



2015

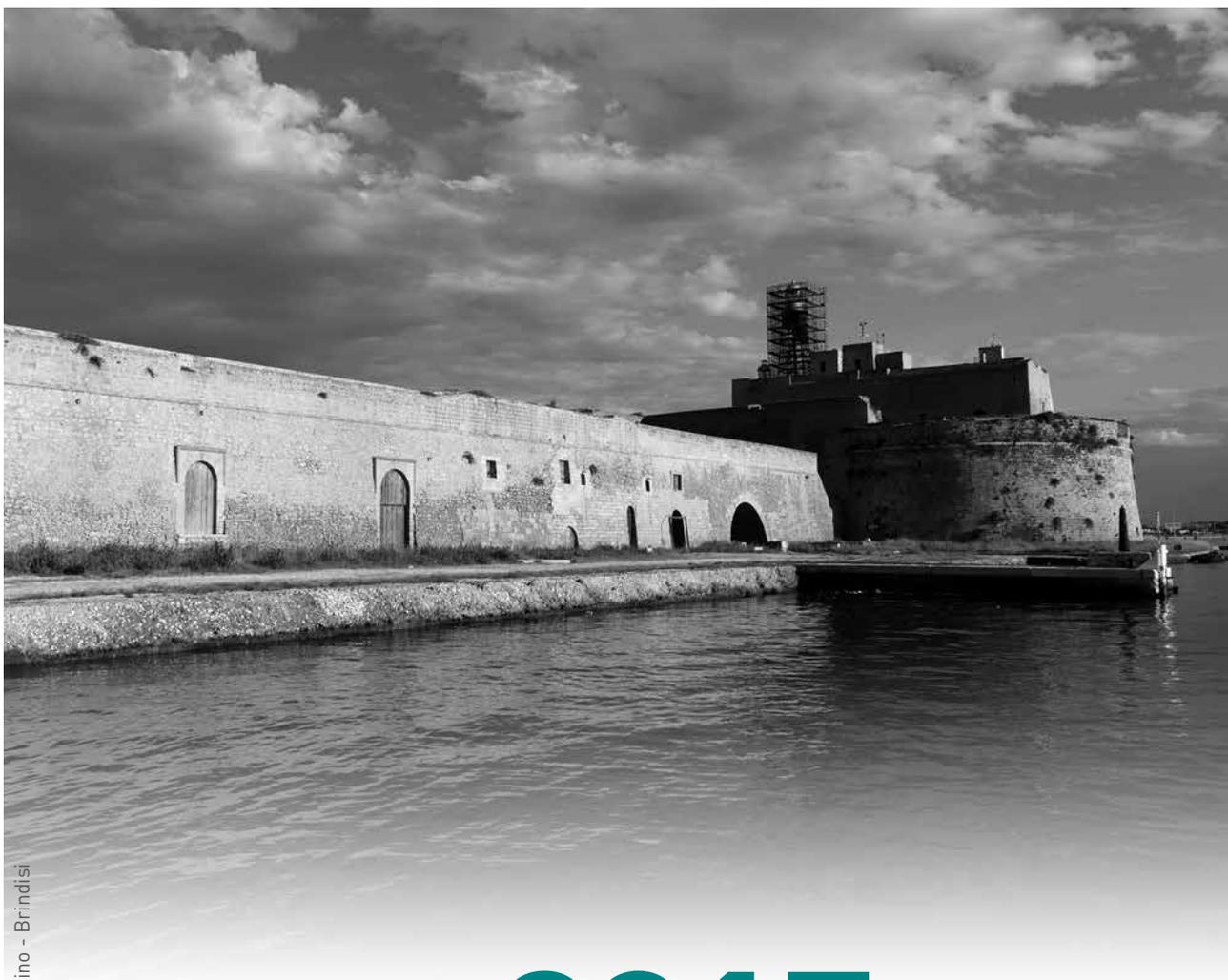


BILANCIO SOCIALE

Azienda Sanitaria Locale BR
Brindisi



Regione Puglia



Castello Alfonsino - Brindisi

2015

BILANCIO SOCIALE

Azienda Sanitaria Locale BR
Brindisi

Indice

Presentazione	5
Metodologia	6
Mapa degli Stakeholders	8
Struttura del documento	9

I SEZIONE: CONTESTO ED IDENTITÀ AZIENDALE

1.1 Scenario e contesto normativo	12
1.2 Contesto territoriale	13
1.3 Missione e Visione aziendale	27
1.4 Pianificazione strategica e Programmazione	28
1.5 Modello Organizzativo	30
1.5.1 Organi di Governo e Direzione strategica	31
1.5.2 Assistenza Ospedaliera	35
1.5.3 Assistenza Territoriale	36
1.5.4 Assistenza Collettiva	39

II SEZIONE: RELAZIONE SOCIALE

2.1 Cittadini assistibili, utenti, attività	44
2.1.1 Cittadini assistibili	44
2.1.2 Attività di Prevenzione	45
2.1.3 Attività Sanitaria ambulatoriale	58
2.1.4 Attività Ospedaliera	68
2.1.5 Attività 118	73
2.1.6 Donazione di organi, tessuti, sangue	75
2.1.7 Attività oncologica	81
2.1.8 Screening oncologici	84
2.1.9 Attività socio-sanitaria	86
2.1.10 Famiglia	91
2.1.11 Anziani	93
2.1.12 Popolazione in età evolutiva	95
2.1.13 Popolazione con disagio psichico	97
2.1.14 Popolazione con dipendenze patologiche	99
2.2 Risorse Umane	101
2.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale	101
2.2.2 Formazione	106
2.2.3 Relazioni sindacali	107
2.2.4 Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	108
2.2.5 Sistemi di valutazione e verifica	109
2.3 Personale Convenzionato	110
2.3.1 Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Sceltae Medici di Continuità assistenziale	110
2.3.2 Medici Specialisti ambulatoriali	111
2.4 Strutture Private accreditate	112
2.5 Farmacie	114
2.6 Fornitori	115
2.7 Enti e Istituzioni	118
2.8 Associazioni di volontariato	121

III SEZIONE: ACCESSIBILITÀ, QUALITÀ, EQUITÀ

3.1 La funzione di Pubblica Tutela	126
3.2 Informazione e Comunicazione	129
3.3 Trasparenza e Anticorruzione	132
3.4 Sistema Prenotazioni	134
3.5 Sanità Elettronica	137
3.6 Accreditemento delle strutture sanitarie	140
3.7 Sistema ambientale	142

3.8 La Gestione del Rischio clinico	144
3.9 Studi e Ricerca	152

IV SEZIONE: RENDICONTO ECONOMICO

4.1 Analisi delle fonti disponibili	162
4.2 Analisi degli impieghi delle fonti disponibili	164
4.3 Bilancio d'esercizio	166
4.4 Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza	170
4.5 Costo della produzione per stakeholder	171
4.6 Investimenti	172

V SEZIONE: RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

5. Raggiungimento degli obiettivi	176
--	------------

APPENDICI

Glossario	181
Questionario di valutazione	186
Gruppo di Lavoro	188

Presentazione

Al Lettore

Il Bilancio Sociale dell'Azienda Sanitaria Locale BR giunge alla sesta edizione, segno di prassi consolidata nell'ottica della trasparenza di gestione, comunicazione dei risultati e rappresentazione degli effetti dell'attività sul territorio.

Il documento costituisce per la ASL BR un tradizionale strumento di verifica delle politiche aziendali, delle strategie e dello stato delle relazioni tra l'Azienda e gli stakeholder. Riteniamo il Bilancio Sociale un importante strumento di rendicontazione sociale ma anche un efficace metodo di controllo continuo delle attività, operato già nella fase preliminare di analisi dei dati raccolti, propedeutica alla stesura del lavoro.

Preme evidenziare che l'esperienza del Bilancio Sociale nella ASL BR è stata presentata come best practice tra le esperienze censite a livello regionale dall'Area Finanza e Controlli della Regione Puglia, che nel 2014 aveva promosso il progetto "Introduzione della metodica del Bilancio Sociale negli Enti del S.S.R." attuato in alcune Aziende pilota della Regione con la collaborazione di professionisti dell'ALTEMS.

Confermiamo, pertanto, non solo la volontà di rendere istituzionale il processo di rendicontazione sociale, ma anche di volerlo collegare con i documenti aziendali di programmazione strategica al fine di rappresentare al meglio il percorso che dalla definizione degli obiettivi conduce alla verifica degli interventi attuati e degli effettivi risultati raggiunti.

Ringraziamo i rappresentanti degli stakeholder coinvolti nel processo di produzione della salute, compresi tutti coloro che lavorano nella nostra Azienda e il gruppo interno di professionisti che si è dedicato al lavoro editoriale.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Pasqualone

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Angelo Greco

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Caterina Diodicibus

Metodologia

Il Bilancio Sociale anno 2015 è a cura del Gruppo di lavoro interaziendale¹ nominato dal Direttore Generale.

Il documento, contenente dati ed informazioni relativi al biennio 2014-2015, si ispira ai principi della trasparenza, accuratezza, attendibilità, verificabilità, comparabilità, nonché ai criteri della chiarezza espositiva e sinteticità. Il processo di rendicontazione ha tenuto conto delle indicazioni dello standard GBS Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale e della Direttiva sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche - Linee Guida del Ministero per la Funzione Pubblica 16 marzo 2006.

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

Fase	Azioni	Strumenti
I- Ideazione e progettazione	<ul style="list-style-type: none"> analisi e studio delle fonti normative definizione degli obiettivi individuazione degli stakeholder definizione dei contenuti 	<ul style="list-style-type: none"> incontri del gruppo di lavoro
II- Raccolta dati e informazioni	<ul style="list-style-type: none"> individuazione delle fonti interne ed esterne predisposizione di schede raccolta dati coinvolgimento dei servizi aziendali raccolta e rielaborazione dati 	<ul style="list-style-type: none"> provvedimenti interni, fonti ufficiali esterne schede di rilevazione
III- Comparazione dati	<ul style="list-style-type: none"> comparazione dei dati raccolti con la contabilità 2014/2015 (laddove non c'è comparazione il dato è riferito ad indicatori il cui confronto temporale non è significativo o ad indicatori per i quali non è stato possibile recuperare i dati) definizione degli indicatori 	<ul style="list-style-type: none"> incontri del gruppo di lavoro
IV- Redazione del documento	<ul style="list-style-type: none"> redazione prima bozza di lavoro verifica delle coerenza del documento con i principi normativi e gli obiettivi prefissati approvazione documento finale impostazione grafica e layout del documento 	<ul style="list-style-type: none"> momenti di studio individuali e condivisi anche con personale dipendente esterno al gruppo
V- Definizione del piano di comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> modalità di diffusione individuazione dei mezzi di comunicazione organizzazione dell'evento di presentazione del documento 	<ul style="list-style-type: none"> supporto cartaceo, informatico e telematico stampa, radio, tv, internet locandine e pieghevoli
VI- Feed-back	<ul style="list-style-type: none"> attività di ascolto per la valutazione del gradimento e dell'efficacia del prodotto 	<ul style="list-style-type: none"> spazio dedicato sul sito aziendale questionario di valutazione

6

Per diffondere la conoscenza del documento vengono messe in atto azioni tra loro diversificate:

- comunicati stampa sulle testate giornalistiche locali e nazionali;
- diffusione di locandine e pieghevoli;
- spazio dedicato sul Portale Regionale della Salute www.sanita.puglia.it sezione ASL BR con area download ed e-mail per comunicazioni e suggerimenti;
- circolari ed incontri con personale aziendale;
- pubblicazione del documento su supporto cartaceo, informatico e telematico;
- momenti di incontro istituzionale a livello locale e regionale: Conferenza dei servizi, Conferenza dei sindaci, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato, ecc.;
- focus group con gli stakeholder dell'Azienda;
- invio diretto del documento ad Istituzioni, Ordini, Enti, Autorità locali, ecc..

¹ Deliberazione ASL BR n. 1484 del 24 agosto 2016 "Bilancio Sociale 2015: costituzione Gruppo di Lavoro"

La lettura del Bilancio sociale si completa con un questionario di valutazione del gradimento del documento da consegnare all'Azienda all'indirizzo bilanciosociale@asl.brindisi.it

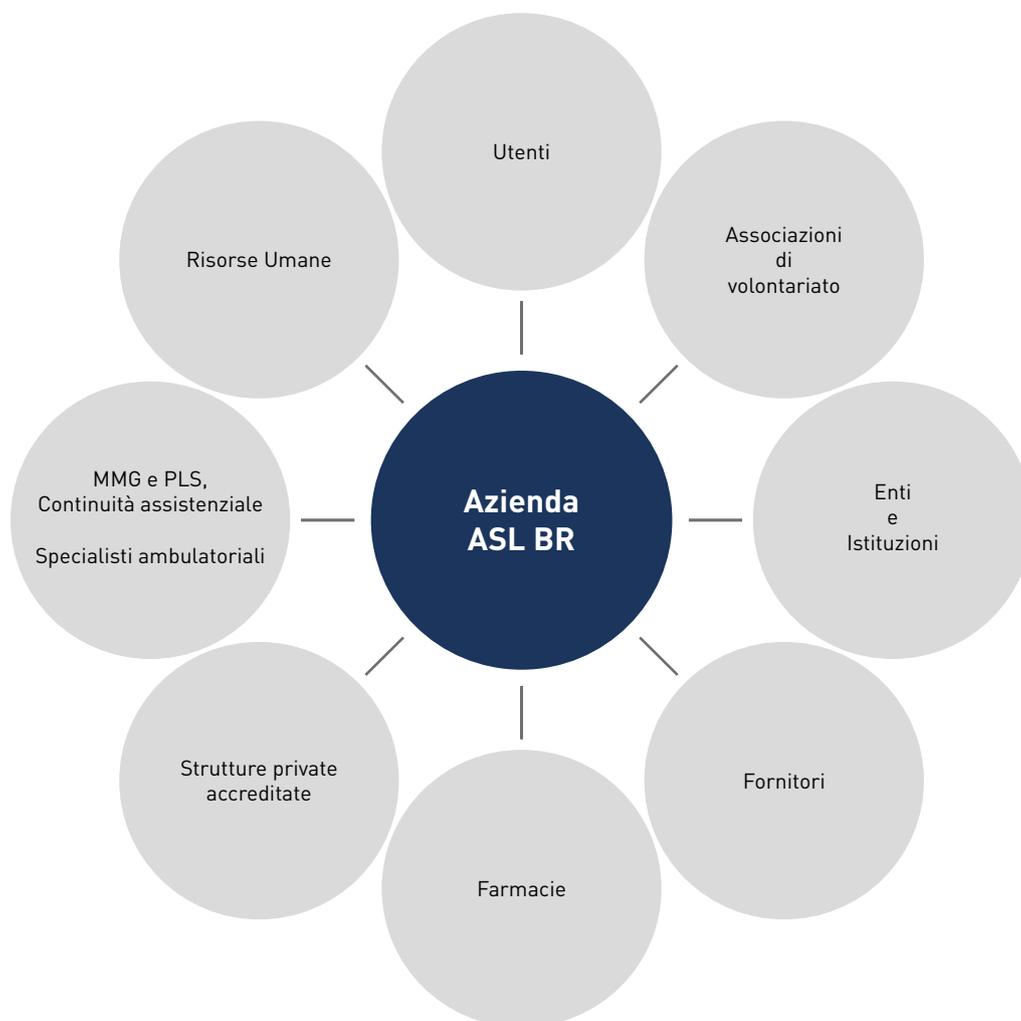
Il questionario, di tipo semistrutturato, è composto da 9 domande utili a conoscere il profilo dell'intervistato, il giudizio sommario sui contenuti e sulla struttura del documento, le proposte per migliorare le successive edizioni. I dati raccolti e analizzati vengono pubblicati nello spazio dedicato al Bilancio Sociale sul Portale Regionale della Salute nella sezione ASL BR.

Si ringraziano tutti coloro che con il proprio contributo hanno reso possibile la stesura del documento.

Il Gruppo di Lavoro
Bilancio Sociale ASL BR anno 2015

Mappa dei portatori di interesse (STAKEHOLDER)

Con il termine *stakeholder* si intende il soggetto “portatore di interesse” nei confronti di una qualunque attività di un’impresa pubblica o privata che genera un complesso sistema di relazioni nel territorio in cui essa opera. Ciascun portatore di interesse possiede caratteristiche specifiche utili a fondere sinergie indispensabili alla tutela della salute.



Struttura del documento

Il Bilancio Sociale è articolato in cinque Sezioni

I SEZIONE CONTESTO ED IDENTITÀ AZIENDALE	Contesto e assetto organizzativo dell'Azienda, missione e programmazione strategica per il raggiungimento degli obiettivi gestionali
II SEZIONE RELAZIONE SOCIALE	Attività aziendale riferita alle diverse categorie di portatori di interesse (stakeholder) espletata nel periodo 2014-2015
III SEZIONE ACCESSIBILITÀ, QUALITÀ, EQUITÀ	Attività aziendale riferita all'insieme degli stakeholder mirata al miglioramento continuo
IV SEZIONE RENDICONTO ECONOMICO	Rendicontazione economica relativa alle attività svolte in coerenza con gli obiettivi ed il proprio mandato
V SEZIONE RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Indicazione del livello di raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione strategica



1

CONTESTO E IDENTITÀ AZIENDALE

L'Azienda Sanitaria Locale BR di Brindisi nasce nel 1995 a seguito dell'accorpamento delle sei ex UU.SS.LL presenti nella provincia di Brindisi.

Nel corso del 1996 l'Ospedale "A. Di Summa" di Brindisi, scorporato dall'Azienda Sanitaria, diviene Azienda Ospedaliera. Negli anni successivi si consolida il nuovo modello gestionale ed organizzativo derivante dal processo di aziendalizzazione della seconda Riforma della Sanità.

Nel 2002 viene nuovamente modificato l'assetto organizzativo dell'Azienda mediante fusione per incorporazione dell'ex A.O. "A. Di Summa", comprendente anche il Centro Motulesi e Neurolesi di Ceglie Messapica. 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 quattro.

Provvedimenti regionali successivi, con particolare riferimento alla Legge n. 25 del 3.08.2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale", hanno influito sull'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie.

Il triennio 2011-2013 è stato caratterizzato 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 2010-2012 - al fine di ristabilire l'equilibrio economico finanziario delle regioni in deficit.

Con il Programma Operativo 2013 - 2015², la Regione Puglia ha inteso proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza con una serie di interventi volti al miglioramento dell'offerta sanitaria ospedaliera e, soprattutto, di quella territoriale. Di conseguenza, la realtà organizzativa delle ASL appare tuttora in divenire.



2 D.G.R n. 1403 del 4 luglio 2014

L'Azienda Sanitaria di Brindisi è una delle maggiori realtà produttive del territorio provinciale, sia per la sua articolazione che per il suo radicamento nel territorio.

L'ambito territoriale, comprensivo di n. 20 Comuni, coincide con la provincia di Brindisi, ed è articolato in quattro Distretti che raggruppano da un minimo di due Comuni (Distretto n. 1) ad un massimo di nove (Distretto n. 4).



Popolazione residente nella Provincia	2014	2015
Maschi	193.038	192.634
Femmine	208.614	208.087
Totale	401.652	400.721

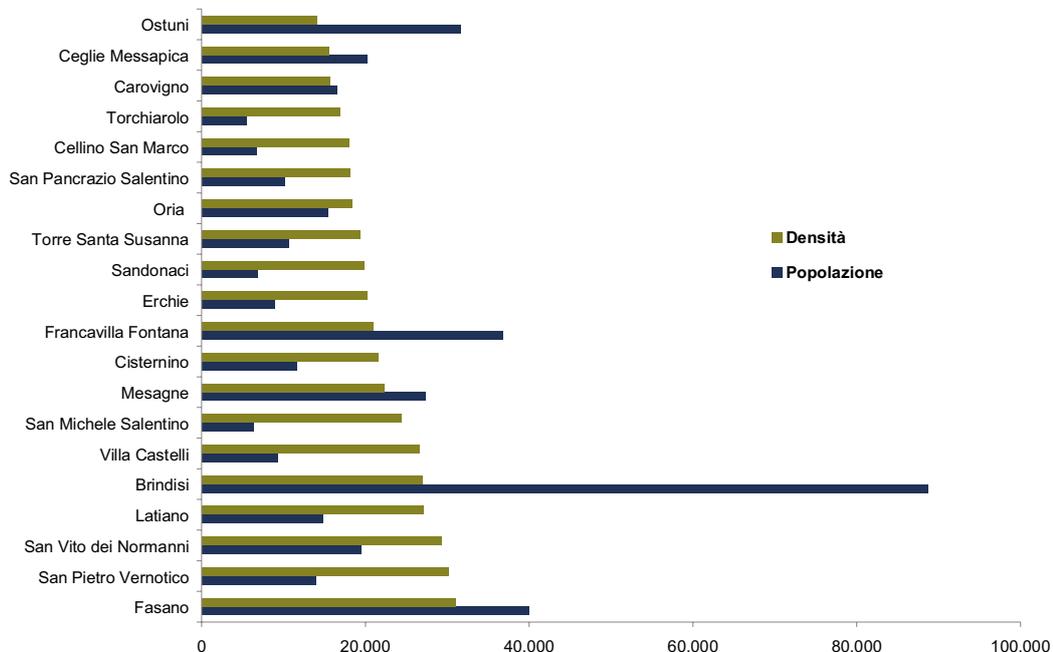
Fonte: dati ISTAT - Elaborazione Un.e.S.

Distretti Socio-Sanitari	Superficie (Km/q)	Abitanti	Densità (Km/q)	Popolaz. >65	%
Distretto n. 1 Brindisi	394,9	108.147	273,86	22.987	21,26%
Distretto n. 2 Fasano	406,6	83.164	204,54	18.317	22,03%
Distretto n. 3 Francavilla F.	555,6	104.667	188,39	20.899	19,97%
Distretto n. 4 Mesagne	482,4	104.743	217,13	23.375	22,32%
Totale ASL BR	1.839,5	400.721	217,84	85.578	21,36%

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

Il 21,36% della popolazione provinciale è costituito da ultra sessantacinquenni. Il Distretto n. 3 è il più "giovane" il Distretto n. 4 è il più anziano della provincia, seguito dal Distretto n. 2. Il Distretto n. 1 ha il maggior numero di abitanti ed è anche quello più densamente popolato, mentre tra i Comuni è Fasano a vantare la maggiore densità abitativa seguito da San Pietro Vernotico.

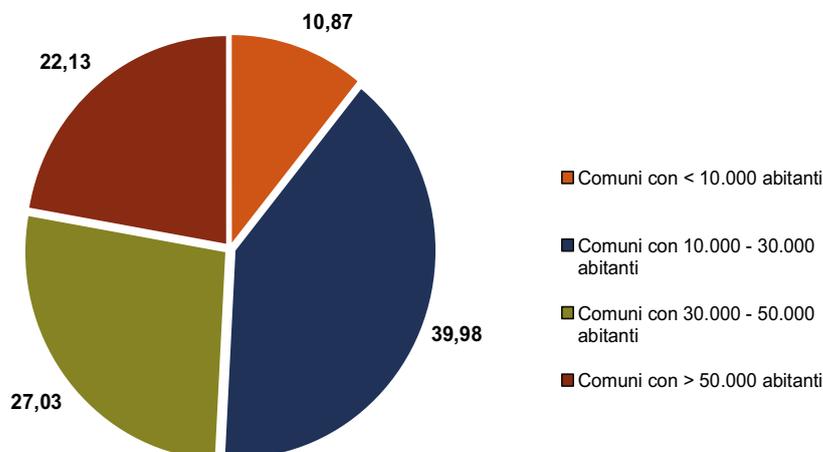
Anno 2015. Popolazione e Densità per Comune



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

Dispersione % abitanti 2015

Il 22,13% della popolazione vive nel Capoluogo, unico Comune a superare i 50.000 abitanti. Il 39,98% in Comuni che contano tra i 10.000 ed i 30.000, 27,03% in Comuni che variano tra i 30.000 ed i 50.000 ed il restante 10,87% abitanti vive in Comuni con meno di 10.000 abitanti.



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

La popolazione della provincia di Brindisi

La popolazione della provincia di Brindisi al 1.01.2015 ha un totale di 400.721 unità.

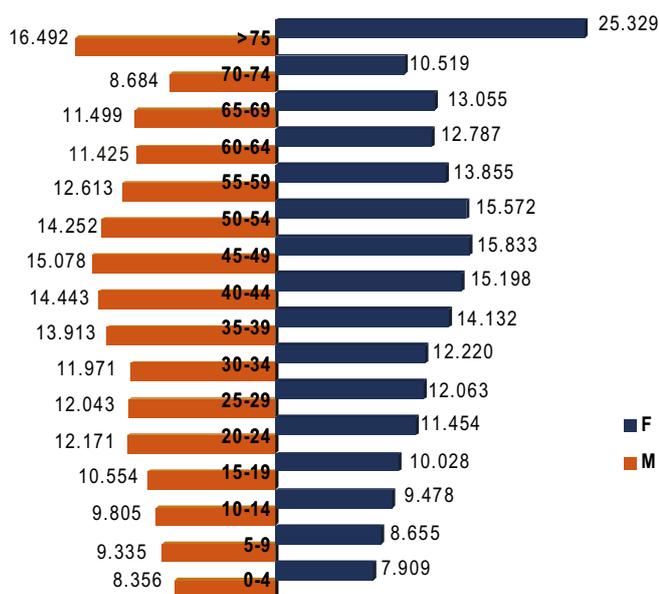
COMUNE	Maschi	Femmine	Totale	%
Brindisi	42.333	46.334	88.667	22,13
Carovigno	8.163	8.392	16.555	4,13
Ceglie Messapica	9.658	10.585	20.243	5,05
Cellino San Marco	3.176	3.549	6.725	1,68
Cisternino	5.652	6.026	11.678	2,91
Erchie	4.297	4.603	8.900	2,22
Fasano	19.384	20.529	39.913	9,96
Francavilla Fontana	17.756	19.065	36.821	9,19
Latiano	7.218	7.592	14.810	3,70
Mesagne	12.981	14.371	27.352	6,83
Oria	7.414	7.973	15.387	3,84
Ostuni	14.968	16.605	31.573	7,88
San Donaci	3.259	3.542	6.801	1,70
San Michele Salentino	3.116	3.266	6.382	1,59
San Pancrazio Salentino	4.904	5.224	10.128	2,53
San Pietro Vernotico	6.601	7.313	13.914	3,47
San Vito dei Normanni	9.349	10.131	19.480	4,86
Torchiarolo	2.662	2.791	5.453	1,36
Torre Santa Susanna	5.139	5.521	10.660	2,66
Villa Castelli	4.604	4.675	9.279	2,32
Totale	192.634	208.087	400.721	100,00

Fonte ISTAT elaborazione Un.E.S.

Popolazione per fasce d'età e sesso anno 2015

La distribuzione per età e sesso della popolazione forma, graficamente, una piramide capovolta in cui è evidenziata la contrazione della fascia d'età 0 e 4 anni e di quelle giovanili in generale, mentre aumenta sempre più la fascia d'età degli over 75, fenomeno questo che segnala l'ulteriore invecchiamento della nostra popolazione, difatti in questa fascia d'età nel 2015 riscontriamo 16.492 maschi e 25.329 femmine, segno sì di allungamento della speranza di vita ma anche di considerevole invecchiamento della popolazione, elementi che pongono problemi di vision politica a chi, come noi, opera nel settore della sanità e dell'assistenza.

