Bellis	ba	733	790	57	7,78%
TA	ta	4.037	3.689	-348	-8,62%
Totale		18.002	17.119	-883	-4,91%

Fonte: dati UCG 2012/2013

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, pur diminuito rispetto all'anno precedente, registra ancora un indice superiore a quanto imposto dai dettami normativi; spiccano Francavilla Fontana, San Pietro Vernotico e San Donaci come comuni a più alto indice di ospedalizzazione; Erchie e Latiano come quelli a più basso indice.

distretto residenza	comune di residenza pazienti	n° ricoveri 2013							N° RICOVERI 2012	Diff. 2013- 2012	popolazione Istat 01/01/2013	tasso x 1000 ab. 2013
		PPOO ASL BR	Neuromot. Ceglie M.ca	Casa di Cura Salus	IRCCS MEDEA	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE				
DSS n°1	BRINDISI	10.057	49	1.622	46	2.248	1.366	15.388	16.095	-707	88.611	173,66
	SAN VITO DEI NORMANNI	1.983	28	256	3	540	267	3.077	3.213	-136	19.494	157,84
	totale	12.040	77	1.878	49	2.788	1.633	18.465	19.308	-843	108.105	170,81
DSS n°2	CISTERNINO	660	10	35	1	963	160	1.829	1.946	-117	11.678	156,62
	FASANO	2.843	24	75	9	3.078	347	6.376	6.512	-136	39.431	161,70
	OSTUNI	3.186	73	164	13	1.393	494	5.323	5.528	-205	31.709	167,87
	totale	6.689	107	274	23	5.434	1.001	13.528	13.986	-458	82.818	163,35
DSS n°3	CAROVIGNO	1.646	37	176	5	492	207	2.563	2.797	-234	16.187	158,34
	CEGLIE MESSAPICA	1.961	81	122	4	915	214	3.297	3.645	-348	20.089	164,12
	FRANCAVILLA FONTANA	4.072	68	365	12	1.536	425	6.478	6.715	-237	36.908	175,52
	ORIA	1.548	46	160	2	662	196	2.614	2.571	43	15.219	171,76
	SAN MICHELE SALENTINO	686	22	44	3	222	83	1.060	1.139	-79	6.359	166,69
	VILLA CASTELLI	577	21	31	1	722	96	1.448	1.570	-122	8.965	161,52
	totale	10.490	275	898	27	4.549	1.221	17.460	18.437	-977	103.727	168,33
DSS n°4	CELLINO SAN MARCO	672	8	89		282	101	1.152	1.290	-138	6.779	169,94
	ERCHIE	719	7	87	3	453	71	1.340	1.563	-223	8.837	151,64
	LATIANO	1.531	20	115	1	501	161	2.329	2.494	-165	14.919	156,11
	MESAGNE	3.051	16	297	13	842	420	4.639	5.013	-374	27.624	167,93
	SAN DONACI	738	8	58		365	107	1.276	1.282	-6	6.810	187,37
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	799	3	57	3	652	140	1.654	1.743	-89	10.236	161,59
	SAN PIETRO VERNOTICO	1.541	11	143		551	197	2.443	2.623	-180	13.911	175,62
	TORCHIAROLO	504	2	31	1	269	75	882	932	-50	5.404	163,21
	TORRE SANTA SUSANNA	1.069	14	103	9	433	153	1.781	1.763	18	10.665	166,99
totale	10.624	89	980	30	4.348	1.425	17.496	18.703	-1.207	105.185	166,34	
	codice comune errato						13	13	19	-6		
	totale ASL BR	39.843	548	4.030	129	17.119	5.293	66.962	70.453	-3.491	399.835	167,47

Fonte: dati UCG 2012/2013

Nell'ultima Tabella sono riportati i raggruppamenti di diagnosi per i quali la popolazione si è 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.