Anno 2015. Popolazione per fasce d'età e sesso

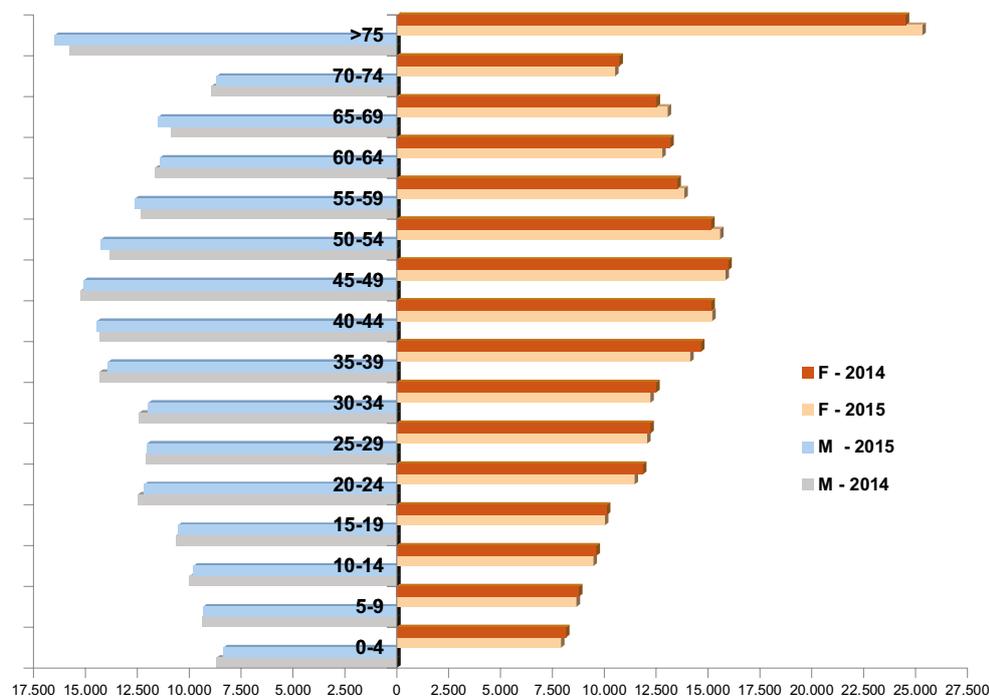


Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Il grafico successivo confronta l'evoluzione della popolazione negli anni 2014/2015 per fasce d'età e sesso. Le fasce d'età giovanili continuano a contrarsi mentre, viceversa, assumono un maggior peso quelle che mostrano l'avanzamento dell'età.

16

Popolazione per fasce d'età e sesso. Confronto 2014-2015



Totale popolazione: Anno 2014 - 401.652 * Anno 2015 - 400.721

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

La tabella 1 segnala una decrescita naturale del -3,2 per mille su base annua nell'ultimo anno ed un declino della crescita totale che nel 2015 è dello -5,2 per mille. Sono dati che inducono a riflettere, essi sono ben al di sopra di quanto segnalato dal dato regionale e, addirittura, del dato nazionale che evidenzia una decrescita totale del -2,1.

Tabella 1 - Bilancio demografico. Confronto anni 2013 - 2015 (per 1.000 abitanti)

	Crescita naturale			Saldo Migratorio			Crescita totale		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Brindisi	-1,4	-2,0	-3,2	13,5	-2,5	-2,1	4,5	-2,3	-5,2
Puglia	-0,6	-0,9	-1,9	10,2	0,9	-1,2	9,7	0,0	-3,2
Sud**	-0,7	-1,0	-1,9	14,0	-0,3	-0,9	13,3	-1,3	-2,8
ITALIA	-1,4	-1,6	-2,7	19,7	1,8	0,5	18,2	0,2	-2,1

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

L'ISTAT conferma il decremento del tasso generico di natalità che dal 8,1 del 2013 scende al 7,3 per mille mentre il trend del Sud e dell'Italia si mantiene sostanzialmente stabile attorno all'8 per mille. La mortalità si attesta attorno allo 9,0 per mille.

Tabella 2 - Tassi generici di natalità, mortalità e nuzialità. Confronto anni 2013 - 2015 (per 1.000 abitanti)

	Nuzialità			Natalità			Mortalità		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Brindisi	3,9	3,6	...	8,1	7,7	7,3	9,5	9,7	10,5
Puglia	3,8	3,7	3,6	8,3	8,1	7,7	8,8	9,0	9,7
Sud**	3,8	3,8	3,8	8,5	8,3	8,2	9,3	9,3	10,1
ITALIA	3,2	3,1	3,2	8,5	8,3	8,0	10,0	9,8	10,7

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Il tasso migratorio totale evidenzia, con il suo saldo negativo nettamente superiore al dato nazionale, come la nostra oltre ad essere una provincia che invecchia sia anche una terra con una forte vocazione all'emigrazione.

Tabella 3 - Tassi generici di migratorietà. Confronto anni 2013 - 2015 (per 1.000 abitanti)

	Saldo migratorio interno			Saldo migratorio con l'estero			Saldo migratorio per altro motivo			Saldo migratorio totale		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Brindisi	-1,6	-1,8	-1,9	1,0	0,6	0,3	6,6	0,8	-0,4	5,9	-0,3	-1,9
Puglia	-2,1	-2,1	-1,9	1,4	1,2	1,2	11,0	1,8	-0,5	10,2	0,9	-1,2
Sud**	-2,8	-2,5	-2,6	2,1	1,8	2,0	14,7	0,4	-0,2	14,0	-0,3	-0,9
ITALIA	-0,2	0,0	-0,2	3,0	2,3	2,2	16,8	-0,6	-1,4	19,7	1,8	0,5

*Stima **senza le isole

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

A conferma di quanto precedentemente descritto, si evidenzia l'esiguità della popolazione compresa nella fascia d'età tra 0-14 anni che incide per il 13,36% della popolazione, dato inferiore ai dati regionali e molto più simile a quello nazionale 13,79%. Diminuisce la percentuale di popolazione attiva (16-64 anni) rispetto al dato meridionale mentre aumenta la numerosità della fascia d'età degli over 65 che si attesta al 21,36% superando nettamente il dato regionale e meridionale in genere. L'indice di Dipendenza strutturale, condizionato dal maggior peso degli anziani sull'intera popolazione, aumenta anch'esso sino a segnare un 53,2% nettamente superiore ai dati regionali e del meridione; l'indice di vecchiaia 159,85 è superiore persino al dato nazionale 157,7; l'età media è di 44 anni contro il 42,9 del dato registrato per il Sud, ma in linea con il dato nazionale 44,4.

Tabella 4 - Indicatori strutturali della popolazione al 1 gennaio 2015

Indicatori strutturali	Italia	Sud	Puglia	Brindisi 2014	Brindisi 2015
% pop. 0 - 14	13,79	14,38	14,04	13,60	13,36
% po. 15 - 64	64,47	66,07	65,47	65,64	65,28
% pop. con più di 65 anni	21,74	19,55	20,49	20,76	21,36
Indice di dipendenza strutturale	55,1	51,4	52,8	52,34	53,2
Indice di dipendenza anziani	33,7	29,6	31,3	31,62	32,7
Indice di vecchiaia	157,7	135,9	145,9	152,64	159,85
Età media	44,4	42,9	43,4	43,11	44

18

Gli stranieri

Gli stranieri passano dalle 9.018 unità del 2014 alle 9.440 unità del 2015, pari al 2,36% della popolazione provinciale. Si riconferma la preponderanza dell'elemento femminile rispetto a quello maschile.

Tabella 5 - Popolazione straniera al 1 gennaio 2015

Stranieri	Italia	Sud	Puglia	Brindisi 2014	Brindisi 2015
Maschi	2.372.796	249.225	54.729	3.970	4.210
Femmine	2.641.641	292.619	63.003	5.048	5.230
Totale	5.014.437	541.844	117.732	9.018	9.440

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S

Il lavoro

Altro nodo dolente che caratterizza non solo Brindisi ma il meridione in generale è l'insieme dei tassi inerenti l'occupazione. Ad una prima ricognizione un tasso di occupazione al 45,75% è un dato positivo in questi anni caratterizzati da una crisi che flagella l'Italia ormai dal 2007, ma una disamina congiunta dei tassi di disoccupazione e di inattività portano a riconsiderare il problema occupazione. Considerando la media tra il tasso di disoccupazione ed il tasso di inattività ci troviamo davanti al 39,05% di popolazione che non ha un'occupazione.

	Tasso di disoccupazione			Tasso di inattività			Tasso di occupazione		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Brindisi	16,82	18,35	16,52	48,20	46,02	45,09	43,03	43,99	45,75
Puglia	19,76	21,48	19,69	47,13	46,22	45,99	42,33	42,14	43,29
Mezzogiorno	19,71	20,70	19,43	47,57	47,22	47,10	42,00	41,75	42,52
Italia	12,17	12,72	11,93	36,65	36,06	35,96	55,54	55,69	56,29

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S

La mortalità

La tabella che segue riporta le prime dieci cause di morte. Le malattie del sistema circolatorio si confermano come prima causa di morte, a seguire quelle per patologie tumorali, le malattie del sistema respiratorio e quelle endocrine, nutrizionali e metaboliche.

Mortalità - Prime 10 cause di morte	2011	2012	2013	2014
Malattie del sistema circolatorio	1.350	1.467	1.368	1.424
Tumori	980	1.022	1.043	1.083
Malattie del sistema respiratorio	257	297	279	291
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	231	201	196	220
Malattie del sistema nervoso	152	198	173	154
Malattie dell'apparato digerente	145	148	127	137
Cause esterne di morbosità e mortalità	101	112	104	106
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	92	90	95	102
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	72	87	88	83
Malattie dell'apparato genitourinario	71	78	80	76

Nella nostra provincia la mortalità va attestandosi al 1% della popolazione. In relazione alla differenza di genere gli uomini muoiono di più a causa dei tumori e delle patologie a carico del sistema respiratorio, mentre tra le donne la mortalità è più alta per patologie a carico del sistema circolatorio, per malattie endocrino-nutrizionali e metaboliche, per patologie a carico del sistema nervoso e per disturbi psichici e comportamentali.

Di seguito i dati sulla mortalità e l'incidenza percentuale delle varie patologie sulla mortalità generale con un confronto anni 2011- 2014 (ultimo dato disponibile), con un approfondimento sulla mortalità per tumore.

Tutti i dati sono forniti Unità di Statistica ed Epidemiologia aziendale.

Mortalità	2011			
	M	F	Tot	%
Alcune Malattie infettive e parassitarie	35	26	61	1,7%
Tumori	573	407	980	27,0%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	10	15	25	0,7%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	87	144	231	6,4%
Disturbi psichici e comportamentali	29	41	70	1,9%
Malattie del sistema nervoso	63	89	152	4,2%
Malattie dell'occhio e dei bulbi oculari	0	1	1	0,0%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	0	0	0	0,0%
Malattie del sistema circolatorio	625	725	1350	37,1%
Malattie del sistema respiratorio	149	108	257	7,1%
Malattie dell'apparato digerente	78	67	145	4,0%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0	2	2	0,1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4	8	12	0,3%
Malattie dell'apparato genitourinario	32	39	71	2,0%
Gravidanza, parto e puerpeio		1	1	0,0%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	2	2	4	0,1%
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	1	7	8	0,2%
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	18	54	72	2,0%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	38	54	92	2,5%
Cause esterne di morbosità e mortalità	81	20	101	2,8%
Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	0	0	0	0,0%
	1.825	1.810	3.635	100%

Mortalità	2012			
	M	F	Tot	%
Alcune Malattie infettive e parassitarie	36	31	67	1,8%
Tumori	572	450	1022	26,7%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	4	12	16	0,4%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	87	111	198	5,2%
Disturbi psichici e comportamentali	30	48	78	2,0%
Malattie del sistema nervoso	73	128	201	5,3%
Malattie dell'occhio e dei bulbi oculari	0	0	0	0,0%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	0	0	0	0,0%
Malattie del sistema circolatorio	651	816	1467	38,3%
Malattie del sistema respiratorio	168	129	297	7,8%
Malattie dell'apparato digerente	77	71	148	3,9%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1	2	3	0,1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	6	13	19	0,5%
Malattie dell'apparato genitourinario	37	50	87	2,3%
Gravidanza, parto e puerpeo	0	0	0	0,0%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	4	0	4	0,1%
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0	0	0	0,0%
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	31	59	90	2,4%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	45	67	112	2,9%
Cause esterne di morbosità e mortalità	9	10	19	0,5%
Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	0	0	0	0,0%
	1.831	1.997	3.828	100%

Mortalità	2013			
	M	F	Totale	%
Alcune Malattie infettive e parassitarie	35	47	82	2,2%
Tumori	606	437	1043	27,8%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	6	12	18	0,5%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	83	113	196	5,2%
Disturbi psichici e comportamentali	34	54	88	2,3%
Malattie del sistema nervoso	62	111	173	4,6%
Malattie dell'occhio e dei bulbi oculari	1		1	0,0%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	0	0	0	0,0%
Malattie del sistema circolatorio	586	782	1368	36,4%
Malattie del sistema respiratorio	150	129	279	7,4%
Malattie dell'apparato digerente	65	62	127	3,4%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	3	1	4	0,1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4	8	12	0,3%
Malattie dell'apparato genitourinario	34	61	95	2,5%
Gravidanza, parto e puerpeo	0	0	0	0,0%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	2	0	2	0,1%
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	3	3	6	0,2%
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	27	53	80	2,1%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	35	69	104	2,8%
Cause esterne di morbosità e mortalità	52	27	79	2,1%
Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	0	0	0	0,0%
	1.788	1.969	3.757	100%

Mortalità	2014			
	M	F	Totale	%
Alcune Malattie infettive e parassitarie	37	45	82	2,1%
Tumori	610	473	1083	28,0%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	9	11	20	0,5%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	87	133	220	5,7%
Disturbi psichici e comportamentali	36	66	102	2,6%
Malattie del sistema nervoso	70	84	154	4,0%
Malattie dell'occhio e dei bulbi oculari	0	0	0	0,0%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	0	0	0	0,0%
Malattie del sistema circolatorio	623	801	1424	36,8%
Malattie del sistema respiratorio	162	129	291	7,5%
Malattie dell'apparato digerente	79	58	137	3,5%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0	0	0	0,0%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo		13	13	0,3%
Malattie dell'apparato genitourinario	39	37	76	2,0%
Gravidanza, parto e puerpeo	0	0	0	0,0%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1	2	3	0,1%
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	1	2	3	0,1%
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	29	54	83	2,1%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	38	68	106	2,7%
Cause esterne di morbosità e mortalità	58	15	73	1,9%
Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	1		1	0,0%
	1.880	1.991	3.871	100%

Mortalità - Tasso x100.000 abitanti	2011	2012	2013	2014
Malattie infettive e parassitarie	15,21	16,73	20,51	20,42
Tumori	244,43	255,18	260,86	269,64
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	6,24	3,99	4,5	4,98
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	57,62	49,44	49,02	54,77
Disturbi psichici e comportamentali	17,46	19,48	22,01	25,4
Malattie del sistema nervoso	37,91	50,19	43,27	38,34
Malattie dell'occhio e dei bulbi oculari	0,25	0	0,25	0
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	0	0	0	0
Malattie del sistema circolatorio	336,72	366,29	342,14	354,54
Malattie del sistema respiratorio	64,1	74,16	69,78	72,45
Malattie dell'apparato digerente	36,17	36,95	31,76	34,11
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,5	0,75	1	0
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,99	4,74	3	3,24
Malattie dell'apparato genitourinario	17,71	21,72	23,76	18,92
Gravidanza, parto e puerperio	0,25	0	0	0
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1	1	0,5	0,75
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	2	0	1,5	0,75
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	17,96	22,47	20,01	20,66
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	22,95	27,96	26,01	26,39
Cause esterne di morbosità e mortalità	25,19	4,74	19,76	18,17
Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	0	0	0	0,25

Mortalità per Tumore	2011	2012	2013	2014
Tumori maligni del labbro, della cavità orale e della faringe (C00-C14)	0,7%	0,4%	0,3%	0,4%
Tumori maligni degli organi dell'apparato digerente (C15-C26)	7,6%	7,9%	8,2%	8,7%
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici (C30-C39)	5,1%	4,0%	4,6%	4,9%
Tumori maligni di osso e cartilagine articolare (C40-C41)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Melanoma e altri Tumori maligni della cute (C43-C44)	0,3%	0,4%	0,3%	0,6%
Tumori maligni di tessuto mesoteliale e dei tessuti molli (C45-C49)	0,4%	0,4%	0,5%	0,3%
Tumore maligno della mammella	2,4%	2,5%	2,3%	2,0%
Tumori maligni degli organi genitali femminili (C51-C58)	1,1%	1,3%	0,9%	1,2%
Tumori maligni degli organi genitali maschili (C60-C63)	1,6%	1,6%	1,6%	1,4%
Tumori maligni dell'apparato urinario (C64-C68)	1,7%	1,1%	1,5%	2,1%
Tumori maligni dell'occhio, dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso centrale (C69-C72)	0,7%	0,9%	0,9%	0,7%
Tumori maligni della tiroide e delle altre ghiandole endocrine (C73-C75)	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Tumori maligni di sedi mal definite, tumori secondari e di sedi non specificate (C76-C80)	0,7%	0,7%	1,0%	0,9%
Tumori maligni del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati (C81-C96)	2,0%	2,0%	2,2%	2,3%
Tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97)	0,2%	0,5%	0,6%	0,5%
Tumori in situ (D00-D09)	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Tumori benigni (D10-D36)	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%
Tumori di comportamento incerto o sconosciuto (D37-D48)	2,1%	2,1%	2,4%	1,6%
Totale	26,9%	26,2%	27,8%	28,0%

Mortalità per tumore - Tasso per 100.000 abitanti	2011	2012	2013	2014
Tumori maligni del labbro, della cavità orale e della faringe (C00-C14)	6,2	3,5	3,0	3,5
Tumori maligni degli organi dell'apparato digerente (C15-C26)	68,7	77,5	76,7	83,8
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici (C30-C39)	46,4	38,8	43,1	47,4
Tumori maligni di osso e cartilagine articolare (C40-C41)	0,5	0,8	1,2	1,0
Melanoma e altri Tumori maligni della cute (C43-C44)	3,0	4,3	3,2	5,7
Tumori maligni di tessuto mesoteliale e dei tessuti molli (C45-C49)	3,5	4,3	4,2	2,5
Tumore maligno della mammella	22,0	24,3	21,4	19,7
Tumori maligni degli organi genitali femminili (C51-C58)	9,7	12,5	8,2	12,0
Tumori maligni degli organi genitali maschili (C60-C63)	14,2	15,3	14,9	13,2
Tumori maligni dell'apparato urinario (C64-C68)	15,2	11,0	13,7	20,2
Tumori maligni dell'occhio, dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso centrale (C69-C72)	6,5	9,3	8,0	7,2
Tumori maligni della tiroide e delle altre ghiandole endocrine (C73-C75)	2,0	1,3	1,0	1,2
Tumori maligni di sedi mal definite, tumori secondari e di sedi non specificate (C76-C80)	6,5	7,0	9,5	8,7
Tumori maligni del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati (C81-C96)	17,7	19,8	20,7	22,0
Tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97)	1,5	4,5	5,2	5,2
Tumori in situ (D00-D09)	0,0	1,0	0,2	0,0
Tumori benigni (D10-D36)	1,7	0,5	3,2	1,2
Tumori di comportamento incerto o sconosciuto (D37-D48)	19,2	20,3	22,2	15,5
Totale	244,7	255,6	259,7	270,3

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

Per Missione aziendale si intende la ragione fondante e legittimante l'esistenza dell'Azienda, essa ha alla sua base la centralità del cittadino/utente e la risposta ai suoi bisogni di salute.



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

Questa è la Missione della nostra Azienda; dalla missione discendono gli obiettivi strategici, la visione, le mete verso cui proiettare l'Azienda.

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

La missione aziendale si fonda alcuni valori essenziali:

- orientamento al cittadino;
- centralità del cittadino e conseguente valorizzazione delle risorse umane presenti nell'organizzazione;
- visione unitaria dell'organizzazione, valutata e misurata sui risultati;
- piena integrazione dell'organizzazione nel più ampio sistema sociale e dei servizi del territorio provinciale.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità d'accesso dei cittadini ai servizi sociosanitari.

La Visione dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare i bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

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, definiti in coerenza con linee di indirizzo nazionali, norme in materia di finanza pubblica e di contenimento dei costi.

Obiettivi specifici, che hanno orientato l'azione dell'Azienda, sono quelli individuati con i DIEF emanati dalla Regione Puglia, nonché con atto regionale di nomina del Direttore Generale³ e gli obiettivi annuali integrati.

La Regione Puglia, con il Piano di Rientro 2010-2012, aveva avviato un articolato percorso per il risanamento del sistema sanitario, al fine di garantire sia economie strutturali all'interno del sistema sanitario regionale sia una riqualificazione dell'assistenza sanitaria con forme più appropriate.

Con il Programma Operativo 2013-2015⁴, la Regione Puglia intende proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza con una serie di interventi volti al miglioramento dell'offerta sanitaria ospedaliera e, soprattutto, di quella territoriale. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza e il percorso di accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell'uso delle risorse.

Obiettivi generali

- Miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie;
- Favorire la sicurezza delle cure attraverso l'ottimale gestione del rischio clinico;
- Cura del clima interno e programmazione di adeguati interventi formativi;
- Miglioramento dell'accessibilità alle strutture e riduzione dei tempi di attesa;
- Governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi e prestazioni;
- Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- Attuazione della programmazione regionale in materia di accordi contrattuali con le strutture private accreditate;
- Contenimento dei costi del personale e rideterminazione della dotazione organica;
- Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;
- Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità;
- Riduzione della spesa corrente e dei costi di produzione dei servizi;
- Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione;
- Semplificazione delle procedure amministrativo-contabili per la gestione dei rapporti con i fornitori e snellimento del processo di liquidazione fatture;
- Efficientamento energetico delle strutture e interventi di riduzione dell'impatto ambientale;

³ D.G.R. n. 160 del 10.02.2015

⁴ D.G.R. n. 1403 del 4.07.2014

- Innovazione tecnologica e ricerca medico-scientifica.
- Potenziamento dei sistemi di informazione e comunicazione, nonché di partecipazione attiva dei cittadini;
- Completamento del modello di Sanità Elettronica, evoluzione del nuovo sistema informativo sanitario (Edotto) e Portale della Salute;
- Attuazione del programma Trasparenza e integrità;
- Prevenzione della corruzione.

Obiettivi specifici

1. assistenza ospedaliera

- riorganizzazione della rete ospedaliera;
- miglioramento dei livelli di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera,
- adeguamento delle prestazioni ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- promozione della cultura della donazione di organi e sangue;
- riduzione della mobilità passiva extraregionale;
- attuazione del piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale.

2. assistenza territoriale

- potenziamento della rete dei servizi territoriali e integrazione dell'offerta ospedale-territorio;
- realizzazione di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento della Porta Unica di Accesso (PUA) e della Unità di Valutazione Multidimensionale;
- potenziamento dell'assistenza 118;
- potenziamento della rete consultoriale.

3. prevenzione

- potenziamento dei programmi di prevenzione e di screening della popolazione;
- promozione della salute e sani stili di vita della popolazione;
- attuazione del Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria;
- rilancio di politiche per la tutela della salute mentale e per la prevenzione di dipendenze patologiche;
- attuazione del Patto per la Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro.

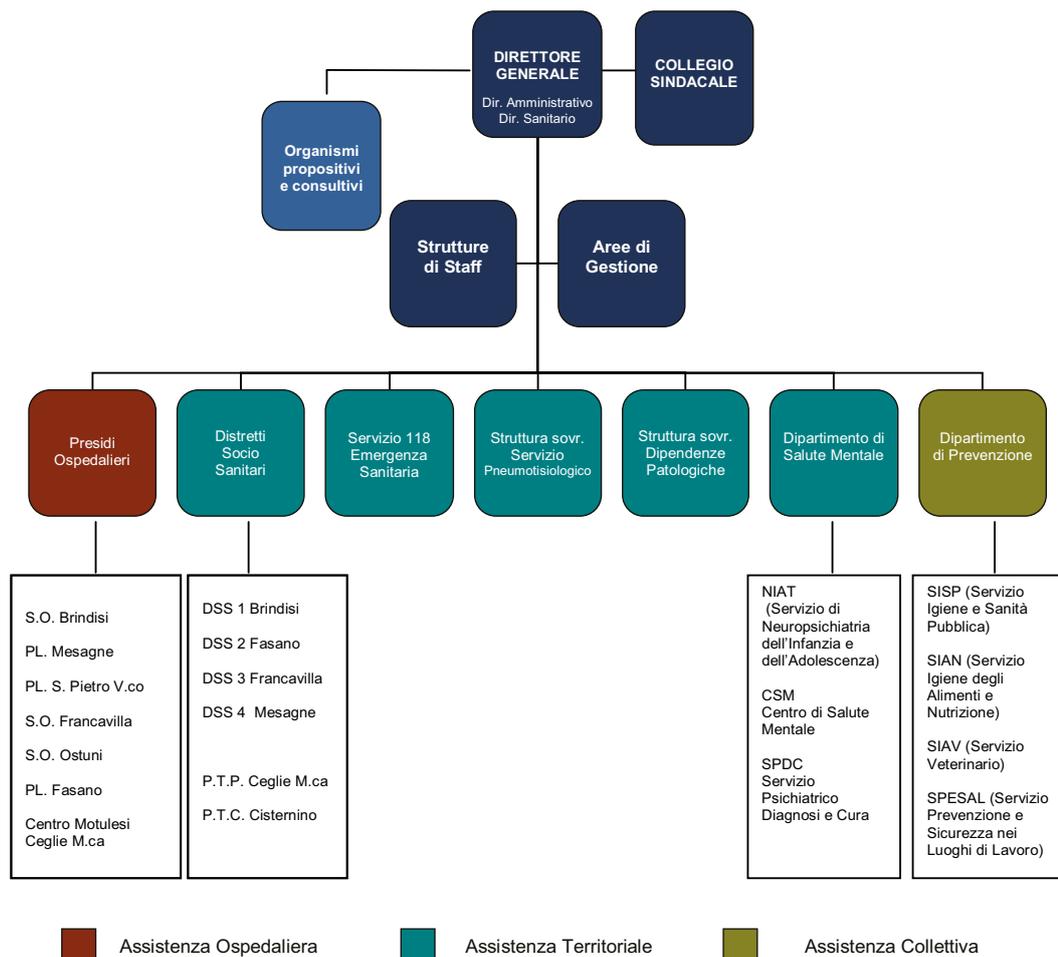
1.5

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 nel rispetto dei vincoli dettati dalla normativa nazionale e regionale.

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

Organigramma ASL BR



1.5.1 Organi di Governo e Direzione strategica

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

Il Direttore Generale

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

- definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare;
- verifica della rispondenza dei risultati dell'attività agli obiettivi assegnati;
- valorizzazione dell'autonomia dirigenziale anche attraverso la delega di atti con diritto di revoca.
- Nell'esercizio delle sue funzioni si avvale della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente. Dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui due designati dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Regione Puglia.

In particolare svolge la seguenti funzioni:

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

31

LA DIREZIONE STRATEGICA

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

Il Direttore Amministrativo

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

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

Il Direttore Sanitario

E' responsabile della definizione delle linee strategiche e della direzione del governo

clinico avvalendosi della collaborazione dei dirigenti delle strutture sanitarie. In particolare:

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

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

Unità a supporto della Direzione strategica

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

Strutture di staff

L'organizzazione delle strutture di staff è flessibile ed elastica per permettere, ove necessario, una rapida ed efficace integrazione delle diverse attività svolte.

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

Aree di Gestione

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

ORGANISMI PROPOSITIVI E CONSULTIVI

La Conferenza dei Sindaci

Istituita con la principale funzione di rappresentare le esigenze della popolazione, è composta dai venti Comuni della provincia. Al suo interno sono istituiti la Rappresentanza dei Sindaci ed il Comitato dei Sindaci del Distretto. 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 Collegio di Direzione

Ha funzioni consultive, propositive e di controllo. È nominato e presieduto dal Direttore Generale, che si avvale del Collegio per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione e delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria nonché alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. E' composto dal Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori di Distretto Socio-Sanitario, Direttori di Dipartimento, Direttori di Presidio Ospedaliero. Sono altresì componenti del Collegio i responsabili di ogni altra macro-articolazione ed i Responsabili dei Servizi delle professioni sanitarie-tecniche e sociali.

33

Il Consiglio dei Sanitari

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

Il Comitato Etico

Costituito con disposizione del Direttore Generale, 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 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 per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)

Previsto dalla normativa vigente, si compone di un gruppo centrale con funzioni di coordinamento e quattro gruppi periferici. Il gruppo centrale è costituito da 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 sono costituiti da 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 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.

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

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 ed ha funzioni propositive e consultive. Istituito nel marzo 2004 su direttive dell'ARES Puglia, il Comitato Consultivo Misto, è stato rinnovato ai sensi del Regolamento Regionale n. 4 del 10 marzo 2014. E' composto da parte ASL (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, Servizio Socio-Sanitario, Ufficio Qualità) e Associazioni di volontariato ed Organismi di Tutela accreditati. Articolato al suo interno con organi che svolgono differenti funzioni, è presieduto da un rappresentante delle Associazioni di volontariato accreditate.

1.5.2 Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale e sono costituiti da uno Stabilimento singolo o da più Plessi Ospedalieri 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.

35

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 neurolesi e motulesi" Ceglie Messapica
Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana Stabilimento Ospedaliero di Francavilla Fontana
Presidio Ospedaliero di Ostuni-Fasano 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

Negli ultimi anni l'organizzazione interna degli ospedali ha subito numerose trasformazioni dovute all'applicazione del Piano di Rientro 2010-2012 che ha previsto accorpamenti o riconversioni di alcune strutture. In proposito si fa rilevare che gli ex Stabilimenti

Ospedalieri di Ceglie Messapica e Cisternino, sono stati convertiti in strutture territoriali, afferenti quindi ai Distretti Socio-Sanitari, attraverso adeguati progetti di riqualificazione⁵. Nel periodo in esame la gestione è stata dettata dal Programma Operativo Regionale 2013-2015 tuttora in fase di attuazione.

1.5.3 Assistenza territoriale

I Distretti Socio-Sanitari

Strutture nelle quali 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.

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 quattro Distretti Socio-Sanitari:

Distretti Socio-Sanitari
<p>Distretto n. 1 – Brindisi, sede distrettuale Comuni afferenti: Brindisi, San Vito dei Normanni</p>
<p>Distretto n. 2 – Fasano, sede distrettuale Comuni afferenti: Fasano, Cisternino, Ostuni</p>
<p>Distretto n. 3 - Francavilla Fontana, sede distrettuale Comuni afferenti: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie M.ca, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli</p>
<p>Distretto n. 4 - Mesagne - sede distrettuale Comuni afferenti: Mesagne, Erchie, Latiano, Cellino S. Marco, San Donaci, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Torchiariolo, Torre S. Susanna</p>

⁵ Deliberazioni ASL BR n. 3136 del 6.12.2011 e n. 215 del 2.02.2012

Sono di competenza dei Distretti Socio-Sanitari due Presidi Territoriali Polifunzionali attivati alla fine del 2011 nelle ex sedi di Stabilimenti Ospedalieri al fine di attuare l'integrazione dell'assistenza territoriale:

- **Presidio Territoriale Polifunzionale (PTP) di Ceglie Messapica, afferente al Distretto Socio-Sanitario n. 3 di Francavilla Fontana**

- **Presidio Territoriale per le Cronicità di Cisternino (PTC), afferente al Distretto Socio-Sanitario n. 2 di Fasano.**

Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa di organizzazione e gestione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale in ogni fascia di età, nonché alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico. Il DSM colloca il trattamento del disagio, della malattia, della disabilità, all'interno di una visione che coglie la persona nella sua interezza, con le sue capacità e potenzialità, nonché il suo ambiente familiare, sociale e lavorativo. Riconosce come fine ultimo della propria attività lo sviluppo più elevato possibile delle abilità e delle autonomie dei propri utenti, sviluppando specifici programmi ed opera per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio, disturbo mentale e disabilità, per partecipare e promuovere attivamente i diritti di cittadinanza. L'organizzazione Dipartimentale consente la funzione fondamentale di integrazione delle differenti modalità di intervento, mantenendo coordinati e coerenti i processi assistenziali di diagnosi e di cure, con quelli più specificatamente preventivi e riabilitativi.

L'assetto organizzativo del dipartimento include:

- **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**

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.

- **Centri di Salute Mentale (CSM)**

I CSM, coincidenti con i territori dei Distretti di Brindisi, Fasano, Mesagne e Francavilla F.na, oltre le sedi distaccate del CSM di Carovigno e S. Pancrazio Salentino, 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.

- **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 fino al 21.12.2014.

- **Unita Operativa di Psicologia Clinica**

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

Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche

La Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche svolge le attività riconducibili all'area di intervento delle dipendenze da sostanze di abuso legali (alcol, tabacco, e taluni psicofarmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabis, ecstasy ed altre droghe) e del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Si avvale di un Sistema Informatico Regionale per l'inserimento dei dati relativi alle prestazioni svolte. Alla Struttura fanno capo i SERT istituiti dal DPR 309/90 e D.M. 444/90, i quali costituiscono le strutture di riferimento nel territorio provinciale dell'Azienda per i tossicodipendenti e per le loro famiglie e garantiscono interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento, avvalendosi anche degli Enti Ausiliari per l'inserimento dell'utenza in programmi residenziali e 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.

38

Struttura sovradistrettuale Servizio Pneumotisiologico

Il Servizio Pneumotisiologico, opera attraverso un percorso assistenziale che mette in rete tutte le risorse presenti nel territorio per assicurare interventi di cura e prevenzione 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 BR: Brindisi (sede principale), Mesagne, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, Ostuni.

E' stata creata 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;
- fisiopatologia respiratoria ambulatoriale.

Sono stati attivati, altresì, degli ambulatori di Pneumologia Riabilitativa, operativi presso le sedi di Mesagne, Brindisi, Francavilla Fontana, dove si effettuano i trattamenti di pneumologia riabilitativa (individuali e di gruppo).

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. Perché il soccorso sia sempre tempestivo ed efficace occorre quindi ricorrere al servizio 118 solo nelle reali situazioni di emergenza o urgenza, rivolgendosi alle altre articolazioni dell'assistenza sanitaria sul territorio in tutti gli altri casi.

1.5.4 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. Il Dipartimento, quindi, lavora per analizzare, prevedere e prevenire tutte quelle situazioni che potrebbero nuocere alla salute delle persone (e lo fa anche controllando la salute degli animali).

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

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

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

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

Contribuisce inoltre alle attività di educazione alla salute, di promozione della salute e

di prevenzione delle malattie cronico degenerative in collaborazione con gli altri servizi e Dipartimenti Aziendali.

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

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

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- vigilanza, sorveglianza e tutela igienico sanitaria di alimenti di origine vegetale, bevande

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

41

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

S.I.A.V. A Sanità animale

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

Il suo obiettivo primario è la tutela della salute del consumatore, attraverso un accurato e minuzioso controllo sulla produzione, trasformazione, conservazione, trasporto,

commercializzazione e distribuzione di tutti gli alimenti di origine animale e loro derivati.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

42



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.



2

RELAZIONE SOCIALE

2.1

Cittadini assistibili, utenti, attività

2.1.1 Cittadini assistibili

L'assistenza socio-sanitaria è garantita a tutti i cittadini presenti nel territorio di competenza della ASL BR, siano essi residenti o temporaneamente domiciliati, che vanno a costituire l'insieme dei cittadini assistibili. Tale insieme, pertanto, non coincide con la popolazione residente descritta nella prima parte del documento. Oltre ai residenti, infatti, possono iscriversi all'anagrafe sanitaria per un periodo di tempo determinato, con il diritto di scegliere un medico di base ed usufruire di prestazioni sanitarie, i cittadini appartenenti alle seguenti categorie: cittadini residenti in Italia con domicilio in comune diverso da quello di residenza per motivi di salute, lavoro, studio, familiari, per soggiorno obbligatorio o libertà provvisoria; stranieri regolarmente soggiornanti che hanno in corso regolari attività lavorative o sono iscritti nelle liste di collocamento; stranieri che hanno richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per motivi lavorativi, familiari, per asilo politico, umanitario, attesa adozione, affidamento, per acquisto della cittadinanza.

Per quanto premesso, l'attività della ASL di Brindisi è riferita al totale di *cittadini assistibili*, pari a 413.636 persone⁶, che risulta essere sempre significativamente superiore alla popolazione residente, pari a 398.661 unità al 31.12.2015. A livello numerico il dato risulta pressoché costante negli ultimi anni, anche se delinea via via modificata la distribuzione al suo interno a causa di un aumento del fenomeno di emigrazione in altre regioni da parte dei residenti con un contestuale aumento della immigrazione di soggetti provenienti da paesi esteri. Comprensibilmente, inoltre, gli eventi sanitari non sono omogeneamente distribuiti rispetto all'età ma tendono a concentrarsi in alcuni momenti della vita (nascita e primo anno di vita, gravidanza, età avanzata, ecc), ciò comporta un concomitante aumento della domanda di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Nella prima parte di questa sezione vengono illustrati i dati relativi alle diverse tipologie di attività (prevenzione, assistenza territoriale, ospedaliera, socio-sanitaria) disciplinata da appositi Regolamenti aziendali adottati per i diversi ambiti di intervento, e rivolta a differenti e più ampie categorie di popolazione.

Si è voluto fornire un particolare approfondimento circa le prestazioni erogate e gli interventi realizzati a supporto di alcune fasce deboli della popolazione che necessitano di un maggiore bisogno di assistenza socio-sanitaria:

- Famiglia
- Anziani
- Popolazione in età evolutiva
- Popolazione con disagio psichico
- Popolazione con dipendenze patologiche



⁶ Elaborazione alla data del 31 dicembre 2015

2.1.2 Attività di prevenzione

Si illustra qui di seguito un prospetto delle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione per gli anni 2014- 2015.

SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA	2014	2015
Profilassi malattie infettive		
N° notifiche di malattie infettive	269	188
N° di inchieste epidemiologiche a seguito di notifiche di malattie infettive	275	188
N° dei bambini residenti che hanno compiuto 24 mesi di età nell'anno e che hanno completato le somministrazioni delle 3 dosi di vaccini: difterite, tetano, polio ed epatite B (il dato è riferito al numero dei principi attivi somministrati ai bambini appartenenti alla coorte target)	8.640	10.181
N° di vaccinazioni obbligatorie eseguite	42.666	39.158
N° di vaccinazioni raccomandate eseguite	70.159	72.678
Educazione alla salute		
N° Interventi di educazione sanitaria e correzione stili di vita	230	1587
N° Interventi di informazione e formazione	1	15
N° di interventi di vigilanza sull'igiene delle scuole e degli alunni	114	72
Medicina legale		
N° certificazioni medico-legali (patenti, porto d'armi, adozione, cessione V° dello stipendio, contrassegno invalidi, ecc.)	9.492	15.090
N° di accertamenti sanitari per l'ammissione in comunità (asili nido, colonie estive)	37	15
N° di visite di fiscali richieste	6.581	6.849
N° di visite di fiscali effettuate	6.007	6.197
Vigilanza e controllo		
N° controlli inquinamento acque	280	235
N° di interventi per l'igiene sull'abitato	235	137
N° di controlli sulle attività di barbiere, parrucchiere, estetista, ecc.	165	132
N° sopralluoghi su aziende non alimentari effettuati	230	372
N° di controlli per verificare lo stato di igiene dei pubblici esercizi e del rispetto delle norme igieniche da parte del personale che vi opera	105	52
N° di esposti pervenuti	311	309
N° di esposti verificati	311	289

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	2014	2015
N° di aziende censite	8.798	8.979
Controllo Ufficiale		
N° di aziende alimentari ispezionate	583	648
N° campionamenti di alimenti eseguiti	359	257
N° aziende alimentari con irregolarità	108	126
N° provvedimenti sanitari	56	99
N° notizie di reato	13	8
Controllo Straordinario		
N° totale ispezioni effettuate	421	429
N° provvedimenti amministrativi	26	8
N° segnalazioni per provvedimenti giudiziari - notizie di reato	0	0
Funghi epigei freschi		
N° controlli sanitari sui funghi epigei freschi destinati al commercio al dettaglio	392	314
Acque destinate al consumo umano		
N° ispezioni sulle acque destinate al consumo umano	42	0
N° campionamenti sulle acque destinate al consumo umano	221	4
N° campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	28	6
N° provvedimenti per campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	4	0
Ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti		
N° campionamenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti	116	105
N° campioni di alimenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari irregolari	2	2
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari in attività	145	57
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari controllati	9	13
Attività del centro di controllo micologico		
N° eventi di formazione nei confronti di terzi	0	0
N° persone formate	0	78
N° interventi per intossicazioni da funghi	19	22
N° persone intossicate da funghi	35	34
N° certificati di commestibilità per il commercio	392	314
N° certificati per i privati	1.554	1.658

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	2014	2015
N° di denunce per malattie professionali registrate	123	133
N° di infortuni ricevuti e registrati	82	65
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di malattia professionale, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura	27	4
N° di indagini con carattere di Polizia Giudiziaria, per casi di infortuni sul lavoro, svolte su iniziativa o su delega ricevuta dalla Magistratura.	34	30
N° di piani di lavoro esaminati (amianto, edilizia)	390	353
N° di sopralluoghi effettuati su aziende sottoposte ad interventi di vigilanza per piani mirati (di comparto, di rischio, etc.) (edilizia, tatuaggi, parrucchieri, palestre) comprensivi di indagini ambientali, atti di polizia giudiziaria etc	945	1035
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato	533	449
N° di esposti pervenuti	33	43
N° di esposti verificati	21	41

SERVIZIO VETERINARIO - AREA A - Sanità animale	2014	2015
N° di interventi per l'igiene sull'abitato: sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio delle zoonosi	936	982
Controllo sugli allevamenti di bestiame		
N° di prelievi per piani nazionali di profilassi	34.412	35.220
N° di interventi di profilassi delle malattie ed indagini epidemiologiche nei casi di infezione	0	0
N° misure restrittive degli allevamenti infetti	0	0
N° di certificazioni rilasciate	2.348	2.159
N° operazioni di marcatura animali	2.229	2.409
N° di interventi sanitari su cani presso canili	627	123
N° osservazioni di cani ed altri animali morsicatori	242	171
Controllo sugli animali da affezione		
N° di controlli legati alla gestione dell'anagrafe canina	1.760	1.594
N° di interventi finalizzati alla lotta al randagismo dei cani	851	413
N° di interventi di profilassi antirabbica	624	468
N° di passaporti rilasciati per animali da compagnia	204	205
N° di esposti pervenuti	227	168
N° di esposti verificati	227	168

SERVIZIO VETERINARIO – AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati		2014	2015
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato		15	26
N° di controlli sugli stabilimenti autorizzati ai sensi della Legge 283/64, esercizi di vendita al dettaglio, per la ristorazione pubblica e collettiva, mezzi di trasporto e autonegozi		882	973
N. interventi su richiesta di altri Enti e/o Organi ed Autorità		24	36
Controllo sugli impianti di macellazione			
N° dei capi macellati		7.443	9.366
N° di campioni prelevati da capi macellati (piano residui, esami di laboratorio complementari al giudizio ispettivo)		61	128
N° di esami trichinoscopici effettuati		2.587	3.642
N° di certificazioni ed attestazione sulla salubrità degli alimenti di origine animale		276	371
Controlli Ufficiali sugli O.S.A. (Operatori del Settore Alimentare)			
N° campioni per ricerche MBT e chimiche prelevati da esercizi e attività di vendita al dettaglio, mezzi di trasporto e stabilimenti.	Settore Carni	96	112
	Settore Prodotti ittici	83	96
	Settore Molluschi	59	63
	Settore Latte e derivati	66	74
	Settore uova e ovo prodotti	41	53
Categorizzazione del rischio sanitario effettuato sugli O.S.A. ex Reg. Ce n.852/2004 (ex P.R.C. 2014/15)		936	1.024
Controllo Ufficiale su alimenti di O.A. e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti (ex D.G.R. n. 928/2013)		5	8
Piano di monitoraggio per il rischio aflatossine nel latte e prodotti a base di latte (ex Reg. CE n.1881/2006, parte 2, punto 2.1..8)		6	8
Piano Straordinario di monitoraggio del latte e di prodotti a base di latte per malattie a trasmissione Alimentare (MTA) in relazione all'aumento di casi di S.E.U. (ricerca VTEC)		23	28
Programma straordinario ricerca residui di PP.FF. nei prodotti alimentari di O.A. (ex Reg. (UE) n.400_2014)		3	4
Ispes.in O.S.A. ex Reg. CE n.852_04	Senza prescrizioni	436	584
	Con prescrizioni (art.54, Reg CE n. 882_04)	36	41
Ispes.in O.S.A. ex Reg. CE n.853_04	Senza prescrizioni	113	146
	Con prescrizioni (art.54, Reg CE n. 882_04)	12	21
Macellazioni Aziendali (ex L.R. n.45_2013 e R.R. n. 7/15)	Autorizzazioni Capi di Bestiame	18	26
	Autorizzazione Aziende	8	12
Piano straordinario circa la verifica dell'efficacia dei CC.UU. eseguiti dalle AA.CC. (ex art.8 (3) del Reg. CE n.882_04)	In tempo reale	11	18
	A posteriori	18	26
Programma di Audit dell'Autorità Competente su O.S.A. "riconosciuti" ex Reg. Ce n.853/2004 (ex art.4(6), Reg. CEn882/2004)	Settore Carni	8	9
	Settore Prodotti ittici	7	11
	Settore Latte e derivati	6	9
	Settore uova	7	11
	Settore Prodotti composti	1	2

SERVIZIO VETERINARIO – AREA C – IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	2014	2015
Controllo sugli allevamenti e rivendite		
Piani di controllo sugli allevamenti registrati	33	28
Attività legate ai controlli sulla gestione igienico sanitaria	42	47
Farmacosorveglianza	31	22
N° di controlli di benessere animale in allevamento	63	32
N° campionamenti di alimenti per animali	62	33
N° di campionamenti alimenti Produzione Primaria per consumo umano	33	21
N° sopralluoghi pervenuti ed effettuati (mangimi)	12	11
N° prelievi tronco encefalico da animali destinati all'alimentazione umana	20	24
N° interventi effettuati in ambiente urbano	98	163
N° controlli effettuati su sottoprodotti di origine animale	364	367
N° controlli sul benessere animale durante il trasporto di animali vivi	10	10
N° di aziende sottoposte ad interventi di vigilanza a seguito di esposti, segnalazioni, richieste della Magistratura che hanno richiesto eventuali atti di polizia giudiziaria, verbali di contravvenzione o comunicazioni di reato	1	6

PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE (VACCINAZIONI)

Il Dipartimento di Prevenzione, attraverso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, provvede all'organizzazione ed all'offerta delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate secondo il calendario vaccinale regionale vigente.

Con deliberazione 20 maggio 2014, n. 958 la Giunta regionale ha approvato il nuovo calendario vaccinale per la vita 2014. Si tratta di un atto normativo che introduce importanti novità nel campo della prevenzione vaccinale superando definitivamente il concetto del "calendario dell'infanzia" in uso fino ai tempi recenti e proseguendo il percorso avviato dagli organi regionali con l'adozione della DGR 241/2013.

In particolare la deliberazione prevede:

1. L'introduzione della vaccinazione antimeningococco di tipo "B" a partire dalla coorte di nascita 2014
2. Nuove strategie di offerta della vaccinazione antipapilloma virus attraverso l'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione alle ragazze nel corso del venticinquesimo anno d'età nonché agli adolescenti di sesso maschile nel corso del dodicesimo anno d'età
3. L'estensione dell'offerta della vaccinazione antipneumococcica ai soggetti a rischio dai sei ai quarantanove anni

In conformità alle già richiamate disposizioni legislative il Servizio di Igiene Pubblica ha proseguito nell'offerta vaccinale di tutte le vaccinazioni, obbligatorie e raccomandate, previste nel nuovo calendario vaccinale per la vita anche nei confronti dei vaccini di introduzione più recente, quali antirotavirus, antimeningococco C, antivaricella, anti HPV, antipneumococco 13-valente, antimeningococco coniugato quadrivalente ACYW₁₃₅. Per tutto ciò, ha messo in atto tutte le possibili iniziative atte al raggiungimento degli obiettivi di copertura prefissati. In particolare si è puntato sulla formazione degli operatori alle tecniche di comunicazione con un corso di counselling avanzato (in tre moduli nella primavera del 2015).

I risultati previsti sono monitorati attraverso l'utilizzo del Sistema Informativo Regionale (GIAVA), a tale proposito si fa presente che la ASL BR ha dato pienamente seguito a quanto previsto dal "Piano Nazionale della Prevenzione - Progetto Vaccinazioni" con l'informatizzazione di tutti i centri vaccinali della provincia e sta provvedendo all'imputazione dei dati storici e correnti.

Sempre nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive, opera il **Centro di Medicina dei Viaggi**, strutturato su 3 ambulatori operanti uno a Brindisi, in Piazza Di Summa presso i locali del Dipartimento di Prevenzione, uno a Fasano, in via San Francesco presso l'Ambulatorio Vaccinazioni ed uno a Mesagne, in via Panareo presso l'Ambulatorio Vaccinazioni.

L'attività del Centro si concretizza nel fornire informazione e consulenza ai viaggiatori, con l'indicazione delle precauzioni da adottare in base ai rischi specifici delle destinazioni da raggiungere, oltre all'esecuzione delle vaccinazioni richieste. In particolare, il Servizio possiede l'autorizzazione del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute ad effettuare la vaccinazione contro la Febbre Gialla (anti-amarillica) ed al rilascio del relativo certificato ad uso internazionale. Il Centro, inoltre, offre sistematicamente la propria consulenza al personale ONU e di altre Organizzazioni NG, continuando a registrare costantemente una crescente domanda di prestazioni. Nei primi 10 anni di attività si sono avuti, infatti, circa 2.500 accessi.

I risultati raggiunti in termini di coperture vaccinali, insieme alle attività svolte per il monitoraggio delle malattie infettive, come ad esempio gli interventi presso il CARA di Restinco, l'informatizzazione della sorveglianza delle malattie infettive, le attività di prevenzione ed informazione rivolte alla popolazione hanno determinato un trend in discesa dell'incidenza, prevalenza e mortalità per patologia infettiva.

50

SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA" (PASSI)

Si tratta di una raccolta continua e sistematica di dati che permette di avere informazioni su alcune dimensioni dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciute, e potrà servire per la programmazione e la successiva valutazione degli interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche e alla promozione di uno stile di vita sano. I principali argomenti oggetto dell'indagine sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, screening del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; sono anche raccolti dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute; inoltre, in occasione di alcune situazioni sanitarie di grande impatto (come ad esempio la pandemia A/H1N1), vengono inseriti moduli aggiuntivi per valutare specifici aspetti. Per ottenere queste informazioni vengono rivolte, durante tutto l'arco dell'anno, alcune domande ad un campione rappresentativo di persone di 18-69 anni scelte a caso dalle liste dell'anagrafe assistiti dell'Azienda Sanitaria. Il cambiamento culturale che sta alla base del PASSI è quello di passare da un sistema che misura la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie a uno che ascolta direttamente i bisogni di salute percepiti. La rilevazione, iniziata a settembre 2007, ha avuto ad oggetto, fino al 31 dicembre 2015, circa 2.810 interviste i cui risultati saranno pubblicati a breve.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Il Dipartimento di Prevenzione, tramite l'Ufficio Promozione della Salute, Educazione ed Informazione Sanitaria (U.P.S.) ha coordinato, su scala provinciale, i programmi compresi

nel Piano Strategico Regionale di promozione ed educazione alla salute nelle scuole e formalizzati nel relativo "Catalogo". In particolare l'Ufficio ha direttamente attivato, implementato e partecipato ai seguenti programmi di promozione ed educazione alla salute:

Programma di educazione alla salute respiratoria e di prevenzione del tabagismo ("Club dei vincenti" e "Le avventure di poll & mony")

Il programma, svolto con metodologia che esclude la modalità basata sull'aspetto informativo, allarmistico o che fa chiari riferimenti ai danni e le patologie legate al fumo di sigaretta, promuove lo sviluppo di abilità propedeutiche a scelte salutari responsabili (*life skills*). L'intervento si è sviluppato nella Scuola primaria (secondo ciclo) e si pone gli obiettivi di: promuovere la necessità di respiro pulito, riconoscere l'influenza dei pari e promuovere l'acquisizione di competenze per lo sviluppo dell'assertività e dell'autoconsapevolezza. Le prime due annualità sono state svolte in via sperimentale presso due Istituti Comprensivi limitatamente alla città di Brindisi, in collaborazione con il NIAT ASL BR, coinvolgendo 9 classi e 175 alunni. Dopo la fase di sperimentazione, a partire dal settembre 2015, previa approvazione del Gruppo Tecnico Interistituzionale regionale "Scuola e Salute", il programma "le Avventure di Poll & Mony", di originale elaborazione dell'UPS ASL BR, è stato inserito nella programmazione regionale per l'attivazione in tutte le ASL pugliesi.

"Liberi di scegliere" - Programma di educazione alla salute respiratoria

Proposto dall'agenzia Regionale A.RE.S. e rivolto alle classi seconde delle scuole secondarie di primo grado. Il progetto fa parte del programma nazionale di prevenzione del tabagismo (CCM) e integra il ciclo iniziato con il progetto "Club dei vincenti", proponendo le seguenti finalità: aiutare i ragazzi a comprendere il complesso di fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare; potenziare le capacità di far fronte alle pressioni sociali; aiutare i ragazzi a saper essere "non fumatori". Anche in questa attività la metodologia promuove le *life skills* quale unico strumento di orientamento per la promozione dei comportamenti salutari. Il progetto prevede la formazione degli insegnanti, che in classe attuano 5 unità, e che a fine corso producono elaborati a tema. Negli anni 2014-2015 hanno svolto il progetto 9 Istituti secondarie di primo grado e 1030 alunni coinvolti.

51

"Insieme per la sicurezza: fatti...vivo" - Programma di prevenzione degli incidenti stradali alcol e droga correlati

E' rivolto ai ragazzi delle classi terze delle scuole secondarie di primo grado e delle classi seconde e quarte delle scuole secondarie di secondo grado. L'attuazione del programma ha visto la stretta collaborazione della Struttura Sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche (S.S.D.P.) della ASL Brindisi, coinvolgendo Associazioni territoriali e vari Comandi di Polizia Municipale e della Polizia di Stato, che hanno collaborato attraverso la partecipazione attiva di personale specializzato agli incontri con gli alunni e o insegnanti, assieme al *team* interdisciplinare ASL. Gli obiettivi del programma sono la prevenzione dei comportamenti di uso/abuso di alcol e sostanze psicotrope e quindi la promozione della sicurezza stradale. La metodologia usata si basa sulla *peer education* per i ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado, ovvero su lezioni interattive, per gli alunni della scuola secondaria di primo grado. Il progetto, di originale elaborazione dell'U.P.S., negli anni 2014-2015 ha coinvolto 16 Istituti Scolastici raggiungendo complessivamente 2500 studenti. A supporto delle attività, l'U.P.S. ha ideato e realizzato due guide didattiche, una ad uso dei docenti (con attività di *tutor*) e una per gli studenti *Peer Educator*, entrambi pubblicate e disponibili sul sito *web* della ASL BR.