N. RICOVERI PER TIPO DI DISTURBO (DRG-MDC)

DESCRIZIONE MDC-DRG	n° ricoveri 2013								N° RICOVERI 2012	Diff. 2013-2012
	PPOO ASL BR	Neuromot. Ceglie M.ca	Casa di Cura Salus	IRCCS MEDEA	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE	%		
DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	3.983	88	34		3.052	1.265	8.422	12,6%	8.758	-336
DISTURBI CIRCOLATORI	4.239		635		2.251	554	7.679	11,5%	7.923	-244
DISTURBI DIGESTIVI	3.598		510		1.586	304	5.998	9,0%	6.381	-383
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	3.450		1.159		939	80	5.628	8,4%	5.770	-142
DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	2.725	423	206	65	676	467	4.562	6,8%	4.842	-280
DISTURBI RESPIRATORI	3.277		192		756	187	4.412	6,6%	4.564	-152
CONDIZIONI PERINATALI	2.205		601		516	3	3.325	5,0%	3.266	59
DISTURBI URINARI	1.842		47		954	241	3.084	4,6%	3.529	-445
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.810		354		666	243	3.073	4,6%	3.181	-108
DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	1.747		19		844	351	2.961	4,4%	3.027	-66
DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	1.759		73		870	230	2.932	4,4%	2.710	222
DISTURBI CUTE	1.882		46		423	192	2.543	3,8%	2.799	-256
DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	1.086	4	10		791	194	2.085	3,1%	2.124	-39
DISTURBI METABOLISMO	1.367		23		364	272	2.026	3,0%	2.150	-124
DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	1.122		10		206	48	1.386	2,1%	1.406	-20
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	623		64		562	84	1.333	2,0%	1.247	86
FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	810	1	37	1	260	123	1.232	1,8%	1.141	91
DISTURBI MENTALI	633	32	2	63	282	134	1.146	1,7%	1.032	114
DISTURBI DELL'OCCHIO	242				664	202	1.108	1,7%	2.540	-1.432
MALATTIE INFETTIVE	649		5		111	43	808	1,2%	757	51
FERIMENTI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	309		2		86	34	431	0,6%	492	-61
INFEZIONI DA HIV	181				118	3	302	0,5%	291	11
ALTRI D.R.G	126		1		63	12	202	0,3%	241	-39
Trapianto di cuore, fegato, midollo, polmone, pancreas/rene e pancreas. Tracheostomia	107				52	19	178	0,3%	168	10
TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	28				17	1	46	0,1%	36	10
DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	24				9	7	40	0,1%	58	-18
USTIONI	19				1		20	0,0%	20	0
Totale	39.843	548	4.030	129	17.119	5.293	66.962	100,0%	70.453	-3.491

Fonte: dati UCG 2012/2013

b) ATTIVITA' 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.

anno 2012

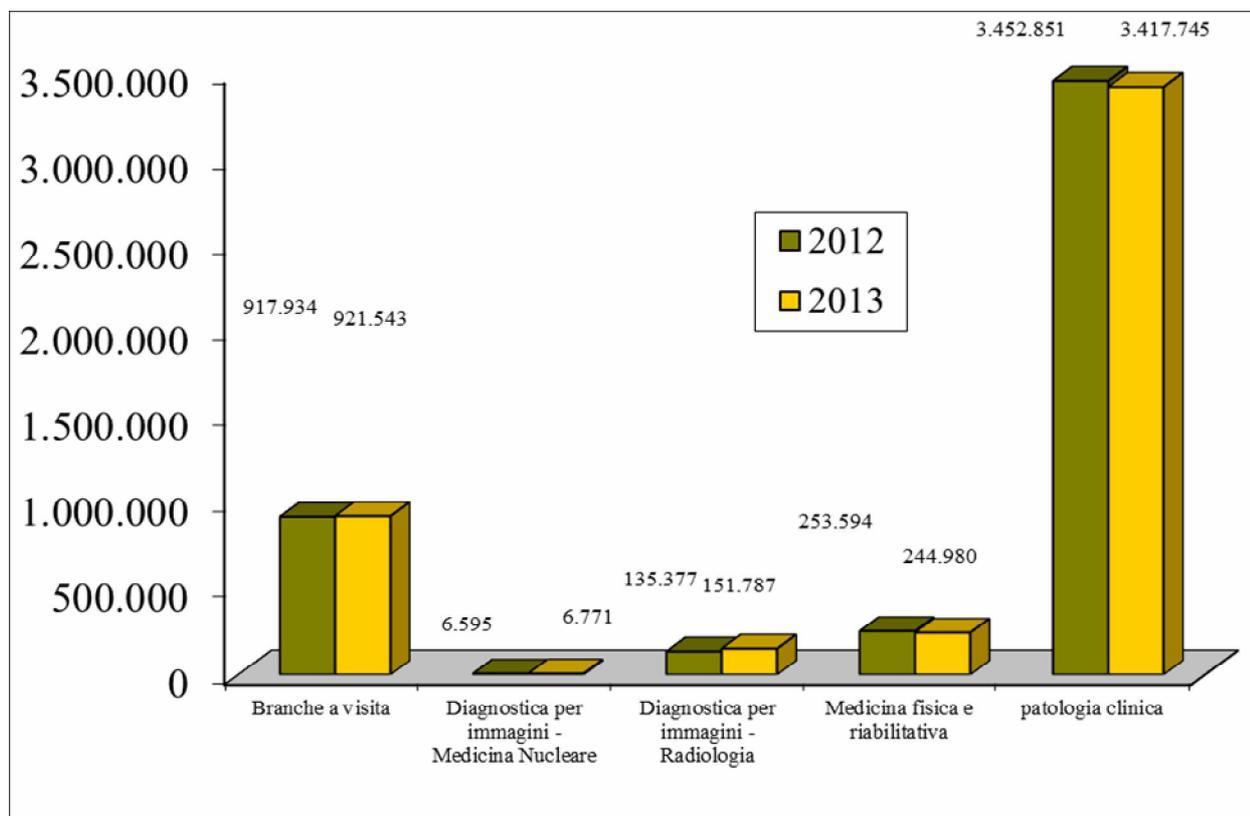
DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
Branche a visita	593.799	281.158	21.610	21.367	917.934	19,3%
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	6.595				6.595	0,1%
Diagnostica per immagini - Radiologia	72.237	27.594		35.546	135.377	2,8%
Medicina fisica e riabilitativa	20.841	51.446		181.307	253.594	5,3%
patologia clinica	1.496.324	23.844	207.589	1.725.094	3.452.851	72,4%
TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2.189.796	384.042	229.199	1.963.314	4.766.351	100,0%
%	45,9%	8,1%	4,8%	41,2%	100,0%	

anno 2013

DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
Branche a visita	602.795	281.487	17.360	19.901	921.543	19,4%
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	6.771				6.771	0,1%
Diagnostica per immagini - Radiologia	81.478	35.289		35.020	151.787	3,2%
Medicina fisica e riabilitativa	15.712	64.212		165.056	244.980	5,2%
patologia clinica	1.704.093	24.764	222.669	1.466.219	3.417.745	72,1%
TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2.410.849	405.752	240.029	1.686.196	4.742.826	100,0%
%	50,8%	8,6%	5,1%	35,6%	100,0%	

Fonte: UCG - CUP - Edotto

Tipologia attività ambulatoriale confronto anno 2012-2013

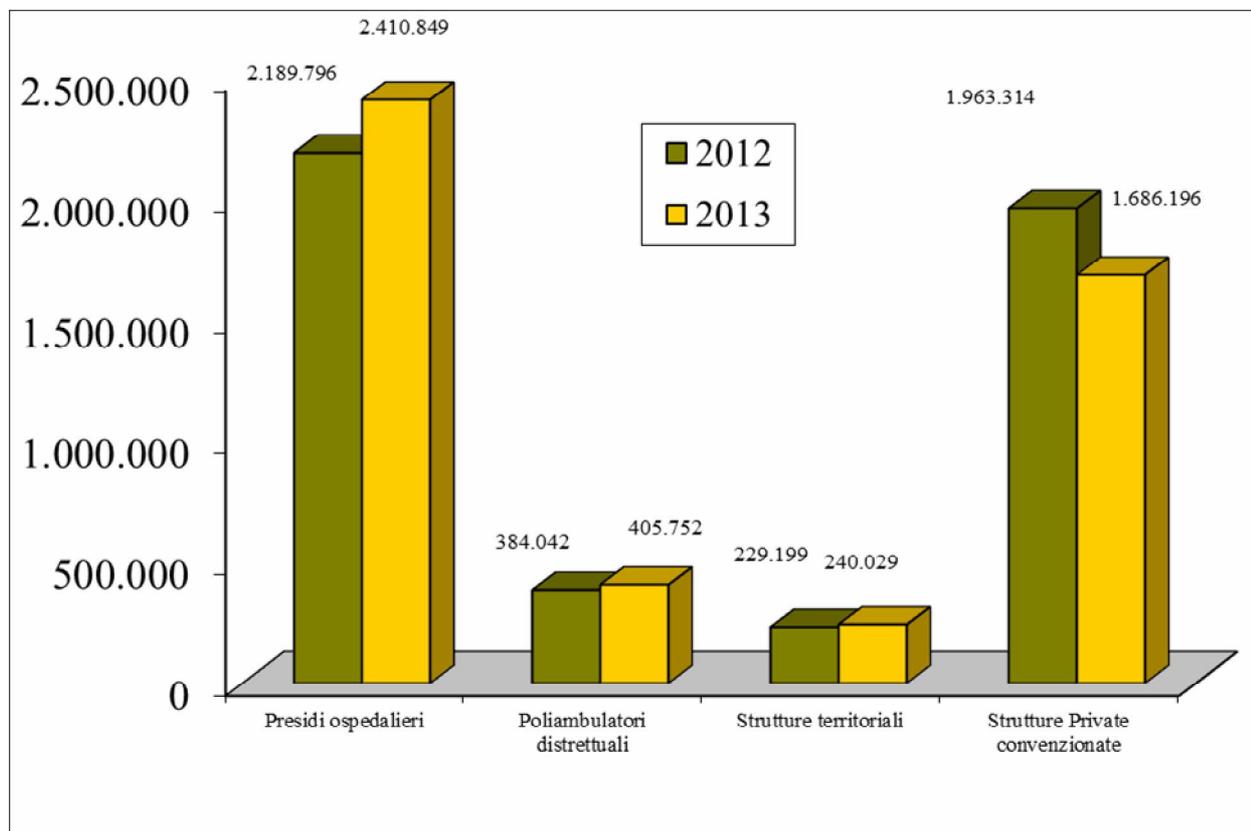


Fonte: UCG - CUP - Edotto

L'analisi dei dati evidenzia la riduzione complessiva, rispetto all'anno precedente, delle prestazioni specialistiche erogate; si è rilevato inoltre una riduzione delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, in particolare legate ai laboratori di analisi. Per ciò che riguarda la branca di radiologia si è rilevata un generale aumento del numero di prestazioni erogate dagli Ospedali e dai Distretti.

Si rileva una riduzione dell'attività riabilitativa, tranne che per i Distretti.

Prestazioni ambulatoriali per Struttura - confronto anno 2012- 2013



Il grafico mostra l'evoluzione del ricorso della popolazione alle varie strutture eroganti; maggiore, per l'anno 2013, il ricorso alle prestazioni erogate dai Poliambulatori distrettuali e dei Presidi Ospedalieri; in riduzione l'erogazione da parte delle Strutture private convenzionate.