“Il gioco della rete che promuove la salute” - Programma di prevenzione della dipendenza da telefoni cellulari, internet, videogiochi e gioco d’azzardo.

La progettualità si inserisce nell’ambito della prevenzione delle dipendenze comportamentali o “*sine materia*” e nello specifico dei rischi legati ad un uso improprio di telefoni cellulari, internet, videogiochi e promuove il contrasto del gioco d’azzardo patologico. Le azioni previste mirano: 1) a migliorare le capacità e le competenze (*life skills*) dei ragazzi necessarie per affrontare i cambiamenti nelle relazioni sociali e il coinvolgimento in comportamenti che possono comprometterne il benessere psicofisico; 2) a fornire agli insegnanti metodi e strumenti didattici adeguati per affrontare con i ragazzi il fenomeno delle dipendenze comportamentali; 3) a sostenere i genitori nella gestione della relazione con i figli in una fase delicata della loro crescita. Il coordinamento e l’attuazione sono stati curati da U.P.S. e S.S.D.P. ASL BR; nel periodo 2014-2015 sono stati coinvolti 10 Istituti Scolastici e raggiunti complessivamente 1.162 alunni.

“Unplugged” - Programma di prevenzione dei comportamenti a rischio e lotta alle dipendenze

L’obiettivo generale del programma è prevenire e/o ritardare l’uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive, mediante gli obiettivi specifici di favorire e consolidare il rafforzamento delle competenze ed abilità interpersonali dei giovani; modificare le errate convinzioni sulla diffusione e accettazione sociale dell’uso di sostanze; aumentare le conoscenze sui rischi connessi all’uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle stesse. Il Programma prevede come destinatari intermedi i docenti e le famiglie, mentre destinatari finali sono gli studenti della Scuola Secondaria di 1° e 2° grado (classi: 3^ media e 1^ superiore). L’intervento è stato condotto da una équipe interdisciplinare U.P.S. - Dipartimento di Prevenzione- S.S.D.P. ASL Brindisi; nel periodo 2014-2015 sono stati coinvolti 4 Istituti Scolastici e formati 40 insegnanti.

“Teen explorer” - Programma di prevenzione del cyber bullismo e dell’adescamento on line

Programma ideato e condotto dal Team regionale ‘Teen Explorer’ (UO Psicologia clinica Ospedale Pediatrico ‘Giovanni XXIII’, Bari), si è sviluppato territorialmente grazie al coinvolgimento dei Centri Anti-violenza (CAV) territoriali ed i professionisti ASL della rete GIADA ed alla partecipazione di esperti della Polizia di Stato (P. delle Comunicazioni); ha coinvolto l’U.P.S. per attività di facilitazione, organizzazione e raccordo territoriale tra i vari attori. L’obiettivo generale del programma è di prevenire i pericoli associati all’uso improprio del web, attraverso il conseguimento dei seguenti obiettivi specifici: 1) ridurre la prevalenza di adolescenti che incorrono in pericoli associati al web; 2) responsabilizzare i ragazzi, stimolando l’*empowerment* e l’uso di strategie di *coping* funzionali in situazioni di pericolo; 3) sostenere lo sviluppo di abilità psicosociali atte a fronteggiare le pressioni sociali (consapevolezza del Sé, capacità di *problem solving*, autoaffermazione e gestione dello stress). Destinatari finali dell’intervento sono gli Studenti della Scuola Secondaria di 1° grado, mentre i destinatari intermedi sono i docenti e genitori. Nei due anni 2014 e 2015, il progetto ha coinvolto i docenti di 5 Istituti Scolastici e raggiunto 600 alunni.

“Corretta alimentazione e nutraceutici: intervento a km 0”

Si pone l’obiettivo generale di approfondire conoscenze e competenze in campo alimentare per una corretta e salutare alimentazione dei giovani in età evolutiva, mediante i seguenti obiettivi specifici:

- Acquisizione e/o approfondimento di elementi certi e scientificamente comprovati per una corretta gestione dell’alimentazione, al fine di evitare diete estemporanee e

- integrazioni forzate con additivi ed integratori alimentari;
- Contenimento delle intolleranze alimentari e patologie dismetaboliche.
 - Condotta dal *team* regionale “Nutraceutica” e con il contributo di professionisti di enti ed Associazioni territoriali (*Slow Food, Istituto Alberghiero*), nel periodo 2014-2015 ha coinvolto coinvolti 8 Istituti Scolastici e formato, in un percorso biennale, 20 docenti.

“Affettivamente”- Progetto di educazione all'affettività - prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili - promozione della vaccinazione anti-hpv

Sviluppato da *équipes* multidisciplinari dei Consultori Familiari territoriali con la partecipazione, per gli aspetti di competenza, di personale specialistico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL BR, si pone come obiettivo generale la prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio, favorendo l'assunzione di comportamenti adeguati e responsabili nelle relazioni e con il sesso durante il percorso di crescita dei ragazzi. Il 'target' dell'intervento sono gli studenti di Scuola Secondaria di 1° e 2° grado: in particolare, nelle scuole secondarie di secondo grado è stata utilizzata la metodologia della *Peer Education*. Nel periodo 2014-2015 il progetto ha coinvolto 10 Istituti Scolastici e complessivamente 1800 studenti.

“In testa...ma non per molto!” - Programma di informazione per la prevenzione della pediculosi nelle scuole

L'azione informativa, prevede un percorso concertato con la scuola attraverso vari strumenti quali: circolari, linee guida/protocolli operativi, distribuzione di materiale didattico oppure incontri con famiglie e operatori scolastici. La distribuzione di un opuscolo, di originale ideazione U.P.S. ASL BR, realizzato in forma narrativa-figurativa e destinato ai piccoli alunni -1^ elementare- ed alle famiglie (disponibile anche sul Portale regionale della Salute e sul sito web ASL BR in formato “audiolibro” e pdf) integra utilmente gli interventi coordinati tra scuola e servizio sanitario territoriale. Il programma di informazione affianca, infatti, l'azione preventiva ed educativa degli operatori degli Uffici di Igiene territoriali (SISP), impegnati nei rispettivi ambiti territoriali. Negli anni 2014-2015 hanno aderito al programma 14 Istituti Scolastici per complessivi 30500 alunni raggiunti con le rispettive famiglie.

“Oltre il segno” - Programma sui rischi connessi alla pratica del tatuaggio e del piercing

Il programma si pone l'obiettivo di diffondere informazioni, fondate su basi scientificamente corrette, relative ai diversi aspetti a tutela della propria salute riguardanti le pratiche di tatuaggio e piercing, in particolare quelli igienico-sanitari e quelli legati ai rischi infettivi; intende inoltre approfondire la conoscenza del fenomeno-tendenza tra i giovani mediante l'acquisizione di dati epidemiologici regionali “ad hoc”. L'intervento è stato svolto da una *équipe* multidisciplinare Dipartimento di Prevenzione- Ufficio Tutela della Salute del P.O. “Perrino” e negli anni 2014-2015 ha interessato 4 Istituti scolastici per complessivi 1627 alunni coinvolti.

“Superiamo le difficoltà” - Programma di prevenzione dislessia e difetti della refrazione

Attivato nel 2011 grazie all'impegno dell'Ambulatorio di Ortottica-U.O.C. di Oculistica del P.O. “Perrino” di Brindisi, in collaborazione con l'Associazione “Fiori di Vernal”, è stato successivamente integrato, con l'apporto del N.I.A.T. ASL BR, per gli aspetti attinenti la Dislessia, perseguendo l'obiettivo generale di fornire elementi di base per la corretta individuazione e prevenzione dei difetti visivi spesso confusi con le difficoltà di apprendimento e viceversa. L'intervento consiste nella formazione dei docenti, in particolare della scuola primaria, sulla rilevazione di segni, anche indiretti, suggestivi di difetti di refrazione e/o deficit dell'apprendimento. Il progetto è stato implementato in 5 scuole del territorio provinciale.

“Laboratorio del sale: poco sale ma iodato per crescere bene” – Programma di promozione della iodoprofilassi e prevenzione dei disturbi da carenza iodica

Ideato, sviluppato ed implementato dall'Ambulatorio di Endocrinologia di S. Pietro V.co del D.S.S. n.4 ASL BR, in collaborazione con l'associazione G.A.T. (Gruppo Aiuto Tiroide), si pone l'obiettivo di fornire -attraverso l'esperienza - informazioni corrette relative al binomio tiroide-iodio e cuore-sodio, promuovendo l'uso, se pur moderato, del sale iodato; ha coinvolto 2 Istituti scolastici per ciascun anno: 2014 e 2015.

“Dal palcoscenico alla realtà”

Condotto a livello territoriale dagli specialisti del servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) del Dipartimento di Prevenzione, è indirizzato agli studenti degli Istituti superiori ad indirizzo tecnico e professionali, con l'obiettivo - con l'ausilio di una rappresentazione teatrale - di sensibilizzarli sul tema della sicurezza negli ambienti di lavoro, sviluppando ed approfondendo le conoscenze sulle dinamiche infortunistiche e sulle misure di prevenzione nei luoghi di lavoro. Nel periodo considerato (2014 -2015) hanno partecipato al programma 6 Istituti scolastici con 950 studenti.

“Percorsi di salute” - Programma di promozione dell'attività motoria per adulti

L'Ufficio Promozione della Salute ha aderito e partecipato, anche in sede di redazione- al Programma regionale di Promozione dell'Attività Motoria negli adulti di età tra i 55 ed i 75 anni “Kilometri in Salute”, approvato con DGR 27/12/2012 N° 3010. “Percorsi di Salute” costituisce il Piano operativo ASL BR del citato programma regionale ed è stato espletato da una équipe multidisciplinare ASL Brindisi costituita da professionisti afferenti, oltre che all'U.P.S., al DSM-NIAT, all'UTIC P.O. “Perrino”, al Distretto S.S. n. 4 - Poliambulatorio di San Pancrazio Sal.no, in collaborazione con la UISP (Unione Italiana Per Sport tutti), la partecipazione dei medici di medicina generale, il contributo dei Laboratori Analisi P.O. “Perrino” e S.O. “N. Melli” S. Pietro V.co, nonché il contributo di Associazioni di volontariato ed Enti locali (Comuni) degli ambiti territoriali oggetto dell'intervento (comuni di Brindisi e S. Pancrazio Salentino). Negli anni 2014-2015 sono stati coinvolti 106 cittadini organizzati in complessivi n. 5 gruppi di cammino, con attività sia all'aperto che *indoor*, sottoposti a monitoraggio pre- e post- attività (valutazioni mediche generali e cardiologiche, esami ematochimici, parametri antropometrici e di benessere fisico-psichico, consumo farmaci). Parallelamente alle attività di “Percorsi di Salute”, con il supporto dell'U.P.S. ed adottando la medesima metodologia, il *team* del Centro di Salute Mentale di S. Pancrazio Salentino ha attivato il progetto “FISICA...MENTE” che ha coinvolto, nella promozione dell'attività motoria e della corretta alimentazione, 15 pazienti afferenti al medesimo C.S.M., organizzati in gruppo di cammino. Le attività progettuali (che prevedono futuri sviluppi, con la previsione di ulteriori gruppi di cammino) si sono concluse con due convegni di comunicazione e socializzazione dei risultati, svoltisi nei due comuni interessati. Sul sito web ASL BR è disponibile il *file* in pdf “Percorsi di salute”, un opuscolo-diario motivazionale ideato e prodotto dall' U.P.S. destinato al cittadino che intenda dedicarsi al cammino, come attività motoria di base.

Progetto regionale di Prevenzione dell'Obesità SBAM! (Sport, Benessere, Alimentazione, Mobilità, Scuola)

Durante l'anno scolastico 2014-15 sono continuate le attività previste nell'ambito del progetto SBAM!, che coinvolgeva 71 classi di 15 Istituti scolastici della Provincia di Brindisi. Si sono svolti corsi di formazione sulla corretta alimentazione in età pediatrica e sulla prevenzione dell'obesità infantile per i genitori (396 in totale) e per gli insegnanti (423) delle scuole primarie che hanno aderito al progetto. I bambini che hanno partecipato

ai laboratori del gusto, alle attività svolte dalle Masserie didattiche e da personale CONI sono stati in tutto 1572. Alcuni istituti a fine anno scolastico hanno concluso il progetto con manifestazioni culinarie e sportive in piazza (Fasano) o nel cortile della scuola e campi da gioco comunali (Latiano). Nell'ambito del progetto sono stati elaborati e diffusi manuali e materiale didattico per genitori e alunni coinvolti.

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

Continuazione delle attività iniziate nel 2008 nei paesi della provincia. Acquisizione della città di S. Vito dei Normanni nel numero delle municipalità collaboranti. Nel 2014 - 15 sono continuati i controlli delle mense scolastiche nel territorio della ASL. Hanno fatto richiesta del menù elaborato dall'U.O. di Igiene della nutrizione e dello schema delle merende buone n.6 scuole dell'infanzia private. Il progetto CIPxCIOP è stato presentato nella conferenza nazionale "La sanità in Italia: falsi miti e vere eccellenze" tenutasi a Roma il 22/04/2015 e al 25° Congresso European Childhood Obesity Group tenutosi a Stoccolma dal 12 al 15/10/2015.

Okkio alla Salute 2014

La ASL di Brindisi ha partecipato alla 4° raccolta dati del programma di sorveglianza nutrizionale in età pediatrica promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero della Salute e dal MIUR. Sono stati coinvolti 23 plessi scolastici campionati in tutta la Provincia. Sono stati somministrati in totale 575 questionari ai genitori dei bambini, tra gli 8 e i 9 anni, le cui classi sono state campionate. È stato somministrato anche un semplice questionario ad ogni bambino e sono state rilevate le misure antropometriche dei bambini partecipanti. I questionari (scuola-classe-genitori-alunno) sono stati inseriti dal personale dell'U.O. di Igiene di nutrizione. È possibile visionare i risultati dell'indagine su <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2014/Puglia.pdf>

55

TUTELA IGIENICO SANITARIA DEGLI ALIMENTI - SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) è attivamente impegnato al raggiungimento degli obiettivi regionali di cui alle seguenti programmazioni:

- Piano Regionale Integrato dei Controlli in materia di sicurezza alimentare (DGR 928 del 13.5.2013 e s.i.m.)
- Piano Regionale di controllo sulla vendita e utilizzo dei prodotti fitosanitari, diretto a valutare eventuali effetti negativi derivanti dall'utilizzo dei prodotti fitosanitari sulla salute degli operatori e della popolazione esposta a residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari negli alimenti, nelle bevande e nell'ambiente;
- Controllo Ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale in adempimento del D.M. 23/12/1992 e s.m.i.;
- Piano comunitario di campionamento destinato a garantire il rispetto dei limiti massimi e a valutare l'esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei e sui prodotti alimentari di origine vegetale.;
- Piano Regionale di Controllo Ufficiale sugli OGM di cui alla delibera G.R. n. 1923 del 21/10/2008;
- Piani Regionali di monitoraggio per la ricerca di residui e contaminanti negli alimenti;
- Piano di monitoraggio delle acque destinate al consumo umano di cui al D. L.gs n. 31/2000.

Nel SIAN è operativo un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'organizzazione dei corsi di

formazione degli operatori del settore della ristorazione pubblica e collettiva in materia di corretta preparazione e somministrazione di alimenti "gluten free". E' stata data la priorità agli operatori della ristorazione ospedaliera e scolastica e sono state svolte iniziative in collaborazione con gli Istituti Professionali Alberghieri, con l'obiettivo di diffondere - tra i professionisti della ristorazione - la cultura della corretta alimentazione delle persone affette da celiachia, anche in termini di servizio e di accoglienza, al fine di promuovere il pieno inserimento sociale del soggetto celiaco.

Il Gruppo di lavoro "Celiachia", integrato da esperti dell'AIC (Associazione Italiana Celiachia), nel periodo 2014-2015 ha tenuto complessivamente 9 corsi, formando 235 operatori del settore alimentare. Il SIAN ha altresì costituito un gruppo di lavoro "Audit", con il compito di implementare controlli sugli Operatori del Settore Alimentare con l'innovativo strumento operativo introdotto dalla legislazione europea, l'*audit* appunto, in osservanza di quanto programmato a livello regionale nel Piano Regionale Integrato dei Controlli, con attenzione particolare alle attività a più elevato rischio igienico-sanitario (industrie conserviere, cucine centralizzate per ristorazione collettiva e ospedaliera). Nel periodo 2014-2015 sono stati eseguiti n. 13 Audit.

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

L'attività del Servizio è stata effettuata sul territorio provinciale avendo come obiettivo quanto prefissato nel piano regionale della prevenzione della Regione Puglia:

- Riduzione degli infortuni in particolare di quelli gravi e mortali.
- Emersione delle malattie professionali.

Per raggiungere tali risultati, si è consapevoli che all'attività di vigilanza, che si conclude spesso con provvedimenti sanzionatori per le violazioni di legge accertate, è necessario affiancare un'attività istituzionale di informazione alle figure della sicurezza aziendale (datori di lavoro, lavoratori, RSPP, medici competenti, RLS).

Solo la consapevolezza del rischio fa sì che le misure di prevenzione indicate dalla norma e poste a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori possano essere efficaci e durature.

Pertanto ad un'attività di controllo sul territorio condotta regolarmente dagli operatori, medici e tecnici, SPeSAL, si è affiancata un'attività di informazione e formazione, che ha visto la realizzazione dei seguenti eventi:

- 4 eventi ECM accreditati per medici competenti nel 2014 (7 e 21 maggio, 6 e 17 giugno, Brindisi)
- 4 eventi ECM accreditati per medici competenti nel 2015 (12 e 19 giugno, 15 e 24 settembre 2015, Brindisi)
- Due corsi ECM accreditati per la sicurezza in Agricoltura rivolti ai medici competenti (12 maggio 2014 a Brindisi e 19 maggio 2014 ad Ostuni): la figura del medico competente è di estrema importanza nel processo di valutazione dei rischi: è il professionista che deve affiancare il datore di lavoro e collaborare con esso al fine di una corretta elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi. Inoltre è colui che si occupa della sorveglianza sanitaria dei lavoratori, attraverso un protocollo sanitario specifico, e che nel caso di sospetto individua e denuncia le malattie professionali, servendosi infine dei dati sanitari in suo possesso per dare le indicazioni necessarie al miglioramento delle condizioni di salute nei luoghi di lavoro.
- Attività d'istituto per il rilascio del patentino per l'acquisto e l'utilizzo di prodotti fitosanitari molto tossici, tossici e nocivi (anni 2014-2014): in una realtà agricola, quale è quella brindisina, caratterizzata da un frazionamento della proprietà terriera in piccoli appezzamenti produttivi a gestione familiare, la partecipazione a corsi e commissioni

d'esame che insegnino agli operatori a gestire prodotti fitosanitari in sicurezza è di importanza cruciale ai fini della riduzione delle malattie professionali e del rischio infortunistico nel settore.

- 6 Corsi operativi e 2 gestionali per le aziende che operano nell'ambito della rimozione e smaltimento di materiali contenenti amianto (anni 2014-2015): la formazione ed informazione sui rischi per la salute comportanti l'esposizione ad amianto e le conseguenti misure di prevenzione da attuare sono strategiche in una realtà territoriale in cui le malattie maligne della pleura sono drammaticamente riscontrabili.
- 4 Giornate di informazione per la sicurezza in edilizia, dal titolo *Progetto "Casco sicuro"*, con eventi effettuati a Brindisi, ad Ostuni, a San Pietro Vernotico: scopo del progetto è diffondere la cultura della sicurezza in edilizia attraverso la divulgazione del PRP specifico.
- 1 Corso per coordinatori della sicurezza in edilizia nel 2015: è questo un settore in cui massima è l'attenzione del Servizio sia per i piani di lavoro esaminati (390 piani di lavoro amianto esaminati nel 2014 e 353 nel 2015) che per i sopralluoghi nei cantieri notificati.
- 3 Corsi di formazione per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e due corsi di aggiornamento (anni 2014-2015).

Inoltre nell'estate 2015 è stato avviato un processo di informatizzazione del Servizio denominato *notifiche on-line*, che permette a committenti e responsabili dei lavori la trasmissione per via telematica della notifica preliminare di cantiere, dopo essersi registrati sul sito cliccando su *notifiche preliminari cantieri edili*, visibile sul portale istituzionale dell'Azienda Sanitaria di Brindisi. Si tratta in questo caso di circa tremila comunicazioni per anno (3371 notifiche nel 2014, 2938 notifiche nel 2015), che possono pervenire in tempo reale, senza necessità di supporto cartaceo, costituendo per chi ne è obbligato un risparmio di tempo e denaro. Tale servizio on-line garantisce anche un'attività di vigilanza coordinata e/o congiunta tra SPeSAL e DTL, così come richiesto dal PRP, rappresentando un archivio visionabile dalle due amministrazioni ed evitando di fatto la sovrapposizione di momenti ispettivi a carico di aziende quali quelle edili, sottoposte a frequenti controlli da enti con competenze non sempre distinguibili.

57

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Il sistema di allerta alimenti

Il Sistema di Allerta Rapido degli Alimenti e dei Mangimi, nella Regione Puglia, è gestito in ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera di G.R. n. 634 del 12.04.2009 con cui sono state approvate le "Linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano" in applicazione del Regolamento CE n. 16/2011.

In ambito Aziendale, il sistema di allerta rapido è gestito (sempre grazie all'avvento dell'informatizzazione dell'attività a livello aziendale), in maniera telematica, in rete tra tutti i Servizi che si occupano di "sicurezza alimentare". In particolare, nel 2014 sono state gestite 18 allerte subite e 8 allerte attivate; mentre nel 2015 sono state registrate 21 allerte subite e 11 allerte attivate.

Programmi di implementazione controlli SIAV B (e integrati SIAN)

Come noto, da anni ormai il Dipartimento di Prevenzione è legato allo svolgimento di programmi di implementazione dei Controlli Ufficiali, anche integrati tra il SIAN ed il SIAV B, che vedono impegnati gli operatori addetti ai controlli dell'Area della Sicurezza

Alimentare in maniera interdisciplinare.

Nel corso del 2014 sono stati svolti 746 controlli per il *“Programma rivolto alla prevenzione e controllo delle malattie da parassitosi (anisakis) connesse al consumo di prodotti ittici crudi nel settore della ristorazione pubblica”* (D. D. n. 18/125 del 3.06.2014); mentre nel 2015 sono stati eseguiti 832 controlli per il *“Programma di controllo rivolto al Settore della Ristorazione Pubblica”* (Delibera D.G. n. 915 del 27.05.2015).



2.1.3 Attività sanitaria ambulatoriale

Le direttive nazionali e regionali, emanate negli ultimi anni, dispongono il potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali come forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero ordinario.

Questa tendenza sta progressivamente spostando importanti risorse dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali. Anche in Puglia l'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta ormai, la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Sistema Sanitario Regionale.

L'incremento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali ha richiesto una rimodulazione organizzativa:

- semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e la presa in carico del paziente da parte dello specialista ambulatoriale;
- organizzazione dell'offerta sanitaria e adeguamento della rete dei servizi;
- governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi e prestazioni;
- maggiore controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni;
- introduzione di strumenti di governo clinico per la gestione delle liste di attesa di alcune prestazioni critiche.

Ai fini di una più corretta valutazione dei dati di performance, si ritiene opportuno analizzare l'attività specialistica ambulatoriale nel suo complesso, prendendo in esame i dati relativi a ospedali, strutture territoriali e strutture convenzionate, scelta ritenuta più appropriata per il calcolo della mobilità attiva e della mobilità passiva, sia infra che extra-regionale. A livello complessivo, nonostante la non disponibilità del dato fuori regione, il dato mostra un incremento del ricorso alle prestazioni ambulatoriali a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Tab.1 Anno 2014

	Prestazioni ambulatoriali ASL BR	residenti ASL BR	non residenti ASL BR	totale prestazioni	% Mobilità attiva ambulatoriale
Strutture ubicate nella ASL BR	ospedaliera	2.264.397	112.829	2.377.226	4,75%
	territoriale pubblica	645.826	18.260	664.086	2,75%
	privata accreditata	1.770.392	67.769	1.838.161	3,69%
	totale strutture ASL BR	4.680.615	198.858	4.879.473	4,08%
	PASSIVA INFRA	496.978			
	PASSIVA EXTRA*	93.374			
	tot. Prest. Amb. Res. ASL BR	5.270.967			
	% mobilità passiva ambulatoriale	11%			

Fonte: UCG – SID - Edotto

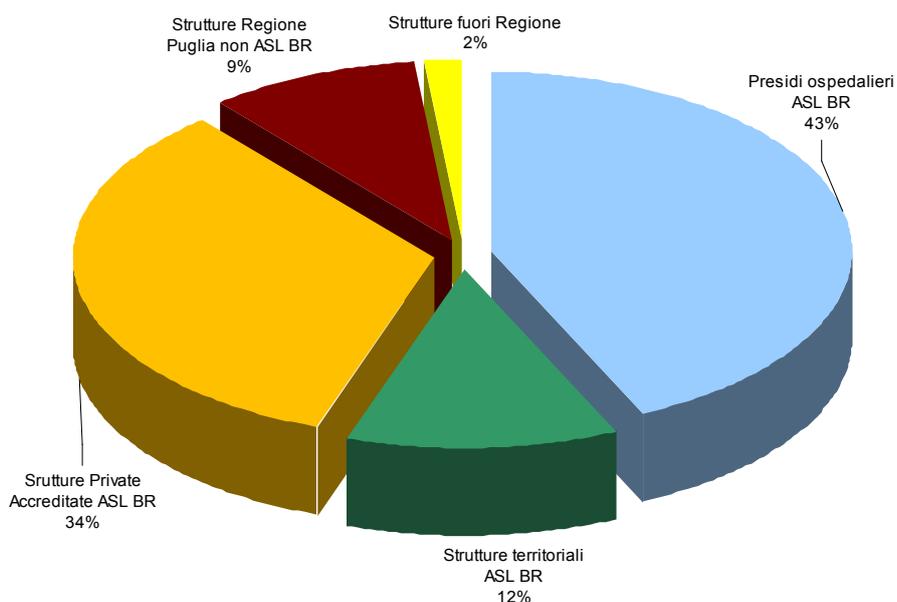
Tab.2 Anno 2015

	Prestazioni ambulatoriali ASL BR	residenti ASL BR	non residenti ASL BR	totale prestazioni	% Mobilità attiva ambulatoriale
Strutture ubicate nella ASL BR	ospedaliera	2.714.094	156.525	2.870.619	5,45%
	territoriale pubblica	660.196	20.250	680.446	2,98%
	privata accreditata	1.777.828	61708	1.839.536	3,35%
	totale strutture ASL BR	5.152.118	238.483	5.390.601	4,42%
	PASSIVA INFRA*	527.150			
	PASSIVA EXTRA**				
	tot. Prest. Amb. Res. ASL BR	5.679.268			
	% mobilità passiva ambulatoriale*	9%			

Fonte: UCG – SID - Edotto

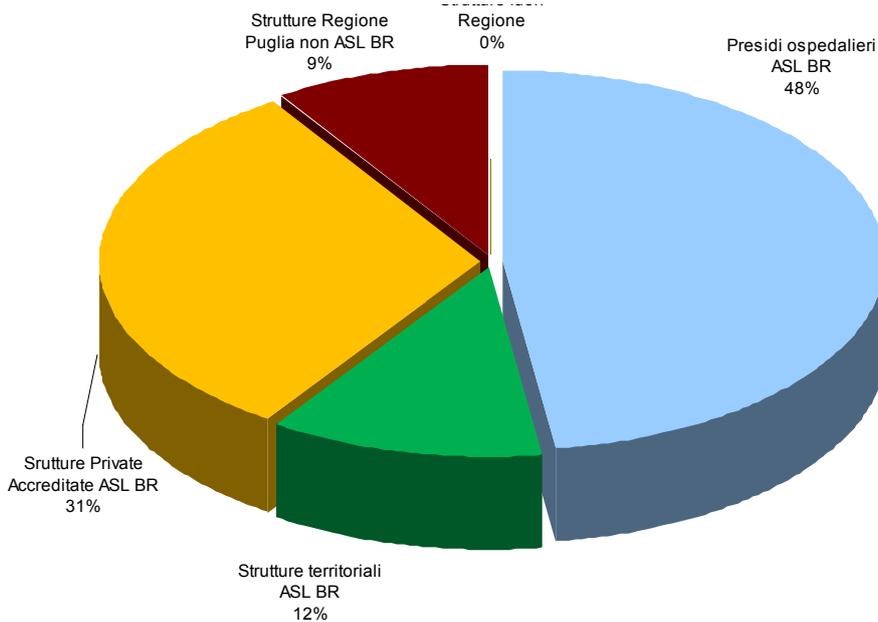
* dato non definitivo ** dato non disponibile

Graf.1 Prestazioni ambulatoriali residenti ASL BR 2014



Fonte: UCG – SID - Edotto

Graf.2 Prestazioni ambulatoriali residenti ASL BR 2015



Fonte: UCG – SID - Edotto

Analizzando le strutture ubicate nella ASL BR si osserva che nel 2015 sono state erogate 5.390.601 prestazioni specialistiche; di queste n. 3.967.402 sono esami di laboratorio (73,60%), seguite da: n. 898.084 per branche a visita (16,66%), n. 263.376 di diagnostiche per immagini (4,89%), n. 246.238 prestazioni riabilitative (4,57%), n. 15.501 di day service (0,29%).