Le tabelle successive mostrano l'andamento delle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri.

Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2012 - 2013 - P.O. Brindisi

	2012				2013				Differenza 13-12			
	S.O. BRINDISI	S.O. MESAGNE	S.O. SAN PIETRO V.	totale	S.O. BRINDISI	S.O. MESAGNE	S.O. SAN PIETRO V.	totale	S.O. BRINDISI	S.O. MESAGNE	S.O. SAN PIETRO V.	totale
Attività ambulatoriale per "esterni"												
Branche a visita	312.348	15.248	58.986	386.582	326.643	11.292	57.042	394.977	14.295	-3.956	-1.944	8.395
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	6.595			6.595	6.771			6.771	176			176
Diagnostica per immagini - Radiologia	27.374	6.257	14.825	48.456	27.628	8.959	14.764	51.351	254	6.224	17.241	2.895
Medicina fisica e riabilitativa	11	4.311	11.506	15.828	43	7.195	1.637	8.875	32	7.220	12.428	-6.953
patologia clinica	309.167	165.748	101.085	576.000	375.545	218.881	123.214	717.640	66.378	127.175	83.209	141.640
totale	655.495	191.564	186.402	1.033.461	736.630	246.327	196.657	1.179.614	81.135	136.663	110.934	146.153

Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2012 - 2013 - P.O. Francavilla Fontana

Attività ambulatoriale per "esterni"	2012			2013			Differenza 13-12		
	S.O. FRANCAVILLA FONTANA	S.O. CEGLIE MESSAPICA	totale	S.O. FRANCAVILLA FONTANA	S.O. CEGLIE MESSAPICA	totale	S.O. FRANCAVILLA FONTANA	S.O. CEGLIE MESSAPICA	totale
Branche a visita	93.644	2.720	96.364	101.184	462	101.646	7.540	-2.258	5.282
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare							0	0	0
Diagnostica per immagini - Radiologia	9.351		9.351	11.199		11.199	1.848	0	1.848
Medicina fisica e riabilitativa			0			0	0	0	0
patologia clinica	459.759		459.759	505.201		505.201	45.442	0	45.442
totale	562.754	2.720	565.474	617.584	462	618.046	54.830	-2.258	52.572

Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2012 - 2013 - P.O. Ostuni

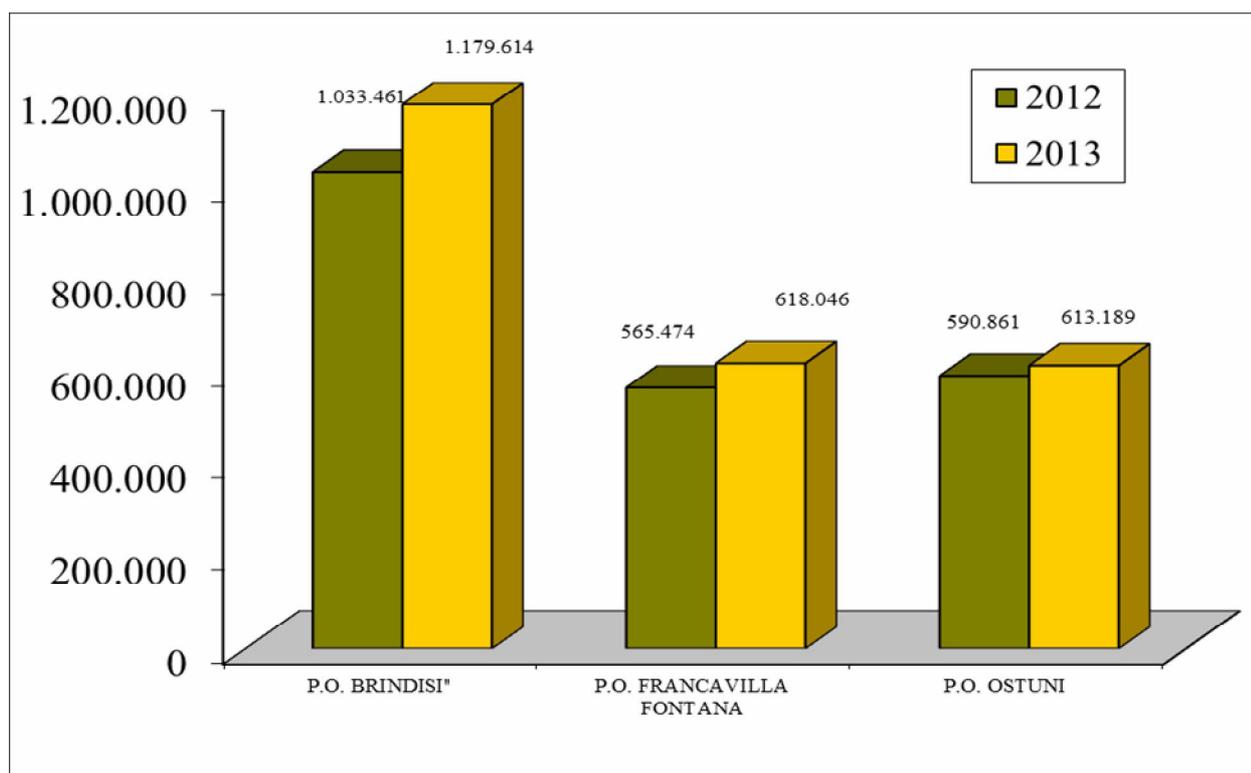
Attività ambulatoriale per "esterni"	2012			2013			Differenza 13-12		
	S.O. OSTUNI	S.O. FASANO	totale	S.O. OSTUNI	S.O. FASANO	totale	S.O. OSTUNI	S.O. FASANO	totale
Branche a visita	53.458	57.395	110.853	53.159	53.013	106.172	-299	-4.382	-4.681
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare							0	0	0
Diagnostica per immagini - Radiologia	9.723	4.707	14.430	11.668	7.260	18.928	1.945	2.553	4.498
Medicina fisica e riabilitativa	5.013		5.013	6.837		6.837	1.824	0	1.824
patologia clinica	254.212	206.353	460.565	224.051	257.201	481.252	-30.161	50.848	20.687
totale	322.406	268.455	590.861	295.715	317.474	613.189	-26.691	49.019	22.328

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

In tutti i presidi ospedalieri aumentano le prestazioni ambulatoriale, con alcune eccezioni relative alle visite specialistiche, che diminuiscono negli ospedali di Ostuni, S. Pietro e Mesagne, e delle attività di riabilitazione che diminuiscono nell'ospedale di S. Pietro e quindi nel P.O. Brindisi-S.Pietro-Mesagne

Nel grafico successivo sono mostrati i volumi di attività erogati dagli stabilimenti ospedalieri; risulta evidente che la grande maggioranza delle prestazioni viene erogata dall'Ospedale Perrino che costituisce, ancora oggi, il punto di riferimento per prestazioni, specie quelle ad alta tecnologia.

Prestazioni ambulatoriali per P.O. - confronto anno 2012-2013



Di seguito è riportata la Tabella relativa alle prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate presso gli Ambulatori distrettuali e territoriali.

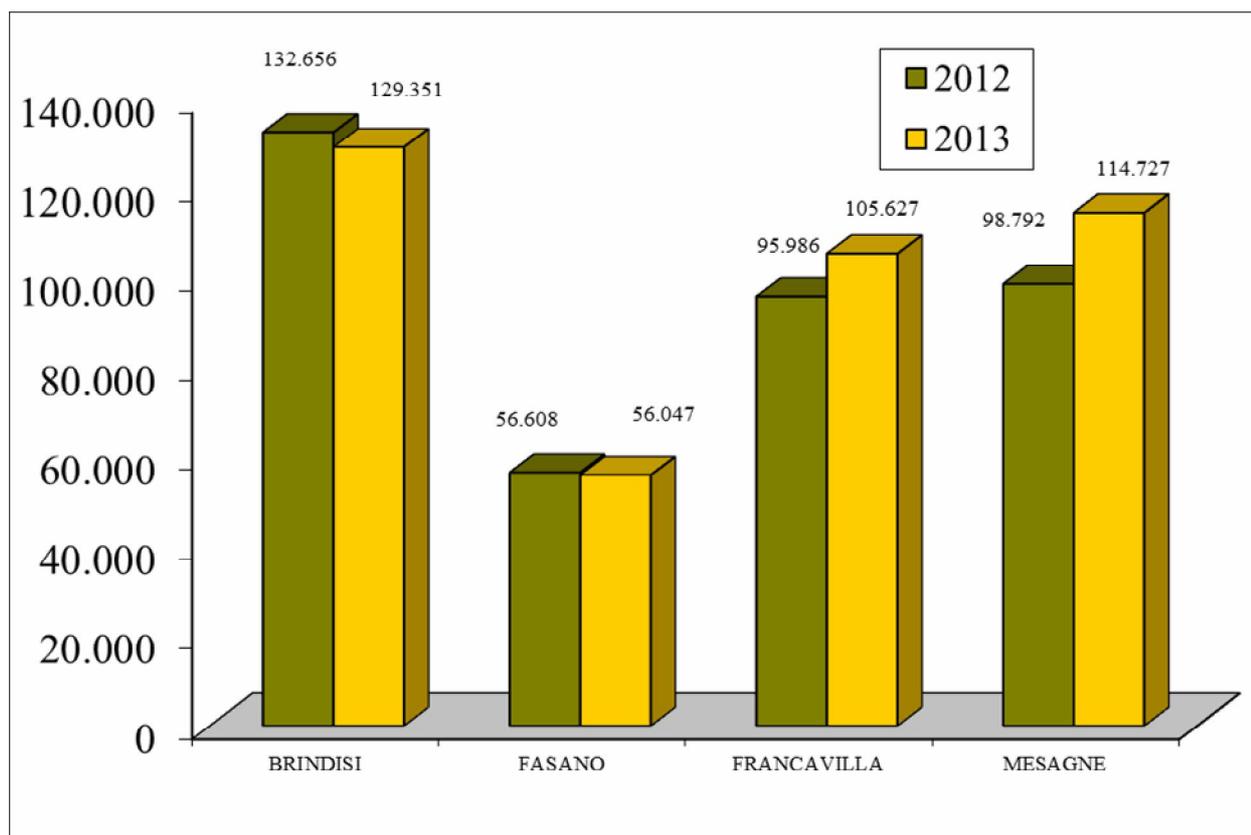
Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali – Anno 2012-2013