Tab.3 Anno 2014

DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
Branche a visita	486.025	258.190	23.952	768.167	15,74%
day service - chirurgico	2.892	2.090	380	5.362	0,11%
day service - medico	2.090	981	63	3.134	0,06%
diagnostica per immagini: medicina nucleare	5.467			5.467	0,11%
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	106.962	62.351	36.534	205.847	4,22%
medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale	22.075	80.238	153.162	255.475	5,24%
patologia clinica	1.751.715	260.236	1.624.070	3.636.021	74,52%
TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2.377.226	664.086	1.838.161	4.879.473	100,00%
%	48,72%	13,61%	37,67%	100,00%	

Fonte: UCG – SID

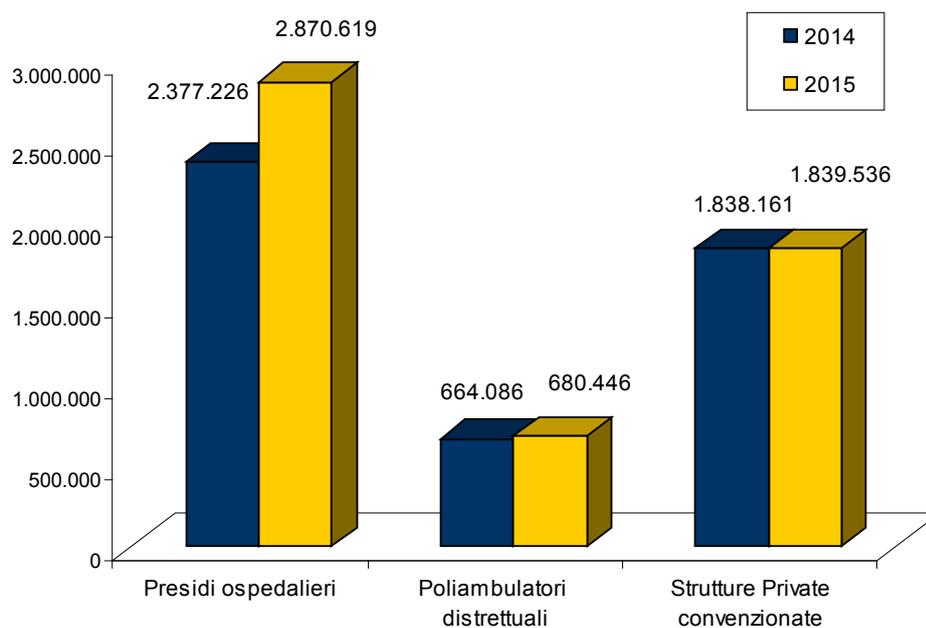
Tab.4 Anno 2015

DATI DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
Branche a visita	612.584	260.808	24.692	898.084	16,66%
day service - chirurgico	4.334	2.563	1.766	8.663	0,16%
day service - medico	5.335	1.083	420	6.838	0,13%
diagnostica per immagini: medicina nucleare	5.973			5.973	0,11%
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	161.231	59.637	36.535	257.403	4,78%
medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale	20.133	75.809	150.296	246.238	4,57%
patologia clinica	2.061.029	280.546	1.625.827	3.967.402	73,60%
TOTALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2.870.619	680.446	1.839.536	5.390.601	100,00%
%	53,25%	12,62%	34,12%	100,00%	

Fonte: UCG – SID

L'analisi dei dati evidenzia l'incremento complessivo, rispetto all'anno precedente, delle prestazioni specialistiche erogate (+10%); si è rilevato inoltre un aumento cospicuo delle prestazioni ospedaliere (+20%), del +2,46% delle strutture territoriali e +0,07% dalle strutture private convenzionate.

Graf. 4 Prestazioni ambulatoriale per struttura confronto anno 2014- 2015

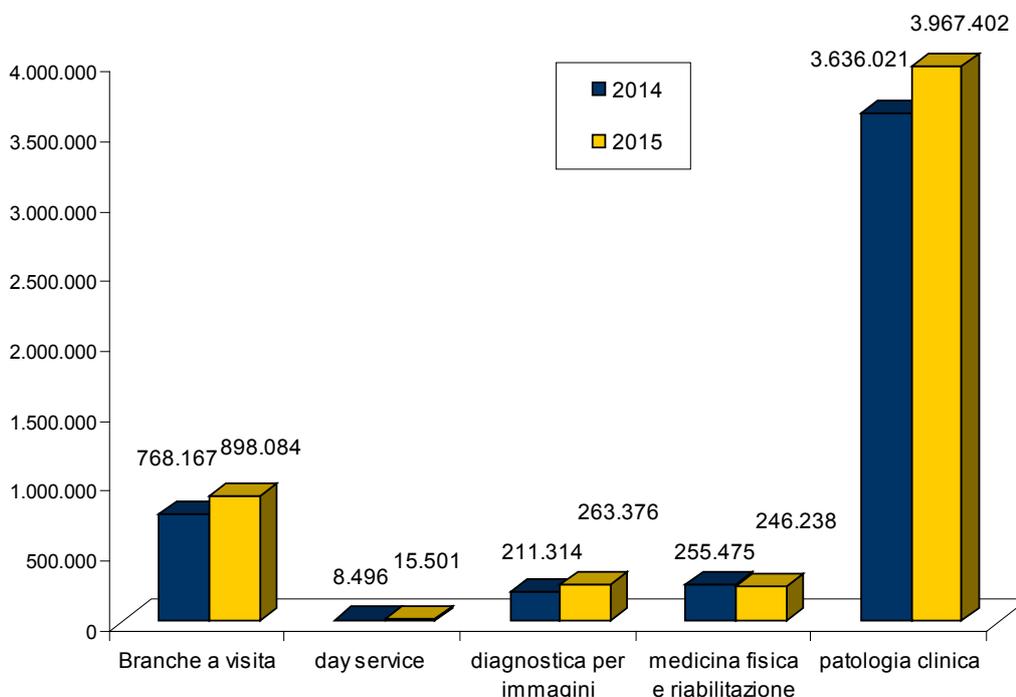


Fonte: UCG - SID

Il grafico mostra il ricorso della popolazione alle varie strutture eroganti; maggiore, per l' anno 2015, il ricorso alle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri, seguito dai poliambulatori distrettuali e dalle strutture private convenzionate.

62

Graf. 5 Prestazioni ambulatoriale per tipologia confronto anno 2014- 2015



Fonte: UCG - SID

Per ciò che riguarda la tipologia di attività si riscontra un aumento per tutte le branche ad eccezione della attività riabilitativa. La presenza del day service tra il raggruppamento delle tipologie di prestazioni ed il suo incremento nel 2015 del 82% (+ 7.005 prestazioni) rispetto al 2014 sottolinea il cambiamento nella modalità di erogazione di determinate prestazioni sanitarie in precedenza effettuate in attività di ricovero in regime ordinario e di day hospital, contribuendo così alla riduzione del tasso di ospedalizzazione. Occorre altresì evidenziare che un singolo day service rappresenta un pacchetto di prestazioni necessarie per curare determinate patologie.

I dati ed i grafici successivi mostrano l'andamento delle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri.

Tab. 5 Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2014

Attività ambulatoriale per "esterni"	P.O. Perrino - Brindisi (Mesagne-S. Pietro V.co)	P.O. Francavilla Fontana	P.O. Ostuni (Fasano)	totale
Branche a visita	309.208	73.908	102.909	486.025
day service - chirurgico	2.629	221	42	2.892
day service - medico	1.194	411	485	2.090
diagnostica per immagini: medicina nucleare	5.467			5.467
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	61.304	19.891	25.767	106.962
medicina fisica e riabilitazione- recupero e riabilitazione funzionale	7.368		14.707	22.075
patologia clinica	760.205	493.945	497.565	1.751.715
totale	1.147.375	588.376	641.475	2.377.226

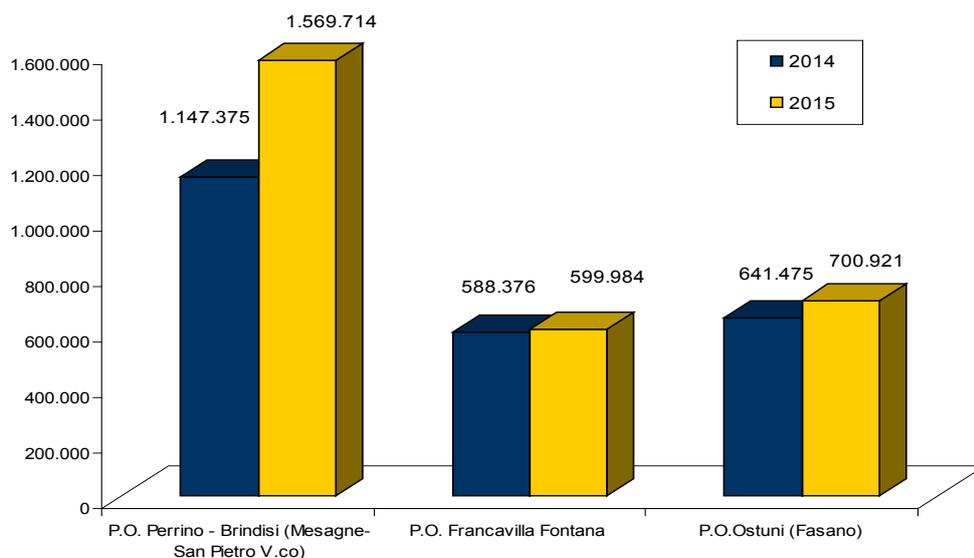
Fonte: UCG – SID

Tab.6 Prestazioni ambulatoriali ospedaliere - Anno 2015

Attività ambulatoriale per "esterni"	P.O. Perrino - Brindisi (Mesagne-S. Pietro V.co)	P.O. Francavilla Fontana	P.O. Ostuni (Fasano)	totale
Branche a visita	388.851	93.137	130.596	612.584
day service - chirurgico	3.232	669	433	4.334
day service - medico	3.880	664	791	5.335
diagnostica per immagini: medicina nucleare	5.973			5.973
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	98.104	27.961	35.166	161.231
medicina fisica e riabilitazione- recupero e riabilitazione funzionale	5.647	2	14.484	20.133
patologia clinica	1.064.027	477.551	519.451	2.061.029
totale	1.569.714	599.984	700.921	2.870.619

Fonte: UCG – SID

Graf. 6 Prestazioni ambulatoriali ospedaliere confronto anno 2014- 2015



In tutti i PP.00. si riscontra un aumento di prestazioni ambulatoriali ad eccezione di quelle di Medicina fisica e riabilitativa.

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

64

Tab. 7 Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali – Anno 2014

Attività ambulatoriale per "esterni"	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				totale
	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	
Branche a visita	82.017	41.730	55.291	79.152	258.190
day service - chirurgico		931	796	363	2.090
day service - medico	587		370	24	981
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	23.119	9.417	17.467	12.348	62.351
medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi	26.977	884	8.423	43.954	80.238
patologia clinica	216.119	17.875	12.250	13.992	260.236
totale	348.819	70.837	94.597	149.833	664.086

Fonte: UCG – SID

Tab. 8 Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali – Anno 2015

Attività ambulatoriale per "esterni"	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				totale
	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	
Branche a visita	78.109	44.617	56.829	81.253	260.808
day service - chirurgico		887	718	958	2.563
day service - medico	574		297	212	1.083
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	23.373	8.723	15.615	11.926	59.637
medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi	25.401	864	8.593	40.951	75.809
patologia clinica	221.305	4.557	44.405	10.279	280.546
totale	348.762	59.648	126.457	145.579	680.446

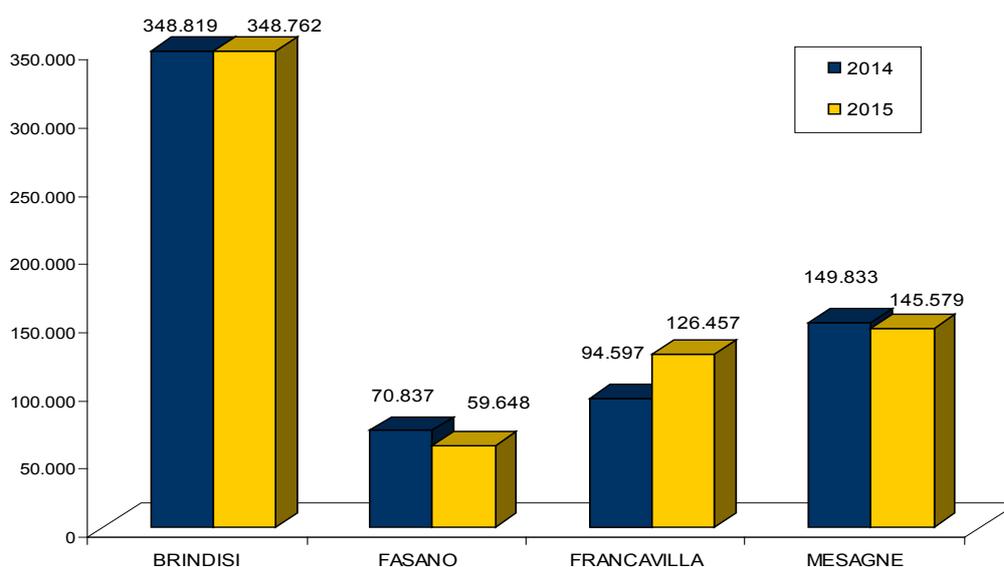
Fonte: UCG – SID

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata sul territorio, nell'anno 2015 si registra un complessivo incremento delle prestazioni rispetto all'anno precedente.

L'esame dei dati evidenzia un notevole incremento nel Distretto di Francavilla, in riduzione nel Distretto di Fasano e Mesagne, una lieve riduzione nel distretto di Brindisi. L'analisi delle branche evidenzia una riduzione nelle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa e radiologia diagnostica.

65

Graf. 7 Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali confronto anno 2014- 2015



Fonte: UCG – SID

A seguire la tabella relativa alle prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate presso le strutture private accreditate.

Tab. 9 Prestazioni ambulatoriali specialistiche strutture private accreditate – Anno 2014

Attività ambulatoriale per "esterni"	Strutture private accreditate per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				
	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale
Branche a visita	1.516	9.243		13.193	23.952
day service - chirurgico	380				380
day service - medico	63				63
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	13.008	7.107		16.419	36.534
medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi	61.227	35.845		56.090	153.162
patologia clinica	492.818	157.305	465.513	508.434	1.624.070
totale	569.012	209.500	465.513	594.136	1.838.161

Fonte: UCG – SID

Tab. 10 Prestazioni ambulatoriali specialistiche strutture private accreditate – Anno 2015

Attività ambulatoriale per "esterni"	Strutture private accreditate per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				
	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale
Branche a visita	1.916	9.373		13.403	24.692
day service - chirurgico	1.766				1.766
day service - medico	420				420
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	13.157	6.638		16.740	36.535
medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi	59.760	35.712		54.824	150.296
patologia clinica	470.072	172.564	429.381	553.810	1.625.827
totale	547.091	224.287	429.381	638.777	1.839.536

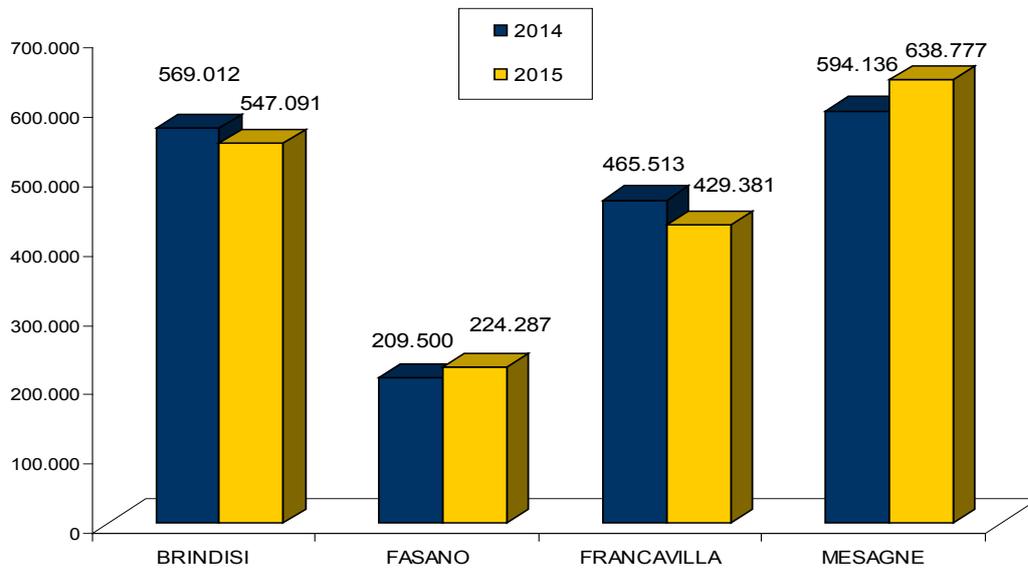
Fonte: UCG – SID

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate, nell'anno 2015 si registra un complessivo incremento delle prestazioni rispetto all'anno precedente.

L'esame dei dati evidenzia un incremento nelle strutture presenti nei Distretti di Fasano e Mesagne, in riduzione nei Distretti di Brindisi e Francavilla. Nell'analisi per branca si rileva una riduzione nella medicina fisica e riabilitativa.



Graf.8 Prestazioni ambulatoriali specialistiche strutture private accreditate confronto anno 2014- 2015



Fonte: UCG – SID

2.1.4 Attività ospedaliera

Per ciò che riguarda il dato generale dei ricoveri presso i PP.00. ASL BR, l'analisi mostra nel corso del 2015, rispetto all'anno precedente, una riduzione (-100) del numero di ricoveri in regime ordinario ed una consistente riduzione (-3.403) del numero delle giornate di degenza, tutto ciò a fronte di un lieve aumento di peso medio-DRG +0,04 rispetto all'anno 2014. Si evidenzia, altresì, una notevole riduzione (-4.207) del numero di casi trattati in regime di Day Hospital.

Ciò appare giustificato dagli effetti dell'applicazione, a partire dal Marzo 2011 (e da ultimo dalla DGR 1202/2014 e s.m.i.), delle disposizioni in merito all'erogabilità in regime ambulatoriale (day service) di diverse prestazioni precedentemente erogate in regime di ricovero ospedaliero. 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.

ASL BR - Strutture Ospedaliere

Dati attività	Anno 2014	Anno 2015	differenza % 15-14	differenza n. 15-14
Totale ricoveri	45.947	41.640	-9,37%	-4.307
Totale ricoveri ordinari	35.598	35.498	-0,28%	-100
Totale ricoveri day hospital	10.349	6.142	-40,65%	-4.207

Totali ricoveri	Anno 2014	Anno 2015	differenza % 15-14	differenza n. 15-14
Posti letto	1.020	976	-4,31%	-44
N° casi	45.947	41.640	-9,37%	-4.307
Peso medio	0,93	0,97	4,30%	0,04
Ricoveri ordinari	Anno 2014	Anno 2015	differenza % 15-14	differenza n. 15-14
Posti letto	931	891	-4,30%	-40
N° casi	35.598	35.498	-0,28%	-100
Peso medio	0,9	1,01	12,22%	0,11
Degenza	307.923	304.520	-1,11%	-3.403
Ricoveri in day hospital	Anno 2014	Anno 2015	differenza % 15-14	differenza n. 15-14
Posti letto	89	85	-4,49%	-4
N° casi	10.349	6.142	-40,65%	-4.207
Peso medio	0,73	0,79	8,22%	0,06
accessi	36.536	24.726	-32,32%	-11.810

Fonte: dati UCG Edotto

Tale situazione viene osservata in quasi tutte le proiezioni relative ai singoli Presidi Ospedalieri (tabelle successive) con la sola eccezione per lo Stabilimento di Ostuni, dove invece si è registrato anche un decremento dell'attività in regime ordinario dovuto alla chiusura della divisione di Ostetricia nel giugno 2014 (-273).

Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Brindisi

Totali ricoveri	2014				2015				Diff. n. 15-14		
	St. S.Pietro V.	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabilitazione Neuromotulesi	totale	St. S.Pietro V.	St. Mesagne	St. Brindisi		Centro di Riabilitazione Neuromotulesi	totale
Posti letto	81	33	521	105	740	73	33	502	105	713	-28
N° casi	2.123	848	25.226	879	29.076	1.858	647	23.471	903	26.879	-2.197
Peso medio	1,02	0,88	0,99	0,93	0,99	1,02	0,86	1,03	0,95	1,02	0,03
Ricoveri ordinari											
posti letto	75	31	472	96	674	68	31	454	96	649	-26
n casi	1.988	663	18.870	635	22.156	1.775	517	19.276	645	22.213	57
peso medio	1,03	0,90	1,08	0,95	1,07	1,03	0,88	1,08	0,96	1,07	0,00
degenza	23.069	10.826	157.912	34.354	226.161	21.825	9.139	161.903	34.369	227.236	1.075
Ricoveri in day hospital											
Posti letto	6	2	49	9	66	5	2	48	9	64	-2
N° casi	135	185	6.356	244	6.920	83	130	4.195	258	4.666	-2.254
Peso medio	0,78	0,83	0,73	0,90	0,74	0,79	0,77	0,80	0,94	0,80	0,06
accessi	1.434	228	21.207	5.399	28.268	1.164	169	13.954	5.413	20.700	-7.568

Fonte: dati UCG Edotto

Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Francavilla

Totali ricoveri	2014	2015	Diff. 2015-2014
	P.O. Francavilla F.	P.O. Francavilla F.	
Posti letto	125	119	-6
N° casi	8.961	7.770	-1.191
Peso medio	0,80	0,84	0,04
Ricoveri ordinari			
posti letto	116	111	-5
n casi	7.210	7.233	23
peso medio	0,82	0,84	0,02
degenza	38.382	38.118	-264
Ricoveri in day hospital			
Posti letto	9	8	-1
N° casi	1.751	537	-1.214
Peso medio	0,69	0,72	0,03
accessi	4.330	1.886	-2.444

Fonte: dati UCG Edotto

Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Ostuni

Totali ricoveri	2014			2015			Diff. n. 15-14
	St. Ostuni	St. Fasano	totale	St. Ostuni	St. Fasano	totale	
Posti letto	89	66	155	78	66	144	-11
N° casi	5.931	1.979	7.910	4.972	2.019	6.991	-919
Peso medio	0,85	0,86	0,86	0,95	0,90	0,94	0,08
Ricoveri ordinari							
posti letto	82	59	141	72	59	131	-10
n casi	4.372	1.860	6.232	4.089	1.963	6.052	-180
peso medio	0,91	0,87	0,90	1,00	0,90	0,97	0,07
degenza	25.971	17.409	43.380	24.324	14.842	39.166	-4.214
Ricoveri in day hospital							
Posti letto	7	7	14	6	7	13	-1
N° casi	1.559	119	1.678	883	56	939	-739
Peso medio	0,69	0,77	0,69	0,74	0,76	0,74	0,05
accessi	2.279	1.479	3.758	1.476	664	2.140	-1.618

Fonte: dati UCG Edotto

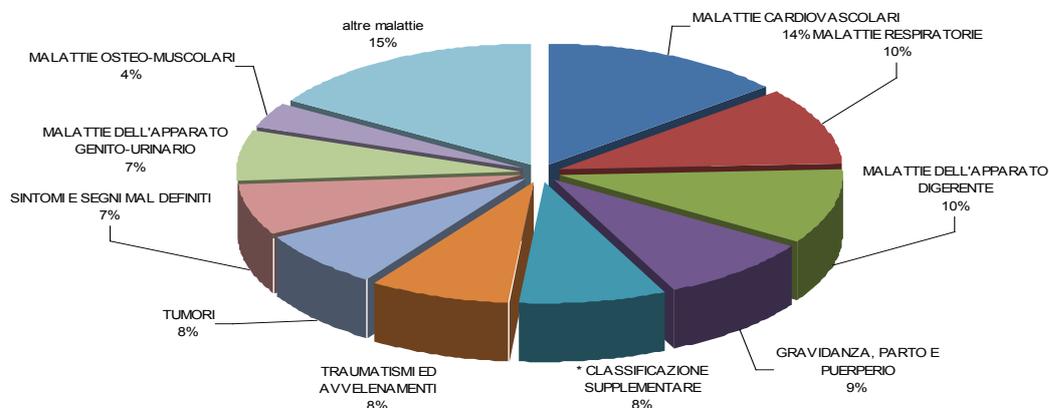
La tabella che segue mostra invece la distribuzione dei ricoveri per i soli residenti della ASL BR nell'ambito delle Strutture sanitarie presenti nel territorio della provincia di Brindisi (i ricoveri dei residenti ASL BR presso l'IRCCS Medea dal 2014 sono da considerarsi, in base alle indicazioni della Regione Puglia, come Mobilità Passiva infra regionale).

Ricoveri residenti ASL per luogo di cura Totale Ricoveri strutture territorio ASL BR	anno 2014	anno 2015	Differenza 2015-2014
Presidi ASL BR	38.332	34.335	-3.997
Neuromotulesi Ceglie M.ca	477	532	55
Casa di cura Salus Accreditata	3.786	2.800	-986
Totale	42.595	37.667	-4.928
Ricoveri residenti ASL - regime ordinario	anno 2014	anno 2015	Differenza 2015-2014
Presidi ASL BR	29.979	29.536	-443
Neuromotulesi Ceglie M.ca	299	344	45
Casa di cura Salus Accreditata	3.009	2.799	-210
Totale	33.287	32.679	-608
Ricoveri residenti ASL regime day hospital	anno 2014	anno 2015	Differenza 2015-2014
Presidi ASL BR	8.353	4.799	-3.554
Neuromotulesi Ceglie M.ca	178	188	10
Casa di cura Salus Accreditata	777	1	-776
Totale	9.308	4.988	-4.320

Fonte: dati UCG Edotto

Le prime dieci cause di ricovero (ICD-IX) dei residenti della provincia di Brindisi in strutture del territorio ASL BR sono rappresentate dalle seguenti patologie:

Anno 2015 - Ricoveri residenti ASL per luogo di cura strutture territorio ASL BR - RICOVERI PER raggruppamento DIAGNOSI PRINCIPALE



*Per "Classificazione supplementare" si intendono fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari diversi da malattie o traumatismi e che, comunque esercitano un'influenza sulle manifestazioni di salute del paziente. A titolo esemplificativo "Neonato Sano, Chemioterapia, etc".