Attività ambulatoriale per "esterni"	Ambulatori distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento														
	2012					2013					Differenza 2013-2012				
	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale
Branche a visita	89.615	42.809	60.879	87.855	281.158	80.613	41.791	68.438	90.645	281.487	-9.002	1.018	7.559	2.790	329
Diagnostica per immagini - Radiologia	11.057	7.519	9.018		27.594	16.948	7.230	11.111		35.289	5.891	-289	2.093	0	7.695
Medicina fisica e riabilitativa	31.948	684	11.743	7.071	51.446	31.761	1.322	12.059	19.070	64.212	-187	638	316	11.999	12.766
patologia clinica	36	5.596	14.346	3.866	23.844	29	5.704	14.019	5.012	24.764	-7	108	-327	1.146	920
totale	132.656	56.608	95.986	98.792	384.042	129.351	56.047	105.627	114.727	405.752	-3.305	-561	9.641	15.935	21.710

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata dai distretti, nell'anno 2013 si è registrato un incremento delle prestazioni rispetto all'anno precedente.

L'esame dei dati evidenzia un aumento delle prestazioni per il Distretto di Francavilla Fontana, generato dal passaggio di molte attività dall'ex Ospedale di Ceglie Messapica al territorio e dal Distretto di Mesagne.

Prestazioni ambulatoriali per Distretto - confronto anno 2012- 2013



Fonte UCG

Prestazioni ambulatoriali specialistiche territoriali – Anno 2012 – 2013

Attività ambulatoriale territoriali per "esterni"		2012	2013	Differenza 2013-2012
CENTRO SALUTE MENTALE - BRINDI	Branche a visita	0	3	3
SERVIZIO PNEUMOLOGICO - BRINDISI	Branche a visita	9.068	8.294	-774
SERVIZIO PNEUMOLOGICO - Ceglie M.CA	Branche a visita	565	53	-512
SERVIZIO PNEUMOLOGICO - FRANCAVILLA F.NA	Branche a visita	3.188	1.263	-1.925
SERVIZIO PNEUMOLOGICO - OSTUNI	Branche a visita	2.476	2.201	-275
SERVIZIO PNEUMOLOGICO - MESAGNE	Branche a visita	4.469	4.656	187
EX "DI SUMMA" MED. DEL LAVORO	Branche a visita	5	5	0
EX "DI SUMMA" LAB. ANALISI	patologia clinica	207.589	222.669	15.080
DIP. PREV. FRANCAVILLA FONTANA	Branche a visita	445	352	-93
CENTRO SOCIO PS. PED. RIAB. BRINDISI	Branche a visita	1.394	533	-861
totale		229.199	240.029	10.830

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata sul territorio, nell'anno 2013 si è registrato un incremento delle prestazioni rispetto all'anno precedente.

c) CURE PRIMARIE EROGATE

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 2014

Distretto	MMG	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	TOTALE
DSS n. 1	91	101.096	15	12.170	106
DSS n. 2	69	72.513	13	9.035	82
DSS n. 3	85	83.514	17	13.430	102
DSS n. 4	85	93.107	17	12.397	102
TOTALI	330	350.230	62	47.032	

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 ANNO 2014

Distretto	Numero Unità previste
DSS n. 1	17
DSS n. 2	20
DSS n. 3	29
DSS n. 4	40
Totale	106

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 integrano i Medici di continuità assistenziale e gli altri specialisti ambulatoriali presenti nelle strutture distrettuali.

FORME STRUTTURATE DI ASSISTENZA PRIMARIA ATTIVE SUL TERRITORIO ANNO 2014

Medici	Gruppo	Rete	Associazione	Super Rete	Super Gruppo	CPT	<i>Totale</i>
MMG	91	107	23	79	44	9	353
N° Assistiti	104.463	125.459	30.066	93.325	54.962	12.081	420.356
PLS	2	19	11	0	0	0	32
N° Assistiti	1.490	15.969	9.226	0	0	0	26.685

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.

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.