Nella tabella che segue sono invece riportati i dati relativi alla mobilità sanitaria passiva infra regionale, l'ultimo dato disponibile è quello relativo all'anno 2014; in questo caso le AA.SS.LL. verso cui ci si rivolge maggiormente sono quelle di Lecce, Bari, Taranto e Policlinico di Bari.

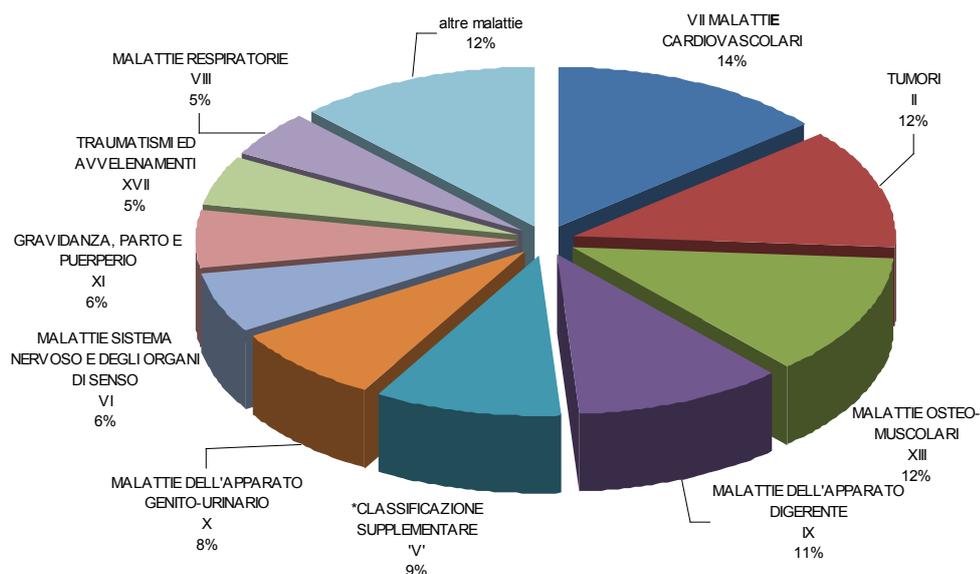
Anno 2014 - Mobilità sanitaria passiva infra regionale - Ricoveri per AA.SS.LL. o AO o IRCCS

AUSL o AO	DSS n° 1	DSS n° 2	DSS n° 3	DSS n° 4	totali	%
LE	1.201	282	923	2.315	4.721	27,77%
BA	455	2.421	779	440	4.095	24,09%
TA	345	957	1.650	769	3.721	21,89%
Policlinico Consorz.	389	1.037	731	398	2.555	15,03%
Saverio De Bellis	153	261	189	137	740	4,35%
FG	195	139	217	176	727	4,28%
Ospedale Oncologico	33	47	59	24	163	0,96%
IRCSS "Medea"	61	22	31	40	154	0,91%
Ospedali Riuniti	23	23	18	30	94	0,55%
BAT	8	7	9	6	30	0,18%
totale mobilità passiva	2.863	5.196	4.606	4.335	17.000	100,00%

Fonte: dati UCG Edotto

Le prime dieci cause di ricovero (ICD-IX) in mobilità infra regionale sono rappresentate dal grafico successivo.

Anno 2014 - Mobilità sanitaria passiva infra regionale - RICOVERI PER raggruppamento DIAGNOSI PRINCIPALE



*Per "Classificazione supplementare" si intendono fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari diversi da malattie o traumatismi e che, comunque esercitano un'influenza sulle manifestazioni di salute del paziente. A titolo esemplificativo "Neonato Sano, Chemioterapia, etc".

Per ciò che riguarda invece la mobilità sanitaria extraregionale si riporta **l'ultimo dato disponibile relativo all'anno 2013**. Il dato della migrazione evidenzia il flusso verso Regioni quali l'Emilia Romagna o Lombardia dotate di Strutture tecnologicamente più avanzate.

72

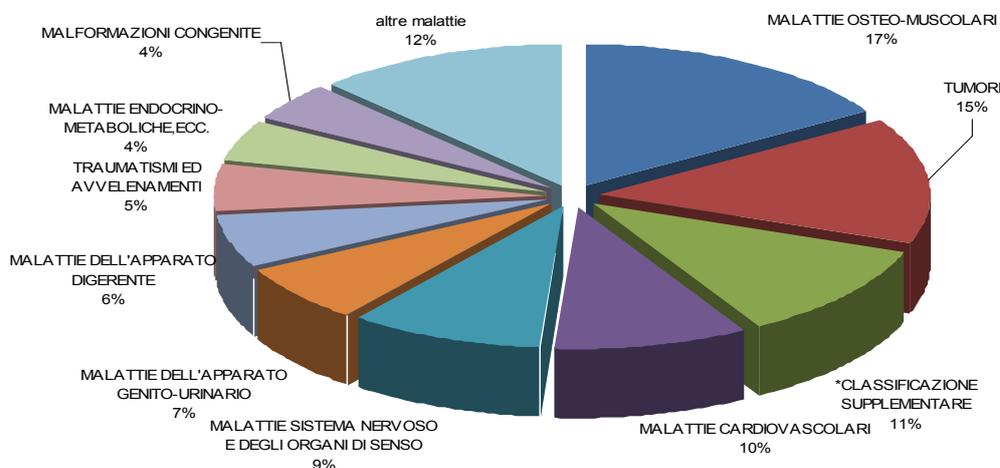
Anno 2013 Mobilità sanitaria passiva extra regionale - Ricoveri per Regione

REGIONE DI RICOVERO	n° ricoveri					totale	%
	DSS n° 1	DSS n° 2	DSS n° 3	DSS n° 4	comune errato		
LOMBARDIA	375	263	301	297	3	1.239	23%
EMILIA ROMAGNA	390	218	274	326	7	1.215	23%
LAZIO	178	115	138	119	1	551	10%
TOSCANA	197	65	113	156		531	10%
VENETO	95	48	65	132		340	6%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	79	61	77	85		302	6%
MARCHE	45	44	41	76		206	4%
LIGURIA	46	18	47	42		153	3%
CAMPANIA	68	21	27	28	1	145	3%
PIEMONTE	35	32	25	46		138	3%
UMBRIA	23	39	46	25		133	3%
ABRUZZO	28	22	24	23		97	2%
BASILICATA	15	20	18	9		62	1%
SICILIA	22	5	4	15		46	1%
FRIULI V. GIULIA	12	5	8	19	1	45	1%
CALABRIA	10	9	5	6		30	1%
PROV. AUT. TRENTO	5	8	1	12		26	0%
MOLISE	7	4	3	5		19	0%
PROV. AUT. BOLZANO		2	1	4		7	0%
SARDEGNA	1	1	2			4	0%
ACISMOM LAZIO	1	1				2	0%
VALLE D'AOSTA	1		1			2	0%
totale	1.633	1.001	1.221	1.425	13	5.293	100%

Fonte: dati UCG Edotto

Nel grafico sotto riportato sono invece rappresentate le prime dieci cause di ricovero (ICD-IX) nella mobilità fuori Regione (Malattie osteo-muscolari, tumori, etc.)

Anno 2013 Mobilità sanitaria passiva extra regionale - RICOVERI PER raggruppamento DIAGNOSI PRINCIPALE



*Per "Classificazione supplementare" si intendono fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari diversi da malattie o traumatismi e che, comunque esercitano un'influenza sulle manifestazioni di salute del paziente. A titolo esemplificativo "Neonato Sano, Chemioterapia, etc".

2.1.5 Attività Servizio 118

73

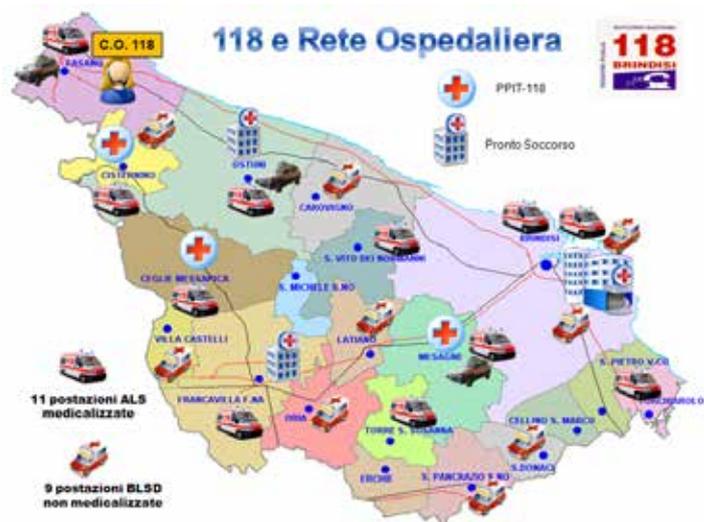
Organizzazione territoriale del 118 Brindisi: **20 postazioni mezzi** complessive nella provincia di Brindisi:

11 "Mike" – medicalizzate (o ALS):

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

9 "Victor" – non medicalizzate (o BLS):

- Brindisi-Porto, Sandonaci, Latiano, San Pancrazio Salentino
- Oria, Carovigno, Speciale di Fasano, Villa Castelli e Tutarano



ATTIVITA' SERVIZIO 118 BRINDISI ANNI 2014 - 2015

	2014	2015	% su casistica totale 2015	Variazione assoluta	Variazione %
TOTALE CHIAMATE:	58.920	67.125	-	8.205	13,93%
TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI:	33.076	35.385	-	2.309	6,98%
1. Luogo dell'evento					
Interventi effettuati a casa (K)	23.428	25.519	87,35%	2.091	8,93%
Interventi effettuati sulla strada (S)	3.774	3.694	12,65%	80	2,12%
TOTALE	27.202	29.213	100,00%	2.011	7,39%
2. Patologie più frequenti					
Trauma (incidenti stradali, domestici, infortuni sul lavoro...)	6.050	5.867	36,96%	183	3,02%
Cardio-vascolare	6.053	6.686	42,12%	633	10,46%
Respiratorio	2.893	3.319	20,91%	426	14,73%
TOTALE	14.996	15.872	100,00%	876	5,84%
3. Codici di uscita dei mezzi di soccorso					
Codice Rosso	5.175	5.176	14,64%	1	0,02%
Codice Giallo	26.020	28.068	79,37%	2.048	7,87%
Codice Verde	1.873	2.120	5,99%	247	13,19%
TOTALE	33.068	35.364	100,00%	2.296	6,94%
4. Codici di rientro (diagnosi sul luogo)					
Codice 1 (forme lievi)	14.851	16.147	45,44%	1296	8,73%
Codice 2 (forme gravi)	16.663	17.504	49,26%	841	5,05%
Codice 3 (funzioni vitali compromesse)	1.382	1.530	4,31%	148	10,71%
Codice 4 (deceduto sul luogo)	331	356	1,00%	25	7,55%
TOTALE	33.227	35.537	100,00%	2.310	6,95%
5. Esito degli interventi					
Evento non seguito da trasporto in P.S.	11.123	11.845	32,93%	722	6,49%
Pazienti centralizzati allo Stabilimento di:					
Brindisi-Perrino	12.586	13.199	36,69%	613	4,87%
Francavilla Fontana	4.814	5.334	14,83%	520	10,80%
Ostuni	3.820	4.145	11,52%	325	8,51%
Pazienti trasportati nello Stabilimento di:					
Mesagne	286	375	1,04%	89	31,12%
Fasano	365	351	0,98%	14	3,84%
San Pietro V.co	621	618	1,72%	3	0,48%
Ceglie M.ca	54	88	0,24%	34	62,96%
Cisternino	16	16	0,04%	0	0,00%
TOTALE	33.685	35.971	100,00%	2.286	6,79%

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

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

- **Infarto del Miocardio ST sopraslivellato (STEMI):** il trattamento sul luogo dell'evento del paziente con dolore toracico prevede anche l'esecuzione dell'ECG con trasmissione a distanza (telemedicina) per la refertazione cardiologica. In caso di STEMI il personale

sanitario del 118 Brindisi garantisce il trattamento medico precoce sul luogo dell'evento e l'applicazione della check-list per l'eleggibilità all'angioplastica primaria con trasporto assistito all'ospedale di riferimento (HUB) che garantisce il trattamento terapeutico più idoneo: l'angioplastica primaria presso l'UTIC di Brindisi. Il ricorso al mezzo proprio per il trasporto in ospedale di un paziente con dolore toracico è sconsigliato, in quanto una complicanza precoce dell'infarto del miocardio è l'arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare (FV). Il 45% dei pazienti con arresto cardiaco da FV è stato defibrillato con successo sul luogo dell'evento e giunto vivo (paziente definito "survived event") in ospedale. Prima dell'attivazione del 118 Brindisi (anno 2002) tale sopravvivenza sul territorio era il 2%.

- **Paziente con trauma grave:** è noto che il politraumatizzato non deve essere trasportato con mezzo proprio per evitare di aggravare (danno secondario) le lesioni provocate dal trauma (danno primario). Il 118 provvede a stabilizzare le condizioni cliniche dell'infortunato sul luogo dell'evento (intervento terapeutico precoce) e a trasportare il paziente in maniera "atraumatica" (collare cervicale, tavola spinale, stecco-bende, ked-estricatore) all'ospedale adeguatamente attrezzato per la diagnostica (TAC) e per il trattamento terapeutico definitivo (HUB).
- **Paziente con ictus:** il paziente con ictus viene valutato sul luogo dell'evento sia clinicamente che mediante apposite scale di valutazione neurologica (Cincinnati Pre-hospital Scale). Contemporaneamente viene applicata la check-list per l'eleggibilità alla trombolisi cerebrale con eventuale trasporto assistito presso la Stroke-Unit del P.O. Perrino-Brindisi.

2.1.6 Donazione organi, tessuti, sangue

I pazienti in lista di attesa per un trapianto sono oltre 9.000. Consultando i dati degli ultimi 10 anni, nonostante il numero delle donazioni sia in costante aumento, l'offerta rimane ancora insufficiente.

La donazione di organi, tessuti, sangue, è obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 2015, in Italia, la media nazionale dei donatori utilizzati per milione di abitanti (PMP) è pari a 22,6; il dato della Puglia è stato invece di 12,2, con uno scarto che rimane ancora troppo elevato rispetto ad altre regioni italiane, se pure con un andamento in crescita rispetto agli anni precedenti (ad es. nel 2014 era stato 10,6).

Dai dati disponibili, tra i Paesi europei l'Italia è ai primi posti per numero di donatori, meglio di noi, nel 2014, ha fatto solo la Spagna (Trapianti, Vol 18, n. 3, luglio-settembre 2014

• SPECIALE – XVI Giornata Europea per la Donazione di Organi, pagg. 76-79).

Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Associazioni di volontariato, promuove campagne informative per sensibilizzare il cittadino e diffondere la cultura della donazione. Esprimere la propria volontà, come previsto dalla normativa⁷ in merito alla donazione di organi e tessuti diventa un diritto-dovere, sia in senso positivo o negativo. Infatti, senza una volontà espressa in vita la decisione spetta ai familiari, con tutte le difficoltà che nascono in un momento così delicato e drammatico.

All'interno delle ASL operano due figure preposte allo svolgimento di attività specifiche in tema di trapianti, in stretto collegamento con il Centro Nazionale Trapianti e con i Centri Regionali e Interregionali: il Coordinatore ospedaliero per le attività di prelievo e trapianto

⁷ Legge n. 91/1999 Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, artt. 4 e 5

(nell'Ospedale Perrino come unico ospedale della nostra ASL dotato di Rianimazione) e il Coordinatore territoriale per la donazione, che operano in stretta collaborazione tra loro.

Di seguito vengono elencate le attività dei due Coordinamenti.

Coordinamento ospedaliero prelievo e trapianto

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

- Donazioni e attività di prelievo: l'U.O. di Rianimazione di Brindisi è dotata di sedici posti letto. Nel 2015 sono stati eseguiti 4 prelievi multiorgano, un risultato che va visto sia nel contesto della situazione pugliese, sia soprattutto in relazione al dato registrato nel precedente anno 2014 (una sola donazione), il peggiore in assoluto dall'inizio dell'attività presso il P.O. Perrino.
- Eventi formativi rivolti al personale interno: nel 2015 è stato organizzato, in collaborazione con il Coordinamento territoriale, un corso di formazione ECM, dal titolo "La donazione degli organi - un percorso articolato", rivolto agli operatori sanitari in servizio presso gli ospedali della ASL di Brindisi.
- Istituzione ed aggiornamento del registro on-line dei cerebrolesi: mensilmente vengono inviati i dati richiesti dal CRR (Centro Regionale di Riferimento per i trapianti), riguardanti l'U.O. di Rianimazione del P.O. "A. Perrino" di Brindisi.
- Altri debiti informativi nei confronti del CRT: dal 2008 è stato introdotto, presso l'U.O. di Rianimazione di Brindisi, il sistema SAU, mutuato dall'americano DAS: un sistema di raccolta e registrazione dei dati relativi alle morbilità e mortalità dei potenziali donatori. Contemporaneamente è stato attivato il software *Donor Manager*: sistema informatizzato per l'invio dei dati delle attività di prelievo al CRT; il software facilita inoltre il monitoraggio delle donazioni di organi.

76

Coordinamento territoriale donazione e trapianto

Le attività sono riferite alle funzioni principali di informazione e sensibilizzazione della popolazione in materia di donazione e trapianto. Nello svolgimento dell'attività il Coordinatore aziendale si avvale della collaborazione di un funzionario dell'Ufficio Relazioni con Pubblico per l'attività di comunicazione e del Referente aziendale Banca dati C.N.T. nominato presso l'Unità Controllo di Gestione, che cura le procedure di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di volontà al Centro Nazionale Trapianti.

Eventi formativi, culturali e divulgativi

- Istituti scolastici: sono stati effettuati 6 incontri formativi e divulgativi nelle scuole medie inferiori e superiori dei comuni di Brindisi e provincia, due in collaborazione con l'AIDO e l'ADISCO.
- Eventi formativi e divulgativi: sono stati organizzati 6 incontri divulgativi aperti ai cittadini, un evento formativo con i dipendenti della Questura di Brindisi, 2 convegni tecnico-scientifici in collaborazione con il Coordinamento Ospedaliero per le attività di prelievo, 2 eventi inerenti il progetto "Lions For Donor" promosso dal Lions Clubs International in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti.
- Associazioni di volontariato: ogni anno vengono incontrate le associazioni di volontariato presenti nel territorio (AIDO, ADISCO, ADMO, ANED, ATO, AVIS, FIDAS) per programmare iniziative comuni in occasione della settimana nazionale della Donazione Organi indetta dal Ministero della Salute e per la Giornata nazionale del Rene.

Una scelta in Comune

Nel 2014 il Centro Regionale Trapianti ha promosso, in collaborazione con le Aziende Sanitarie pugliesi per il tramite dei Coordinatori Territoriali aziendali, il progetto “Una scelta in Comune” per consentire ai cittadini di manifestare la propria dichiarazione di volontà in merito alla donazione di organi e tessuti presso l’Ufficio Anagrafe dei Comuni di residenza al momento della richiesta o rinnovo dalla carta di identità.

La novità era stata introdotta dal Decreto “Milleproroghe” del 2009 e perfezionata del “Decreto del fare” del 2013 che hanno attribuito anche ai Comuni un ruolo attivo in materia di donazione di organi, già riconosciuto alle ASL con una legge del 1999. Le città che hanno aderito al progetto “Una scelta in Comune” sono in progressivo aumento in tutta Italia ed anche nella nostra provincia. Il Comune di Francavilla Fontana, operativo nella raccolta da settembre 2015, ha registrato in pochi mesi centinaia di consensi alla donazione di organi e tessuti. Un dato sorprendente se si pensa che presso i punti di raccolta della ASL dell’intera provincia, in 13 anni sono state presentate 1.112 dichiarazioni di volontà. Altri Comuni pronti a partire Ostuni, Mesagne, Latiano, San Vito dei Normanni, San Pancrazio Salentino, Torre S. Susanna e Brindisi.

Dopo l’adesione si attiva una complessa macchina organizzativa con i necessari tempi tecnici: prima fase incontro del Coordinatore Territoriale aziendale ASL BR con un referente indicato dal Sindaco della città aderente; seconda fase l’acquisto, da parte del Comune, di un software dedicato per la registrazione delle dichiarazioni di volontà nella banca dati del Centro Nazionale Trapianti, terza fase programmazione dell’addestramento del personale dell’Ufficio anagrafe a cura di referenti del Centro Regionale Trapianti.

Il dato significativo di Francavilla Fontana è la conferma che l’alleanza tra Enti nella raccolta delle dichiarazioni di volontà è la strada giusta da intraprendere. La sensibilità dei cittadini su questo tema sta cambiando, soprattutto nelle fasce di età giovanili, anche grazie anche agli interventi formativi attuati negli Istituti scolastici con il supporto costante delle associazioni di volontariato di settore come AIDO, ADISCO, ADMO, ANED, ATO, AVIS, FRATES, FIDAS, sempre attive nella diffusione della cultura della donazione.

77

Dichiarazioni di volontà

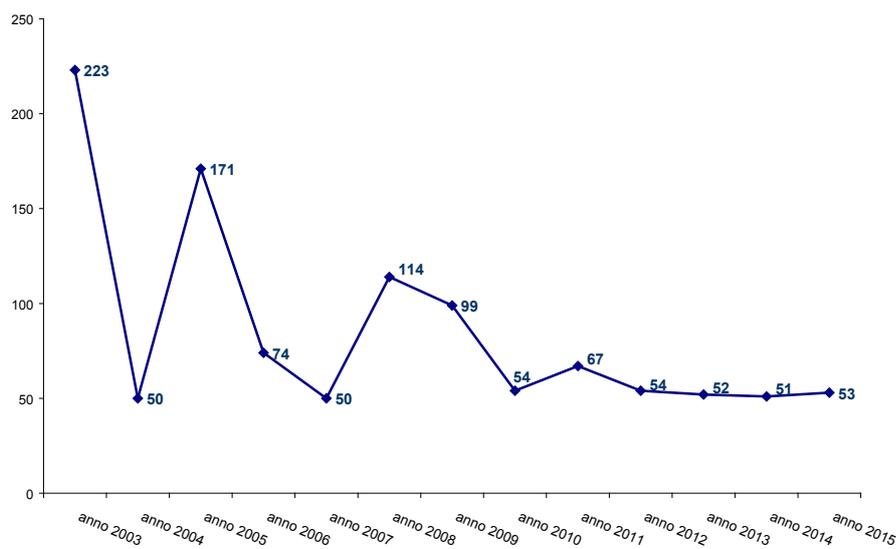
Le dichiarazioni di volontà rappresentano l’espressione, da parte dei cittadini italiani, della propria volontà di donare gli organi dopo la morte, come previsto dalla Legge n. 91 del 1999. Nella ASL BR la procedura di raccolta è stata avviata nel 2003. Al 31 dicembre 2015 presso le strutture aziendali sono attivi 16 punti di raccolta in 14 comuni della provincia. Le dichiarazioni di volontà possono essere presentate anche tramite l’Associazione AIDO e presso i Comuni che hanno aderito al progetto “Una scelta in Comune”, al momento del rilascio o rinnovo del documento di identità.

COME PRESENTARE LE DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ

- Punti di raccolta ASL BR
- Uffici Anagrafe comunali che hanno aderito a “Una Scelta in Comune”
- Associazione AIDO

L’andamento delle dichiarazioni di volontà presentate presso la ASL BR appare discontinuo e risente delle campagne di sensibilizzazione. Poiché dal 2014 si stanno attivando anche i Comuni nella raccolta, è prevedibile per il futuro un dato costantemente in calo.

Numero dichiarazioni di volontà per anno di trasmissione



Totale dichiarazioni di volontà ASL BR: n. 1.162

Fonte: Banca dati CNT - elaborazione Referente aziendale

Donazione e raccolta sangue

Nel nostro Paese la donazione del sangue è su base volontaria, pertanto per accrescere la consapevolezza del problema e reclutare nuovi donatori, il Ministero della Salute promuove costantemente campagne di comunicazione sociale rivolte alla popolazione maggiorenne. Le donazioni in Italia sono ancora insufficienti a coprire il fabbisogno, con notevoli differenze tra regione e regione.



Nel 2005⁸ è stato ridisegnato il sistema nazionale per lo svolgimento delle attività trasfusionali e l'Italia si è dotata di strumenti organizzativi che hanno rafforzato l'impegno diretto a conseguire l'autosufficienza nazionale di sangue ed emocomponenti. Il modello italiano, una organizzazione in rete in cui il Ministero indica i principi e gli obiettivi fondamentali che le

Regioni sono chiamate a perseguire nel rispetto delle autonomie, prevede il coinvolgimento del Servizio Sanitario e delle Associazioni di Volontariato ed è considerato a livello internazionale uno dei migliori possibili. La rete dei Servizi Trasfusionali è delocalizzata su base territoriale e le Strutture Regionali di Coordinamento sono individuate dalle Regioni. I Servizi Trasfusionali sono autorizzati dalle Regioni e Province autonome in conformità ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici e sono per legge affiliati agli ospedali. La raccolta di sangue può essere esternalizzata solo ad associazioni accreditate di donatori sotto la direzione tecnica dei Servizi Trasfusionali.

In provincia di Brindisi il Centro di riferimento per la donazione di sangue è la U.O.C. di

⁸ Legge n. 219/2005

Medicina Trasfusionale con sede principale presso l'Ospedale Perrino di Brindisi, e due Unità di Raccolta Fissa di Sangue territoriali. La raccolta sangue avviene anche presso le sedi di raccolta delle associazioni A.V.I.S., F.I.D.A.S., FRATES e C.R.I. che, soprattutto nel periodo estivo, con i punti di raccolta mobili previsti anche nei luoghi di villeggiatura, offrono un supporto fondamentale per la risoluzione del problema.

Il sangue è necessario per garantire il fabbisogno trasfusionale per i pazienti trapiantati, dializzati, leucemici e microcitemici, e pazienti domiciliari. Il fenomeno diventa maggiormente critico durante il periodo estivo a causa della crescente incidenza di politraumi ed urgenze, che mettono in crisi soprattutto gli ospedali - come il Perrino di Brindisi - che rappresentano un riferimento per tutta la provincia per i casi più gravi.

Il biennio 2014-2015 ha presentato diverse criticità, sia per la carenza di scorte di sangue nelle strutture ospedaliere, che a livello organizzativo a causa della chiusura temporanea delle Unità di Raccolta Fisse di Francavilla e Ostuni.

Per fronteggiare la carenza di scorte viene ridefinito annualmente un piano di comunicazione che prevede azioni su più fronti per sensibilizzare e coinvolgere i diversi target: cittadini, personale aziendale, associazioni accreditate al C.C.M., enti, ordini professionali ed istituzioni locali. Numerosi sono stati gli appelli alla popolazione diffusi dal Centro Trasfusionale dell'Ospedale Perrino per sollecitare la donazione volontaria e far fronte alle criticità legate ad una insufficienza di scorte.

Per facilitare la donazione del sangue la ASL BR si è dotata nel 2015 di una nuova Auto-Emoteca operativa su tutto il territorio provinciale per la raccolta itinerante. Al programma è stato associato il concorso "Dona il sangue. Fatti un regalo!" riservato ai volontari che, dal 27 luglio al 30 agosto 2015, hanno donato il sangue per la ASL BR utilizzando l'auto-emoteca.

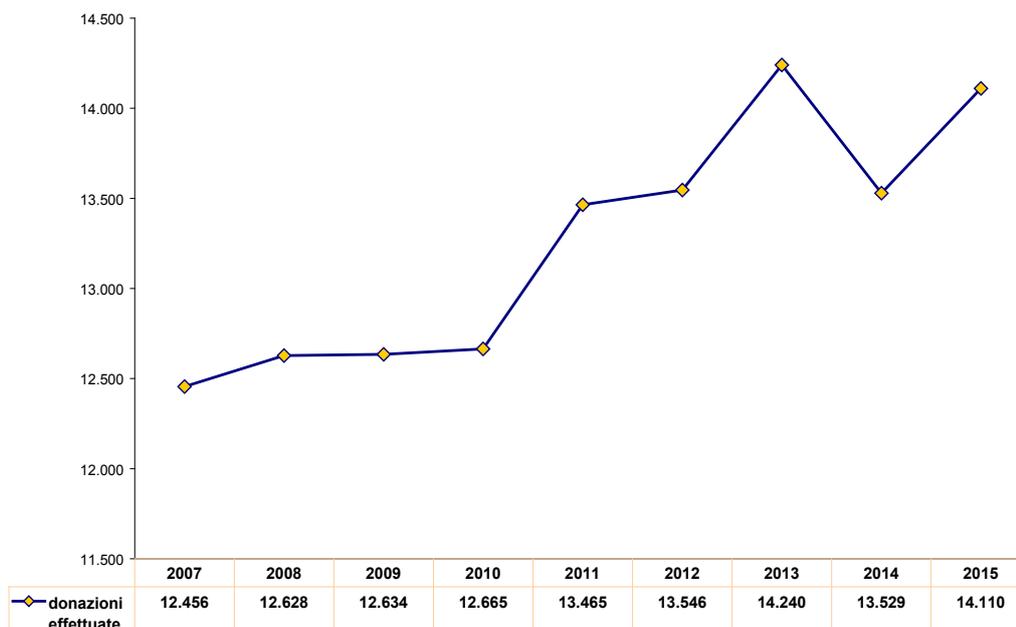
L'U.O.C. di Medicina Trasfusionale ha attivato la formazione del personale operante sul territorio con aggiornamenti, incontri nei vari ospedali, redazione di linee guida e protocolli operativi. Tutto ciò al fine di assicurare il rispetto della legge sul buon uso del sangue, la richiesta della terapia emotrasfusionale con le modalità previste per legge e la gestione delle emoteche in periferia, per le emergenze/urgenze in tutti i Pronto Soccorso del territorio.



Tipologia di donazione

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

Donazione effettuate



Fonte: Centro Trasfusionale P.O. Perrino

Donazione e raccolta sangue del cordone ombelicale

Le Banche di sangue cordonale (BSCO) sono, in Italia, strutture sanitarie pubbliche che, per conto del Servizio Sanitario Nazionale, raccolgono, conservano e distribuiscono le cellule staminali emopoietiche cordonali. Attualmente sono presenti in Italia 19 strutture collocate in 10 regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto.

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

Il Centro di Raccolta presso il P.O. Perrino di Brindisi è uno dei 13 centri riconosciuti sul territorio della Regione Puglia e accreditato per raccogliere ed inviare il sangue placentare all'unica Banca Regionale sita a San Giovanni Rotondo presso il P.O. "Casa Sollievo della Sofferenza". La prima donazione è avvenuta nel dicembre 2008, l'attività è da considerare a regime dal 2009.

Sul territorio nazionale l'indice di bancaggio (bancate/raccolte) è pari all'8,4% (ultimi dati al 31.07.2015 diffusi dal Centro Nazionale Sangue). Alla stessa data l'indice di bancaggio della Banca regionale di San Giovanni Rotondo è pari al 7,6%. Nella ASL BR le donazioni andate a buon fine, inviate alla Banca Sangue Cordonale, sono n. 56 nel 2014 e n. 39 nel 2015.

Nonostante nel 2009 sia stata avviata una campagna informativa capillare su tutto il territorio dell'azienda, tramite manifesti, brochure e spazio dedicato sul sito aziendale, la risposta della popolazione provinciale è ancora troppo bassa. Altri fattori sono legati ad aspetti tecnici intrinseci delle unità: alcune unità raccolte vengono escluse per la scarsa cellularità e/o scarsa quantità, altre vengono distrutte prima della crioconservazione

per la presenza di coaguli o altro. Inoltre, un ultimo, ma non meno importante aspetto, è dato dalla presenza sul nostro territorio di un'elevata incidenza di tireopatie autoimmuni che rende non idoneo alla donazione un numero elevato di coppie. In ogni caso le unità insufficienti vengono destinate alla ricerca scientifica, pertanto non sono da considerare un fallimento. Tutto ciò dovrebbe spiegare la notevole discrepanza esistente tra il numero delle unità "bancate" - cioè giunte alla crioconservazione - e quelle raccolte.

2.1.7 Attività Oncologica

L'assistenza globale al paziente oncologico si articola nei seguenti aspetti fondamentali:

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

L'assistenza al paziente oncologico si espleta pertanto mediante due linee di attività distinte ed integrate:

a) La Rete Ospedaliera

Nella ASL BR sono presenti come reparti di degenza dedicati esclusivamente alla patologia oncologica presso il P.O. Perrino di Brindisi il reparto di Oncologia ed il reparto di Ematologia che hanno effettuato nel 2015 e nel 2014 la seguente attività:

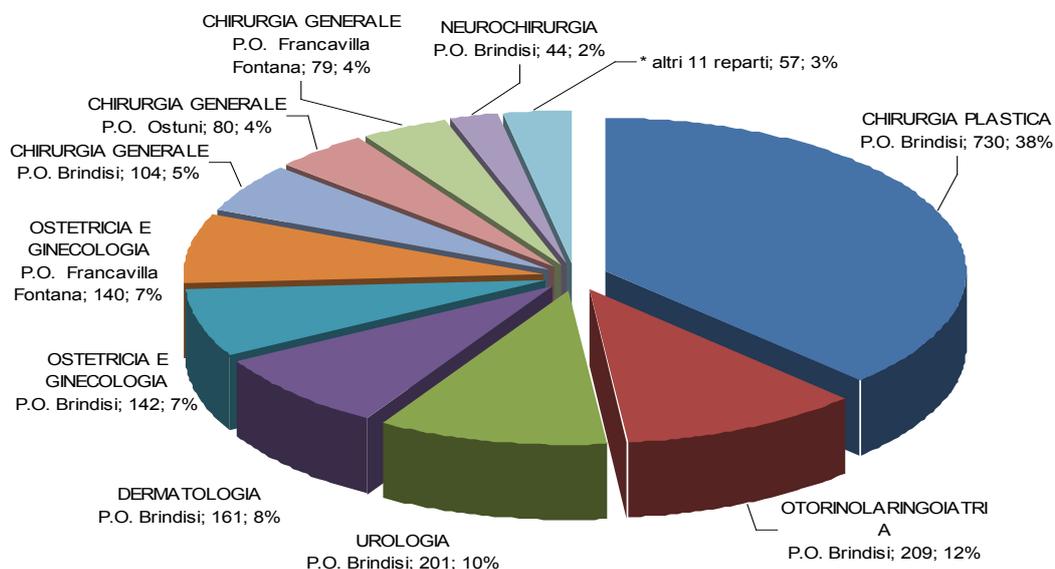
Oncologia		anno 2014	anno 2015	Differenza 2015-2014
regime ordinario	posti letto	10	10	0
	n. dimessi	491	498	7
	giornate degenza	3.989	3.608	-381
	degenza media	8,12	7,24	-0,88
regime day hospital	posti letto	10	10	0
	n. dimessi	641	536	-105
	n. accessi	4.587	3.511	-1.076
	accessi medi	7,16	6,55	-0,61
Totale	n. dimessi	1.132	1.034	-98
	prestazioni ambulatoriali	16.705	20.184	3.479

Ematologia		anno 2014	anno 2015	Differenza 2015-2014
regime ordinario	posti letto	15	15	0
	n. dimessi	362	320	-42
	giornate degenza	4.892	4.446	-446
	degenza media	13,51	13,89	0,38
regime day hospital	posti letto	5	5	0
	n. dimessi	741	537	-204
	n. accessi	7.112	4.343	-2.769
	accessi medi	9,60	8,09	-1,51
Totale	n. dimessi	1.103	857	-246
	prestazioni ambulatoriali	37.323	39.701	2.378

Fonte: UCG Edotto

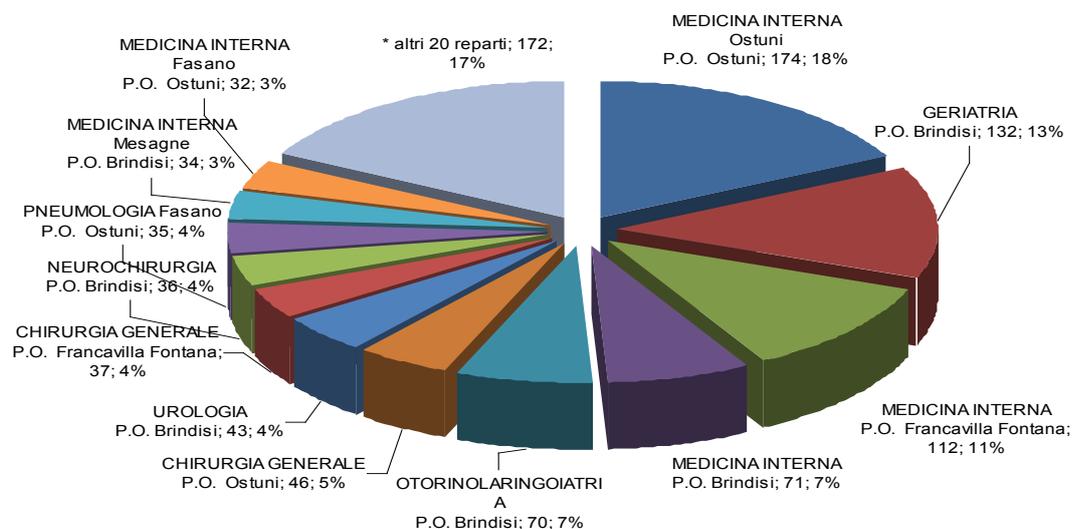
Tuttavia diversi reparti nei PP.00. della ASL BR hanno trattato, nel 2015, patologie oncologiche. Si riportano di seguito nel 2015 i ricoveri di tipo chirurgico con diagnosi principale di Tumore effettuati nei PP.00. ASL BR in reparti diversi da Oncologia ed Ematologia.

Anno 2015. Ricoveri chirurgici con diagnosi principale di Tumore in reparti diversi da Oncologia ed Ematologia



Mentre i casi di tipo medico con diagnosi principale di Tumore effettuati nei PP.00. ASL BR in reparti diversi da Oncologia ed Ematologia sono stati nel 2015.

Anno 2015. Ricoveri di tipo medico con diagnosi principale di Tumore in reparti diversi da Oncologia ed Ematologia



Nondimeno i PP.OO. erogano prestazioni ambulatoriali fondamentali nella rete oncologica aziendale in particolare le UU.OO.CC. ubicate presso il P.O. Perrino quali Anatomia ed Istologia Patologica, Radioterapia e Fisica Sanitaria, Medicina Nucleare, Terapia del Dolore e tutti i servizi di Radiodiagnostica e Patologia clinica ubicati presso tutti i PP.OO.

Di seguito le prestazioni ambulatoriali erogate nel 2015 esclusivamente o per la maggior parte a pazienti oncologici.

PRESIDIO OSPEDALIERO	Servizio ambulatoriale	anno 2014	anno 2015	Diff. 2015-2014
P.O. Perrino Brindisi	Anatomia ed Istologia Patologica	11.830	11.932	102
P.O. Perrino Brindisi	Medicina Nucleare	6.036	9.394	3.358
P.O. Perrino Brindisi	Radioterapia	31.371	27.159	-4.212
P.O. Perrino Brindisi	Fisica Sanitaria	5.584	5.446	-138
P.O. Perrino Brindisi	Terapia Antalgica e Cure Palliative	1.037	999	-38

b) La Rete Territoriale

Il Distretto Socio Sanitario, nelle sue quattro articolazioni territoriali, è il punto di riferimento delle attività di cura attraverso l'erogazione di prestazioni ambulatoriali o la fornitura di protesi o ausili o ancora l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata o prettamente oncologica tramite tre Associazioni ONLUS (GNA, BRIN AIL e ANT); tale attività viene costantemente monitorizzata attraverso il continuo contatto dei pazienti con i Medici di Medicina Generale e le PUA distrettuali.

Per conoscere l'attività territoriale si consultino i paragrafi 2.1.8 (*Screening Oncologici*) e 2.1.9 (*Attività Socio-Sanitaria*)

2.1.8 Screening oncologici

Grande attenzione è stata riservata da questa Direzione nell'attività di prevenzione e lotta contro le patologie tumorali. Le disposizioni dettate in materia dalla Regione Puglia con DGR N. 2255 del 28 ottobre 2014 e s.m.i., sono state recepite da questa Azienda con deliberazione N. 2273 del 22/12/2014 con la quale è stato approvato il Piano Organizzativo degli screening oncologici della ASL Brindisi, specificatamente relativo ai seguenti campi di azione:

- Centro Screening Aziendale
- Screening del carcinoma mammario
- Screening del carcinoma cervico-uterino
- Screening del carcinoma colon rettale

Al fine di dare concreta attuazione al suddetto provvedimento di recepimento e di programmazione, la ASL BR ha avviato procedure ed adottato provvedimenti tesi ad assicurare, per quanto consentito dai vincoli di spesa, le risorse umane e tecnologiche necessarie all'avvio delle attività di cui alla DGR 2255/2014 e DGR 1209/2015.

Nel corso dell'anno 2015 si provveduto in primo luogo a rendere operante il Centro Screening Aziendale con funzioni di coordinamento tecnico-sanitario e amministrativo, attribuendo allo stesso il precipuo compito di sviluppare azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione della popolazione sui programmi di screening oncologici della ASL BR.

Si è provveduto al reclutamento di parte del personale previsto dalla deliberazione N. 2273/2014, assegnando nel mese di agosto 2015 al Centro Screening Aziendale un collaboratore amministrativo e un assistente sanitario.

Avendo preso atto che i dati relativi allo screening cervicocarcinoma non erano stati oggetto di imputazione nel Sistema gestionale Arianna Screening, attività necessaria e propedeutica per la riattivazione dello stesso screening, si è disposto che le suddette unità di personale svolgessero la specifica attività di elaborazione dati.

Fino all'anno 2015 i centri di riferimento aziendali per lo screening del Carcinoma Mammario sono stati 5 (Brindisi via Dalmazia, Brindisi Perrino, Ostuni, Ceglie M.ca, San Pietro Vernotico), 3 dei quali (Brindisi via Dalmazia, Ostuni, San Pietro Vernotico), dotati di mammografi digitali e sistemi RIS-PACS. Inoltre i mammografi digitali dei centri di San Pietro Vernotico e Distretto S.S. di Brindisi sono dotati di tomosintesi.

Gli anzidetti interventi hanno consentito di rilevare un innalzamento della qualità delle prestazioni di screening, sia in termini qualitativi che quantitativi e, non da ultimo anche contribuito ad una maggiore qualificazione degli operatori dedicati.

Per il terzo livello del percorso screening è stata individuata l'Unità Operativa di Senologia del Presidio Ospedaliero A. Perrino. A tale scopo si è dotata la struttura di adeguate risorse provvedendo alla fornitura di nuovo mammografo digitale con tavolo per biopsie in tomosintesi. Questo sistema, basato sulla possibilità di inclinazione del gantry sul piano sagittale, permette di convertire il mammografo in un sistema per biopsia tomo e stereotassica, utilizzando le coordinate 3D all'interno della mammella, localizzata con la tomosintesi. Tale tecnologia, la prima ad essere installata in Puglia, completa la diagnostica di secondo livello già implementata a decorrere dal mese di settembre 2015 con l'acquisizione del nuovissimo sistema di microbiopsia mammaria con aspirazione forzata in guida ecografica.

Screening del carcinoma della mammella	2014	2015
Popolazione target 50-69 anni (F)	54.363	55.269
Popolazione bersaglio annuale (50-69 anni)	27.182	27.635
Inviti inviati	12.431	14.241
Adesioni agli inviti	8.944	9.510
Estensione (%)	45,73	51,53
Adesione (%)	71,95	66,78

Quanto allo screening organizzato del carcinoma cervico-uterino, corre obbligo premettere che lo stesso è risultato essere stato interrotto nell'anno 2009 e mai più attivato.

Dal 2010 presso la ASL BR sono state erogate prestazioni di screening unicamente a pazienti che spontaneamente si sono rivolte alle strutture sanitarie. A decorrere dallo stesso periodo non è stato inoltre operato alcun inserimento dei relativi dati sul sistema gestionale Arianna Screening, con la conseguente disattivazione progressiva delle credenziali di accesso del personale coinvolto. Si è pertanto disposto la riattivazione di tutte le procedure con il data-entry relativo agli anni pregressi, attività peraltro specificatamente richiesta dal Dipartimento Promozione della salute del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia nell'incontro del 4 agosto 2015.

Particolare attenzione è stata riservata alla verifica della sussistenza dei requisiti delle strutture coinvolte nelle attività in argomento. Pertanto nel corso dell'anno 2015 sono state effettuate mirate verifiche ad opera dei competenti Servizi aziendali presso i Consulenti Familiari della ASL di Brindisi, dirette ad accertare la presenza dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, così come previsti dalla normativa in materia per l'esecuzione del primo livello dello screening del carcinoma della cervice uterina. Tali operazioni hanno consentito di individuare e destinare alle attività di prevenzione di cui trattasi N. 12 ambulatori ubicati nelle varie sedi distrettuali della Azienda. Ogni ambulatorio è stato destinatario di interventi specifici di adeguamento strutturale, tecnologico, di arredi e di quant'altro necessario all'allestimento di locali per la corretta erogazione delle attività di screening.

Screening del carcinoma cervico uterino	2015
Popolazione target 25-64 anni (F)	124.715
Popolazione bersaglio annuale (25-64 anni)	41.572
Inviti inviati	0
Adesioni agli inviti	0
Adesioni spontanee	6.766
Estensione (%)	16
Adesione (%)	0

Lo Screening del Carcinoma Colon Rettale è l'unico screening che non è mai partito nella ASL di Brindisi, come in molte altre ASL pugliesi, per carenza di standard qualitativi [assenza di medici con adeguata casistica colonscopica] per il secondo livello.

2.1.9 Attività Socio-Sanitaria

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



L'Unità Operativa Complessa Servizi Socio Sanitari negli ultimi anni ha subito un processo di riorganizzazione e riassetto delle funzioni, per cui, oltre all'aspetto relativo alla programmazione socio sanitaria e al coordinamento gestionale-amministrativo annesso alle singole attività, è stata orientata a:

- formalizzare e uniformare le procedure di accesso ai servizi ed alla rete dei servizi socio-sanitari tramite l'adozione di un "Regolamento aziendale per l'accesso ai servizi territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari" ⁹;
- uniformare la gestione amministrativa e contabile nei rapporti con le Strutture Socio Sanitarie residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni con oneri a carico della ASL BR;
- intensificare le verifiche amministrativo-contabili in fase di liquidazione delle competenze maturate dalle strutture erogatrici di prestazioni sociosanitarie.

Alcuni degli strumenti adoperati e propedeutici alla concretizzazione di tale processo di riordino, sono i seguenti atti:

1. Deliberazione ASL BR n. 707/2015: "*Nomina Commissione di Verifica delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Private Accreditate*": compito precipuo della Commissione è quello di compiere verifiche sulle Strutture Socio-Sanitarie in relazione al possesso dei requisiti previsti dalla legislazione vigente, come attività preliminare all'eventuale rinnovo e/o sottoscrizione di Accordi Contrattuali. Tale organismo è altresì deputato a verificare il mantenimento, per tutto il periodo di validità del contratto, dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dalla normativa di riferimento; l'adempimento delle ulteriori prescrizioni tecniche, previste dalla normativa vigente, eventualmente disposte dai competenti organismi di vigilanza; utilizzo costante del personale dichiarato ed operativo nella struttura avente i necessari requisiti professionali; l'osservanza dei CCNL che disciplinano il rapporto di lavoro del personale impiegato; l'osservanza di tutte le condizioni di igiene e qualità dell'assistenza.
2. Deliberazione ASL BR n. 1579/2015: con cui vengono adottate le "*Linee Guida Dimissioni Protette - Percorsi assistenziali integrati Ospedale Territorio*" tramite le quali sono stati definiti, a livello aziendale, i percorsi di dimissioni protette dall'Ospedale al territorio ovvero alle strutture residenziali o ADI, del paziente fragile e non autosufficiente.
3. Deliberazione ASL BR n. 1749/2015: con cui sono state approvate le "*Linee di indirizzo per la programmazione e la riqualificazione della spesa socio sanitaria nella ASL di Brindisi*". Con tale documento, partendo dall'analisi della realtà organizzativa del territorio di competenza di questa Azienda, per quanto di attiene il settore socio sanitario, si è inteso disciplinare tutta l'attività dell'Area con le diverse finalità:
 - definire l'adeguamento degli assetti organizzativi della ASL e la relativa integrazione gestionale;
 - definire le procedure e l'organizzazione del processo di applicazione delle suddette linee di indirizzo;

⁹ Deliberazione ASL BR n. 1551/2013

- rimodulare la programmazione economico-finanziaria della spesa socio-sanitaria e la ridefinizione degli obiettivi e delle azioni da intraprendere alla luce dei nuovi scenari socio-economici;
- determinare il budget della spesa socio-sanitaria e dell'ADI per il triennio 2015-2017.

In tal modo, prestando particolare attenzione al controllo del budget di spesa, si intende procedere al rientro graduale nei parametri del fabbisogno previsto dalla normativa vigente avendo precipuamente interesse a garantire, oltre che la riduzione dei pazienti ricoverati nelle RSSA non contrattualizzate, maggiore appropriatezza nella erogazione delle prestazioni socio sanitarie.

Le strutture socio sanitarie

La Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) *“eroga prevalentemente servizi socioassistenziali a persone anziane, in età superiore ai 64 anni, con gravi deficit psichici, nonché persone affette da demenze senili, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio. La RSSA per anziani non può ospitare ospiti con età inferiore a 64, ancorché diversamente abili gravi, fatta eccezione per persone affette da demenze senili, morbo di alzheimer e demenze correlate, anche se non hanno raggiunto l'età dei 64 anni.”* (art. 66 del R.R. n.4/07 e ss.mm. e ii.)

In applicazione dell'art. 8 della Legge Regionale n. 26/2006, modificato in alcuni aspetti dalla L.R. n. 4/2010, nel precisare che *“la distribuzione dei posti letto è assicurata su base territoriale provinciale e tenendo conto della popolazione standardizzata con l'indice di vecchiaia”*, già dal 2011 è stato individuato il fabbisogno territoriale dei posti letto per le residenze socio sanitarie assistenziali, n. 7 posti letto ogni 10 mila abitanti. In relazione di ciò, tenuto conto dei dati ISTAT della popolazione in Puglia aggiornati al 01/01/2009, i posti letto assegnati a questa ASL BR sono n. 282; di questi, attualmente, ne sono stati contrattualizzati n. 272 nel modo che segue:

87

Tab. 1 Residenze socio-sanitarie assistenziali contrattualizzate (RSSA)

Distretti Socio-Sanitari	Comune	Struttura	P.L.
Distretto n.1 Brindisi	Brindisi	San Francesco D'Assisi	30
Distretto n. 2 Fasano	Fasano	S. Maria Regina Pacis	60
Distretto n. 3 Francavilla. F.na	Oria	Madre Teresa	64
Distretto n. 4 Mesagne	Latiano	Rosa Aluisio	18
Distretto n. 4 Mesagne	Mesagne	Villa Iris	100
Totale			272

Per quanto concerne le altre strutture socio sanitarie di competenza di questa Area e di cui al Regolamento Regionale n. 4/07 e ss. mm. e ii., vi sono:

- Centro Diurno Socio Educativo e Riabilitativo - art. 60: finalizzato *“al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia. Il centro è destinato a soggetti diversamente abili, tra i 6 e i 64 anni, anche psicosensoriali, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che necessitano di prestazioni riabilitative di*

carattere sociosanitario. Per gli utenti minori la frequenza del centro è prevista esclusivamente per le attività extrascolastiche, ad integrazione e nel rispetto dell'obbligo di frequenza dei percorsi di studio previsti."

- Centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza - Art. 60 ter: "finalizzata all'accoglienza di soggetti in condizione di non autosufficienza, che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non sufficientemente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata. Il centro è destinato a soggetti affetti da demenza associata o meno a disturbi del comportamento, non affetti da gravi deficit motori, gestibili in regime di semiresidenzialità, capaci di trarre profitto da un intervento integrato, così come definito dal rispettivo Piano assistenziale individualizzato (PAI)."
- Comunità socio-riabilitativa - Art. 57: è una struttura residenziale socio-assistenziale "destinata a soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, in situazione di handicap fisico, intellettuale e sensoriale, privi del sostegno familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale."
- Residenza sociosanitaria assistenziale per diversamente abili - art. 58: rivolta "a persone in situazione di handicap con gravi deficit psico-fisici, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse in RSA, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio."

La distribuzione di questa tipologia di strutture sul territorio della ASL di Brindisi, al 31/12/2015, è la seguente:

88

Strutture socio sanitarie di cui al R.R. n. 4/2007 e ss.mm. e ii. con autorizzazione comunale e iscrizione nei Registri Regionali al 31/12/2015.

Distretti Socio-Sanitari	Art. 60	Art. 60 ter	Art. 57	Art. 58	totale
Distretto n. 1	4	0	1	0	5
Distretto n. 2	3	1	1	1	6
Distretto n. 3	0	0	0	0	0
Distretto n. 4	5	0	2	1	8
Totale	12	1	4	2	19

Fonte: <http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/Registri>

In ottemperanza con quanto disposto con le citate deliberazioni aziendali, nonché con note a firma della Direzione Generale, è stata avviata, a cura dei Direttori di Distretto, la rivalutazione di tutte le persone inserite in socio sanitarie residenziali semiresidenziali con oneri a carico di questa Azienda, al fine di ridefinire l'appropriatezza degli accessi, procedere a eventuali rinnovi dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) o eventuali dimissioni. Allo stato, in attesa di addivenire alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, nelle more della deliberazione n. 1551/2013, gli inserimenti in suddette strutture, vengono autorizzati, previo l'espletamento della procedura di accesso alla rete delle strutture e dei servizi socio sanitari, mediante l'adozione di atto deliberativo.

In un'ottica di continuità assistenziale, la presa in carico del percorso socio assistenziale nelle residenze sociosanitaria ex art. 70 L.R. n. 4 del 2007 (Case per la Vita) a partire

dall'anno 2014 è di competenza del Dipartimento di Salute Mentale.

Assegni di cura SLA/affini e assegni di cura per gravissimi.