BRANCA E ORE COMPLESSIVE CONFERITE AL 31 DICEMBRE 2014

BRANCA	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	TOTALE ORE
ALLERGOLOGIA	38	0	0	18	56
ANESTESIA	20	0	0	0	20
ANGIOLOGIA	17	0	0	18	35
BIOLOGIA	182	0	0	0	182
CARDIOLOGIA	88	65	79	78	310
CHIMICI	38	0	0	0	38
CH. GENERALE	20	0	0	0	20
CH. VASCOLARE	41	10	6	0	57
DERMATOLOGIA	34	18	23	29	104
ENDOCRINOLOGIA	18	18	0	76	112
DIABETOLOGIA	30	0	0	0	30
FISIOKINESITERAPIA	25	27	39	76	167
MEDICINA DELLO SPORT	26	12	10	46	94
MEDICINA NUCLEARE	38	0	0	0	38
NEUROLOGIA	24	24,50	20	47	115,50
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	22	9	9	0	40
OCULISTICA	52	91	61	85	289
ODONTOIATRIA	100	9	6	72	187
ONCOLOGIA	7	2,5	2,5	0	12
ORTOPEDIA	21	10	5	40	76
OSTETRICIA	80	0	8	44	132
OTORINO	33	12	10	33	88
PSICHIATRIA	16	0	0	0	16
PSICOLOGIA	104	38	76	190	408
PNEUMOLOGIA	0	5	0	0	5
RADIOLOGIA	36	10	20	14	80
REUMATOLOGIA	5	3	7	0	15
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	30	0	0	0	30
TOSSICOLOGIA	18	36	0	0	54
UROLOGIA	12	0	12	29	53
VETERINARI	30	0	0	0	30
TOTALE	1205	400	393,5	895	2893,5

3.3 Analisi SWOT

L'analisi SWOT costituisce una parte rilevante del presente Piano in quanto consente di sintetizzare e rappresentare plasticamente le dimensioni in cui si trova ad operare l'Azienda. Le considerazioni elaborate attraverso questo strumento sono frutto delle sensibilità raccolte all'interno delle strutture aziendali in fase di elaborazione del Piano.

Si tratta di una attività in cui si esaminano le condizioni esterne ed interne in cui l'organizzazione si trova ad operare oggi, e si presume si troverà ad operare nel prossimo futuro. Questa attività, meglio conosciuta come SWOT analysis, è tesa ad evidenziare: i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione (analisi dell'ambiente interno) nonché le opportunità da cogliere e le sfide da affrontare (analisi del contesto esterno). Il risultato dell'analisi è quello di evidenziare i temi strategici da affrontare e le criticità da superare.



I punti di forza e debolezza della ASL di Brindisi possono essere come di seguito individuati:

PUNTI DI FORZA

- Competenza tecnico professionale
- Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate e innovative
- Articolazione organizzativa in Dipartimenti che ha come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche assistenziali e il miglioramento dell'efficienza
- Potenziale recupero sull'indice di attrazione dell'Utenza esterna al territorio provinciale per alcune specialità (es.: Chirurgia Pediatrica, Otorinolaringoiatria, Oculistica)

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Presenza duplice di alcune specialità di assistenza ospedaliera
- Mobilità passiva per alcune discipline
- Non sempre i Presidi Ospedalieri operano come strutture deputate al solo trattamento delle acuzie, ma prestano assistenza sanitaria talvolta non appropriata
- Non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra Unità operative
- Difficoltà nel completamento della rete informatica nei centri periferici territoriali

4. OBIETTIVI DEL PIANO

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della *mission* e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di *budgeting*.

In particolare tramite il Sistema di *budget*, vengono declinati a livello di singole Strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione, confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione.

In corso d'anno, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario, gli obiettivi possono essere ricalibrati.

A fine anno, l'Organismo indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

4.1 INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO

Al fine di rendere gli obiettivi strategici effettivamente significativi e rendicontabili occorre fissare dei *target* di raggiungimento dei risultati. Nel caso del presente Piano l'orizzonte temporale di riferimento è triennale e ciò consente di monitorare anno per anno l'andamento di tali obiettivi attraverso un Sistema di indicatori qualitativi e quantitativi. A tal fine è stata predisposta **una scheda di monitoraggio (All. A)** per ogni obiettivo strategico con *target* e indicatori elaborati con il supporto delle Strutture aziendali. Questo strumento consentirà di rendicontare la Performance nelle **Relazioni** che seguiranno al presente Piano. Il controllo della realizzazione del Piano consentirà un **processo di apprendimento** della Direzione Aziendale che potrà coinvolgere anche la messa in discussione stessa degli obiettivi strategici e/o della loro misurazione. Tale processo di apprendimento è già iniziato con la stesura del presente Piano.

4.2 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate quattro diverse Aree strategiche di valutazione:

1. **Area dell'Assistenza Collettiva;**
2. **Area dell'Assistenza Territoriale;**
3. **Area dell'Assistenza Ospedaliera;**
4. **Area Amministrativa.**

Le Aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione dell'Azienda. Rispetto alle Aree strategiche sono definiti gli obiettivi strategici da conseguire, come di seguito indicati nell'Allegato 1.

La declinazione in obiettivi delle Aree strategiche è parte fondamentale del presente Piano della Performance. La metodologia seguita consiste nella definizione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali, dalle quali derivano gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le azioni.

Al fine di rendere il Piano della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale occorre prevedere un collegamento fra gli obiettivi strategici presentati, il processo di budget e il processo di valutazione delle Performance individuali.

A questo scopo sono stati definiti gli obiettivi operativi e le azioni ad essi collegati, che descrivono ciò che l'organizzazione deve realizzare o perseguire, e si è formulato un collegamento con gli obiettivi strategici riportati nell'albero della Performance, dando risalto alle strutture o ai servizi assegnatari di tali obiettivi.

Nel corso dell'elaborazione degli obiettivi di *budget* per l'anno 2015 l'ASL di Brindisi orienterà la struttura del proprio Sistema di rendicontazione verso la razionalizzazione e la **riduzione delle ridondanze negli obiettivi** mantenendo un elevato grado di dettaglio nei relativi indicatori.

La definizione degli obiettivi operativi è negoziata dalla Direzione e dai singoli Responsabili di Struttura. Durante la fase negoziale ogni Responsabile di Struttura sulla base di informazioni storiche sui propri dati di attività e di costo, formula proposte di azione per il conseguimento degli obiettivi strategici individuati all'interno di una o più aree strategiche.

Gli obiettivi strategici ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo n.150/2009 devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della Collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con Amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

L'orizzonte temporale di riferimento del presente Piano è triennale e ciò consente di monitorare anno per anno l'andamento di tali obiettivi attraverso un Sistema di indicatori qualitativi e quantitativi, che alimenteranno le Relazioni che seguiranno al Piano.

Il monitoraggio degli obiettivi operativi e delle azioni inseriti nel Piano delle *Performance*, consentirà alla Direzione aziendale di verificare periodicamente l'orientamento dell'organizzazione, capire se la linea strategica tracciata ad inizio triennio è ancora valida alla luce delle misurazioni effettuate, ed eventualmente rivederla nell'ottica del miglioramento continuo, ma effettivamente raggiungibile, dell'organizzazione.

4.3 CORRELAZIONE CON IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

In attuazione della L. 190/2012, l'ASL Brindisi ha adottato il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione con la deliberazione n. 181 del 30.01.2014. In occasione della stesura del Documento di *Budget* 2015, l'Azienda inserirà un obiettivo comune a tutti i Centri di Responsabilità in merito alla partecipazione degli operatori ad iniziative formative inerenti alle prescrizioni normative anticorruzione.

Obiettivo specifico	Indicatore	Indicatore di Risultato
Prevenzione della corruzione ai sensi della L. 190/2012	Partecipazione ad almeno un evento formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione	N° partecipanti per CdR a almeno 1 evento formativo ≥ 1

Per l'anno 2015 si intende implementare ulteriori obiettivi nel processo di *budget* che, in ottemperanza a quanto indicato dalla normativa vigente, realizzino un collegamento diretto e coerente fra responsabilità dirigenziale e rispetto della normativa anticorruzione. L'esplicitazione e la rendicontazione di tali obiettivi avrà luogo nella Relazione sulla *Performance* per l'esercizio di riferimento che sarà posta all'approvazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

4.4 CORRELAZIONE CON IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, adottato dalla ASL Brindisi con deliberazione n. 188 del 30.01.2014, con riferimento al triennio 2014 - 2016, ha previsto la piena conoscibilità di ogni componente del ciclo della *Performance*, del Piano delle Prestazioni e della sua attuazione. Il presente documento costituirà nel corso del 2015 la base per l'implementazione di azioni di promozione della trasparenza amministrativa nelle articolazioni aziendali. Il Processo di *Budget* 2015 terrà conto della necessità di sviluppare obiettivi che responsabilizzino i dirigenti al corretto adempimento degli obblighi previsti dal D.Lgs 33/2013.

4.5 CORRELAZIONE CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il Sistema di valutazione della *Performance* individuale sarà correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità concordati nel Documento di *Budget*. Saranno approntate apposite schede di valutazione individuale riportate nell'Area Amministrazione Trasparente del sito aziendale sezione Performance – Dati relativi ai premi e nel Documento di *Budget* 2015 sarà introdotto l'obiettivo comune a tutti i Centri di Responsabilità di definizione di obiettivi individuali per i collaboratori come da Tabella di seguito riportata.

Obiettivo specifico	Indicatore	Indicatore di Risultato
Trasparenza del processo di valutazione del personale dipendente	Rispetto delle modalità di assegnazione degli obiettivi/compiti agli operatori	N° schede compilate/n° operatori assegnati = 1

4.6 CICLO DELLA PERFORMANCE

La *Performance* si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le *Performance* raggiunte sia a livello organizzativo che individuale. Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma "ciclo delle *Performance*" ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze, è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo come sempre avviene quando si parla di programmazione, sia essa strategica che operativa.

Il ciclo di gestione della *Performance* si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della *Performance*, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati agli Stakeholder interni ed esterni.

Nello schema che segue è illustrato il ciclo di gestione della *Performance*. Tutte le azioni sono sottoposte alla supervisione dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Ciclo della *Performance*



ALLEGATI TECNICI

- **Allegato 1: Scheda Obiettivi**

GRUPPO DI LAVORO

STRUTTURA TECNICA PERMANENTE

Marcello BACCA - Dirigente Area Gestione Risorse Finanziarie

Adriana CARROZZO - Dirigente Area Gestione del Personale

Claudia D'ONOFRIO - Dirigente Area gestione Risorse Finanziarie

Paolo GIANNUZZI - Dirigente Medico Unità di Controllo di Gestione – U.V.A.R.

Gildo LOCALZO - Collaboratore Tecnico Informatico

Giuseppe SOLITO - Collaboratore Amministrativo Unità di Controllo di Gestione