Nell'ambito del Progetto "Qualify Care SLA Puglia", questa Azienda ha elaborato il progetto di dettaglio per l'attivazione, presso lo S. O. di Ceglie Messapica, dello Sportello "Centro di Ascolto per le famiglie SLA/SMA e non autosufficienti gravissimi". Lo Sportello, realizzato in regime di cofinanziamento tra Regione Puglia e ASL, prevede la partecipazione attiva di alcuni stakeholder tra cui l'associazione AISLA ONLUS con la quale si è provveduto a sottoscrivere apposita Convenzione della durata di un anno, eventualmente rinnovabile in presenza di nuovo stanziamento regionale e/o in presenza di economie residue.

Il progetto di dettaglio per l'implementazione di detto Centro di Ascolto, ancora in essere, prevede tra l'altro, un piano operativo di informazione e comunicazione per favorire il rapporto tra l'Azienda Sanitaria, le varie figure professionali, sanitarie e non sanitarie, coinvolte nel lavoro cura, i care giver e gli assistiti. Il Centro di Ascolto non sostituisce in alcun modo le competenze e le attività tecnico-specialistiche del Centro di riferimento Aziendale per la presa in carico globale dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica e altre Malattie Neurodegenerative, ma ad esso si integra.

Le attività svolte dal Centro di Ascolto per le famiglie dei pazienti SLA/SMA e patologie affini sono:

- counseling telefonico;
- supporto informativo e affiancamento amministrativo alle famiglie per la domanda e l'accesso all'Assegno di Cura per i pazienti SLA/SMA e patologie affini;
- aggiornamento delle cartelle e monitoraggio delle condizioni di ammissibilità degli aventi diritto;
- attuazione di campagna di informazione/sensibilizzazione rivolta agli operatori dei servizi;
- incontri mensili con i familiari per discutere di eventuali criticità e/o semplicemente per attivare momenti di incontro/confronto; a questi incontri partecipavano attivamente alcuni specialisti della rete SLA;
- consulenza psicologica e supporto psicosociale ai pazienti e al nucleo familiare;
- programmazione ed implementazione di eventi formativi tenuti da specialisti del settore, rivolti a infermieri, OSS, fisioterapisti, MMG, PLS, care giver con attenzione agli specifici protocolli assistenziali dedicati ai pazienti affetti da SLA/SMA e patologie affini;
- adozione di un questionario di customer satisfaction da somministrare a pazienti/familiari con l'obiettivo di verificare la qualità della assistenza e delle prestazioni erogate al fine di poter intervenire là dove dovessero presentarsi criticità.

Tra le attività del Centro sono state fatte confluire la attività di gestione e liquidazione degli Assegni di cura di cui alla D.G.R. n.2530/2013; con tale provvedimento, il contributo economico, per effetto dell'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 20/3/2013, viene esteso alle persone in condizioni di disabilità gravissima ossia *"in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es.: gravi patologie cronico-degenerative non reversibili, ivi inclusa la SLA, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.)"*.

La differenza nella erogazione dei suddetti contributi è rilevabile nella durata dell'erogazione e nelle caratteristiche intrinseche delle patologie stesse: nei casi di SLA e patologie affini (come espressamente indicato dalla Regione Puglia previo consulto del Coordinamento Regionale per le Malattie Rare) l'importo è calcolato in base alla stadiazione

della malattia e liquidato per il periodo di permanenza in vita dell'assistito; per la non autosufficienza gravissima il contributo viene concesso per 24 mesi ed esclusivamente nei casi in cui "l'UVM abbia rilevato gravi limitazioni nella vita quotidiana misurate in termini di punteggio Barthell superiore a 90 p. (SVAMA), ovvero equivalente valutazione di gravità condotta con SVAMD I o altra valutazione multidimensionale specificamente richiesta per età e patologia del paziente, e richiedono assistenza continuativa di tipo sociosanitario (ADI) e sanitario, oltre che dipendenza vitale che necessita a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore."

Cure Domiciliari

	2014	2015
Cure Palliative – n. utenti	975	909
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	3.222	3.681
N. utenti trattati di cui anziani	2.721	3.082
N. accessi	166.396	190.597
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)		
N. autorizzazioni rilasciate	3.614	3.719

Fonte : Edotto, ANT, GNA, BRIN AIL, MEDICASA, Dati Aziendali

In conformità con quanto già disposto dalla normativa regionale in materia di Organizzazione delle Cure Domiciliari in favore dei pazienti non autosufficienti, (vedi Linee Guida approvate con D.G.R. n 691 del 12/04/2011; Linee Guida approvate con D.G.R. n 630 del 30/03/2015), la ASL di Brindisi nel biennio 2014 -2015 ha provveduto ad assicurare presso il domicilio dei pazienti, mediante l'impiego di risorse economiche ed umane specificatamente dedicate, prestazioni specialistiche finora effettuate esclusivamente in ambito ospedaliero e/o in regime di ricovero. Su tutto il territorio aziendale è stato potenziato l'intervento di diverse figure specialistiche quali: lo specialista anestesista che ha garantito la sostituzione della cannula tracheale ai pazienti tracheostomizzati, lo specialista chirurgo per la sostituzione periodica della PEG e per le toilette chirurgiche delle lesioni da pressione. Tutto ciò ha favorito la permanenza a domicilio anche di pazienti colpiti da grave non autosufficienza, dando a questi ultimi la possibilità di proseguire la fase di recupero o di mantenimento nell'ambito del proprio contesto familiare limitando gli inserimenti in strutture residenziali ed evitando frequenti ricoveri ospedalieri.

Per quanto concerne le **Cure Palliative Domiciliari**, le stesse sono sempre state assicurate da ANT, GNA e BRIN AIL o dallo stesso servizio ADI come nel triennio 2011-2013.

La Rete Assistenziale per i pazienti affetti da SLA e da altre malattie neurodegenerative ha assicurato l'integrazione degli interventi e ha perfezionato la relazione tra i vari professionisti protagonisti nella gestione del paziente migliorando il coinvolgimento dell'associazionismo nella definizione dei bisogni del paziente.

La ASL di Brindisi in questi due anni ha inoltre ottemperato agli obblighi informativi posti nel 2014 a carico delle Aziende ed Istituti pubblici attraverso l'utilizzo del sistema informativo regionale "Edotto". La registrazione degli eventi per l'assistenza domiciliare quali la presa in carico, la valutazione, l'eventuale rivalutazione, la sospensione o conclusione del PAI, è stata effettuata con tempistiche tali da consentire alle strutture regionali di estrarre in automatico il flusso SIAD da inviare al Ministero della Salute, entro il mese successivo al trimestre nel quale si è verificato l'evento, così come previsto dal D.M. 17/12/2008 e s.m.i.

2.1.10 Famiglia

Il Consultorio Familiare è lo strumento operativo territoriale per l'attuazione di interventi per la promozione della Salute della Famiglia nella sua globalità. È il servizio di riferimento in tema di paternità e maternità responsabili, coniugalità e genitorialità, età evolutiva e adolescenza, relazioni familiari, e concorre con i servizi degli Enti Locali nelle tematiche di affidamento e adozione, maltrattamenti e abusi contro donne e minori.

Il Consultorio Familiare, infatti, interagisce direttamente con la popolazione, prendendo in carico tematiche individuali, di coppia, familiari, di gruppo o anche sociali in un'ottica di prevenzione primaria e di promozione della Salute globale. Il metodo fondamentale è l'offerta attiva: gli operatori dei Consultori agiscono nel tessuto sociale per la rimozione dei fattori di rischio e la promozione delle buone prassi, attraverso progetti ed interventi mirati. Offre, altresì, sostegno ed indirizzo a quanti si rivolgono al servizio spontaneamente.

L'accesso è libero e gratuito per tutti i cittadini e le cittadine di ogni età, ma anche per ogni altro individuo presente a qualunque titolo nel territorio aziendale, compresi gli immigrati e le immigrate di ogni età, comunitari o extracomunitari, regolari o clandestini.

I Consultori familiari svolgono attività di tipo territoriale e afferiscono ai Distretti Socio-sanitari di Base. Nel territorio della ASL BR sono aperte 16 sedi consultoriali, distribuite capillarmente sul territorio. In esse operano psicologi, assistenti sociali, ginecologi, ostetriche, 1 sociologo, 1 avvocato, che svolgono un ruolo fondamentale per la peculiarità degli interventi, delle funzioni e degli obiettivi loro assegnati.

La legge attribuisce al Consultorio una molteplicità ed una complessità di compiti tendenti a salvaguardare l'unitarietà sanitaria, psicologica e sociale dell'individuo e della famiglia, nell'ottica di quel concetto di Salute così come descritto dall'O.M.S., nel tentativo di dare risposte unitarie ed omogenee ad un bisogno globale di salute espresso dalle famiglie.

Proprio per questo il punto di forza dei Consultori Familiari consiste nella capacità di attivare, governare o concorrere a reti integrate con servizi ed enti territoriali pubblici o privati, che, a qualsiasi titolo, si occupino della Salute e del Benessere della Famiglia.

La Legge attribuisce, altresì, ai Consultori Familiari, una peculiarità ulteriore: la Prevenzione e la promozione della Salute globale.

Con atto n.527/2013 la ASL BR ha ottemperato alle disposizioni contenute nella DGR 3066/2012, formulando una proposta di riorganizzazione delle reti consultoriale aziendale in ordine a: attività, dotazioni organiche e strumentali, adeguamento delle strutture.

In attesa di un definitivo ed ufficiale pronunciamento degli Uffici regionali competenti, l'Azienda ha, nel frattempo, proceduto alla riorganizzazione delle attività consultoriali, alla luce del disposto regionale e della normativa collegata, ed alla stesura di programmi e protocolli procedurali per l'integrazione delle attività sanitarie tra ospedali e territorio e delle attività sociali tra Enti ed Istituzioni esterne all'Azienda (Comuni, Prefetture, Enti ed associazioni di volontariato sociale e Terzo settore).

Così come previsto dal piano di riorganizzazione, gli operatori consultoriali hanno costituito gruppi di lavoro multidisciplinari interaziendali o extraaziendali coinvolgendo, cioè, tutti gli attori coinvolti nel processo di produzione dei servizi, ed hanno redatto piani operativi e predisposto azioni per i seguenti ambiti di intervento:

Mediazione Interculturale: l'intervento specifico è stato condotto secondo le indicazioni previste nel provvedimento regionale "Progetto Regionale per la Mediazione Interculturale presso i Consultori pugliesi."

L'assunzione a tempo determinato (12 mesi) di 4 mediatrici interculturali ha consentito lo svolgimento delle attività solo fino a febbraio del 2014. Obiettivo dell'azione era creare informazione circa i diritti della popolazione migrante, coinvolgere le associazioni territoriali del settore, dare informazione alla popolazione migrante presente nel territorio aziendale circa i servizi socio-sanitari a loro disposizione.

I risultati previsti sono stati raggiunti. Il limite di questa esperienza consiste nella temporaneità della presenza delle mediatrici nei centri indicati come Consultori Interdistrettuali Tematici per la Mediazione Interculturale, la cui utilità si è resa subito evidente, sia in termini di filtro tra la popolazione migrante ed i servizi aziendali, sia in quanto ha attivato modalità, cosiddette "di strada", per diffondere le informazioni. Sebbene il tempo di attivazione del servizio abbia consentito la diffusione delle informazioni necessarie, la costruzione di una banca dati, sia pur parziale e la messa in rete dei servizi sociali e sanitari del territorio, essa ha subito una brusca interruzione, privando, di fatto, i servizi del personale di filtro, con compiti, evidentemente, anche di mediazione linguistica. Tuttavia, si sono prodotti e sono disponibili opuscoli informativi e segnalibro in 6 lingue, la cui diffusione tra la popolazione migrante e presente, a qualunque titolo, nel territorio aziendale, iniziata ad opera dei mediatori, è oggi affidata agli operatori consultoriali.

Abuso, Maltrattamento, Violenza e Adozioni Nazionali ed Internazionali: gli interventi specifici per questi due ambiti di attività sono stati condotti secondo le indicazioni previste nei provvedimenti regionali. Sono stati costituiti Gruppi di Lavoro, che hanno prodotto elaborati progettuali unitamente ai responsabili ed agli operatori degli Ambiti territoriali, condivisi con le aree ospedaliere coinvolte; le equipe integrate, previste dalle disposizioni regionali, sono state definite ed il personale destinato a queste attività. In fase di work in progress la firma dei protocolli d'intesa per Ambito Zonale nei diversi Distretti socio-sanitari del territorio.

Esercizio del diritto all'I.V.G.: il piano è stato definito, consegnato, ed adottato dalla Direzione Generale.

Carta dei Servizi per la Famiglia: nel 2015 è stato prodotto un opuscolo-guida, come strumento di comunicazione ed informazione per favorire l'orientamento dell'utenza e l'accesso ai servizi consultoriali.

Carta dei Servizi Percorso Nascita: è stata redatta, in collaborazione con tutti gli attori del processo, condivisa ed adottata dalla Direzione Generale ed ora all'esame degli Uffici regionali competenti. Il modello proposto ha lo scopo di seguire l'evento nascita, sia dal punto di vista sanitario, sia per gli aspetti psicologici e sociali, prevede un sistema integrato di interventi tra i diversi servizi aziendali nel rispetto delle singole competenze e propone una serie di opportunità affidate in fine alla libera scelta delle donne e degli uomini cui è destinata. Tiene conto della pluriennale esperienza dei Consultori familiari e dei presidi ospedalieri ed è già stata testata nel territorio di Brindisi ed in parte nei territori di Ostuni e Francavilla Fontana.

Prevenzione oncologica-screening della cervice uterina: l'attività di screening, propriamente detta, è stata sospesa nel 2009. Da allora le prestazioni di prevenzione oncologica nei Consultori sono state erogate unicamente all'utenza spontanea. Peraltro, senza alcun inserimento dei relativi dati sul sistema gestionale regionale Arianna Screening. È previsto il riavvio dell'attività di screening nell'anno 2017 a patto di risolvere alcune difficoltà strutturali, tecnologiche e di personale.

Malattie Sessualmente Trasmissibili: i Consultori partecipano al progetto 'Affettivamente', rivolto ai giovani delle scuole secondarie di primo grado. Attuano il metodo della Peer

Education, secondo la programmazione regionale, che ha curato anche la formazione. Il Progetto, rivolto alla popolazione scolastica degli istituti secondari di secondo grado, si è svolto dapprima nel Distretto 2 e, successivamente, nel Distretto 1. Si proseguirà negli altri distretti con la formazione e l'implementazione delle modalità e degli spazi di intervento.

Analisi qualitativa e quantitativa delle attività: un altro dei gravi problemi dei Consulтори è la difficoltà di raccogliere ed elaborare i dati di attività. Nonostante i numerosi tentativi di ordinare ed omogeneizzare la raccolta e l'elaborazione dei dati e la loro informatizzazione, nonostante si disponga di un programma informatico realizzato nel 1998 da SEPI, ancora oggi i dati delle attività consultoriali restano un grosso problema, per l'inadeguatezza del programma, per la mancanza di apparecchiature adeguate ed anche a causa della inefficienza della rete internet o della sua indisponibilità in alcune sedi consultoriali.

Si è predisposta una nuova piattaforma informatica, sempre in collaborazione con SEPI, allo scopo di rimuovere i vizi che hanno reso inagibile quella attualmente in uso e di migliorare le performance delle applicazioni.

Personale: la D.G.R. n. 3066/2012 e, conseguentemente il Piano aziendale che ne è derivato, prevedevano, oltre alla riorganizzazione in senso ergonomico dei servizi e dei loro processi di produzione, anche una verifica della situazione strutturale, tecnologica e della dotazione organica. L'analisi complessiva della situazione è stata effettuata e sono in corso le attività necessarie per colmare insufficienze ed inadeguatezze, allo scopo di rendere efficienti e, quindi, efficaci, tutte le attività già avviate e da avviare.

2.1.11 Anziani

93

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è in continua crescita soprattutto nei Paesi occidentali, dovuto principalmente alla riduzione del tasso di fecondità e all'aumento della vita media.

Dopo la pubblicazione del Rapporto ISTAT "Previsioni demografiche in Puglia, anni 2011-2065", il recente studio dell'IPRES (Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali) "Rapporto Puglia 2015" fa emergere con forte evidenza il processo di invecchiamento in atto anche nella nostra Regione. Lo studio riporta che negli ultimi 14 anni la quota relativa alla popolazione degli ultra 65enni è passata dal 15,9% nel 2002 al 20,5% nel 2015, a scapito della fascia di età centrale (15-64 anni), passata dal 67,4% al 65,5% e di quella più giovane, degli under 14enni (dal 16,7% al 14%).

L'indice di vecchiaia in Puglia è pari a 151,5%, con un indice dei grandi vecchi (gli over 85) pari al 28,9%. Nella provincia di Brindisi l'indice di vecchiaia è pari a 165%, superiore quindi alla media regionale, e del 28,5% per gli over 85, con Comuni come Cisternino, Ostuni, San Pietro Vernotico e San Vito dei Normanni che superano l'indice de 200% (dati IPRES al 1.01.2015).

Indici di struttura della popolazione residente all'1.01.2015 - fecondità, carico di figli, mascolinità, vecchiaia, grandi vecchi -

	Tasso generico di fecondità (%)	Carico di figli per donna feconda (%)	Rapporto di Mascolinità (%)	Indice di Vecchiaia (%)	Incidenza dei grandi vecchi (%)
Regione Puglia	60,9	10,5	94,3	151,5	28,9
Provincia Brindisi	31,5	10,1	92,8	165,0	28,5
Brindisi	32,0	10,6	91,5	155,1	26,0
Carovigno	41,9	12,1	97,0	140,7	27,6
Ceglie Messapica	29,3	9,6	91,5	180,1	31,5
Cellino San Marco	30,6	10,5	90,4	190,9	28,7
Cisternino	29,4	9,3	94,2	223,7	34,0
Erchie	30,4	9,0	93,7	143,4	28,8
Fasano	29,3	10,2	94,2	149,6	29,6
Francavilla Fontana	33,1	10,8	93,4	125,6	26,8
Latiano	27,1	9,0	94,9	177,5	29,1
Mesagne	29,0	9,2	90,3	188,3	28,0
Oria	31,7	10,6	93,4	152,9	29,6
Ostuni	30,9	9,1	90,4	205,2	29,8
San Donaci	27,9	10,6	92,4	195,4	30,4
San Michele Salentino	28,5	10,0	96,0	169,1	29,7
San Pancrazio Salentino	29,4	9,4	94,5	196,2	27,8
San Pietro Vernotico	32,4	9,1	90,4	207,7	29,4
San Vito dei Normanni	30,8	9,0	92,7	204,5	29,0
Torchiarolo	37,4	10,1	96,0	159,4	28,9
Torre Santa Susanna	33,8	8,9	94,1	146,0	28,4
Villa Castelli	38,1	12,0	98,7	118,7	29,3

Fonte: ISTAT Elaborazioni IPRES 2015

L'invecchiamento demografico non sempre è espressione di miglioramento della qualità della vita di una popolazione. Al dato positivo dell'allungamento della vita media si associa, infatti, un aumento di patologie croniche (stabilizzate o degenerative), le cui ripercussioni incidono sul sistema sanitario e sociale.

L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100

Le attività rivolte anche agli anziani sono state esposte in particolare nel paragrafo 2.1.9, con azioni mirate ad aumentare l'offerta di servizi e la qualità dell'assistenza, e, quindi, anche della vita degli assistiti. I principali interventi riguardano l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'inserimento in apposite strutture quali le Residenze socio sanitarie assistenziali per gli ultra sessantacinquenni non autosufficienti.

In tale prospettiva, la Direzione aziendale ha riprogrammato il Servizio Cure Domiciliari rivolto a pazienti non autosufficienti e in condizioni di fragilità clinica e/o sociale elevata. Il servizio offre prestazioni articolate su 3 livelli assistenziali a complessità crescente, fino alla presa in carico di Pazienti costantemente allettati, in stato di coma o di minima coscienza, portatori di cannula tracheostomica e PEG, in ventilazione assistita e nutrizione artificiale.

E' di prossima attuazione un Progetto di Sperimentazione Gestionale in partenariato

pubblico privato dell'assistenza domiciliare integrata a seguito di approvazione Regionale. Gli elementi qualificanti della nuovo modello organizzativo e gestionale del Servizio sono rappresentati dal potenziamento sensibile della capacità di presa in carico che è stata estesa ai pazienti oncologici, ai pazienti affetti da malattie neurodegenerative, mieloneurolesi, e malati terminali.



La completa informatizzazione del Servizio in collegamento costante con il Sistema EDOTTO consente la massima flessibilità operativa rispetto all'evoluzione del bisogno, il monitoraggio delle varie fasi del processo, la valutazione degli indicatori e la necessaria trasparenza della gestione.

Con riferimento, quindi, alla rete dei servizi domiciliari (ADI) occorre rilevare che la ASL di Brindisi, rispetto al panorama regionale e agli obiettivi LEA, presenta una situazione ottimale non solo in termini di N. anziani presi in carico ma soprattutto in termini di opportunità di potenziamento del servizio che con la nuova gestione integrata del servizio tra pubblico e privato consentirà di assorbire una buona parte della nuova domanda di assistenza socio-sanitaria e di riqualificazione della stessa rispetto alle criticità ancora esistenti.

E' inoltre opportuno rilevare che gli obiettivi di spesa assegnati con il DIEF 2014-2015, le nuove linee guida per le cure domiciliari e gli accordi di programma ASL-Comuni consentono nell'ambito della programmazione della spesa socio-sanitaria della ASL di Brindisi di riqualificare una buona parte della spesa in residenzialità e, soprattutto, un assorbimento della nuova domanda della stessa residenzialità attraverso un potenziamento della rete dei servizi domiciliari (ovvero ADI) sia tramite il partner privato che tramite equipe mediche interne appositamente dedicate.

95

2.1.12 Popolazione in età evolutiva

L'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Territoriale (NIAT) assicura in modo capillare sul territorio attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione riferita alla popolazione in età evolutiva con disturbi neuropsichiatrici, attraverso una rete di sei Centri.



In ciascun Centro operano equipe pluridisciplinari che erogano le attività previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): visita neuropsichiatrica infantile, visita fisiatrica prescrizione e monitoraggio di terapie farmacologiche, valutazione neuropsicodiagnostica, colloqui psicologico-clinici, psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo), abilitazione e riabilitazione motoria, psicomotoria, del linguaggio, della comunicazione e delle funzioni cognitive (individuale e di gruppo), gruppi di sostegno e training per i familiari, interventi sulla rete sociale, formale e informale.

Attività Centri NIAT	Anno 2014	Anno 2015
Numero utenti afferiti/ popolazione <18 anni	3.704 5,20%	3.859 5,60%
Numero utenti presi in carico	2.192	2.506
Nuovi utenti presi in carico	505	593
Numero prestazioni erogate	39.827	40.918

Tutte le prestazioni diagnostiche - terapeutiche e riabilitative sono erogate nel rispetto di procedure e protocolli che si rifanno a standard di qualità.

I dati riferiti all'attività clinica e riabilitativa del NIAT, relativi al biennio 2014-2015, risentono delle difficoltà logistiche che hanno interessato un Centro Niat. Tra le attività erogate di particolare significatività: l'Integrazione scolastica e Progetti.

L'integrazione scolastica rappresenta un anello importante nella presa in carico globale del bambino diversamente abile e si esplica in un rapporto di stretta collaborazione con tutte le scuole del territorio, nonché, per gli aspetti connessi all'assistenza scolastica e al trasporto, con gli Ambiti territoriali e la provincia. Un tavolo interistituzionale istituito presso la Provincia assicura una gestione condivisa dei diversi aspetti che compongono il complesso universo dell'inclusione scolastica degli alunni diversabili.

Nel febbraio 2014 è stato avviato il "Progetto di riabilitazione precoce del neonato pretermine - prematuro ad alto rischio di lesioni cerebrali" proposto dal fisiatra del NIAT. Il progetto è espressione della collaborazione tra il NIAT, servizio territoriale e l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) del Presidio Ospedaliero "Perrino". I presupposti teorici che hanno ispirato il progetto sono che la valutazione clinica e la riabilitazione precoce dei neonati nati pretermine (32 settimane), può contribuire a mitigare eventuali esiti morbosi che possano compromettere significativamente lo sviluppo globale del bambino. Quanto previsto dal progetto si persegue attraverso una forte attività di integrazione tra territorio e ospedale e di stretta collaborazione multidisciplinare tra le varie professionalità. Allo stato sono direttamente coinvolti: il neonatologo, lo psicologo, e l'infermiere del reparto nonché il fisiatra, il neuropsichiatra infantile, il pediatra del Territorio. Obiettivo prossimo è riuscire a coinvolgere altri specialisti quali: e altri specialisti l'Otorinolaringoiatra, il radiologo, l'endocrinologo ecc.

Il bambino prematuro è preso in carico fino a 24 mesi, con follow up eseguiti a 3,6,12,18,24 mesi, e contestualmente i genitori sono presi in carico dallo psicologo perchè possano sentirsi parte integrante nella presa in carico del proprio bambino e facilitare l'instaurarsi di una buona relazione genitore-bambino, secondo l'approccio dell'Assistenza Personalizzata ed Evolutiva Centrata sulla Famiglia ("Family-Centere Development Focused Care" H.Als,1982).

L'avvio del percorso abilitativo precoce coinvolge tutte le risorse presenti sul territorio, sia pubbliche sia private. Dall'avvio del progetto a dicembre 2015 sono stati seguiti circa 80 bambini per anno ed effettuate 300 visite.

2.1.13 Popolazione con disagio psichico

Il Dipartimento di Salute Mentale fornisce prestazioni ambulatoriali e ospedaliere finalizzate a rispondere ai bisogni dei pazienti del territorio affetti da patologie psichiatriche.

Il modello organizzativo si rifà a quello di salute mentale di comunità, fondato sull'integrazione nel percorso di presa in carico globale. Gli atti sanitari sono finalizzati verso la prevenzione, cura e riabilitazione, per tutta la popolazione e si estende nei processi di promozione alla salute, di reintegrazione, di inclusione sociale e lavorativa, con il concorso di istituzioni pubbliche, private e del terzo settore.



La rete dei servizi territoriali della ASL BR è dislocata in 4 Centri di Salute Mentale (CSM) che coincidono di norma con i Distretti Socio Sanitari. Il trattamento territoriale, finalizzato a mantenere la persona nel proprio contesto di vita, è in capo ad una équipe multi professionale. La finalità del trattamento non è solo o prevalentemente la remissione dei sintomi, bensì il recupero ottimale di una condizione di benessere psicofisico e di l'inclusione sociale.

Salute Mentale adulti - CSM	Anno 2014	Anno 2015
Numero utenti afferiti/popolazione >18 anni	6.342 1,9%	6.454 2,0%
Prime visite	2.244	2.909
Prese in carico	4.920	5.324
Numero prestazioni erogate	93.525	111.128

*dati estrapolati dal SISM (Sistema Informativo Regionale Informatizzato per la Salute Mentale) attivato nell'anno 2013 ed entrato a regime nell'anno 2015.

Nel territorio insistono 2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), rispettivamente presso il P.O. "Perrino" di Brindisi e presso lo Stabilimento Ospedaliero di S. Pietro V.co. Essi sono inseriti, insieme al 118 e ai PP.SS, nel protocollo delle urgenze, e garantiscono h 24 le urgenze psichiatriche presso le sedi di competenza.

Il ricovero ospedaliero rimane un evento straordinario, messo in atto quando ogni strategia per trattare l'emergenza-urgenza nel territorio risulta vana ed è finalizzato a fornire la migliore risposta a condizioni di scompenso acuto. Esso dura il minor tempo possibile e, appena superata la fase di scompenso, il paziente viene riaffidato al servizio territoriale mediante dimissioni concordate.

La riabilitazione psicosociale all'interno delle Strutture Residenziali (SR) e Semiresidenziali è garantita dal servizio pubblico, coadiuvato all'occorrenza da Associazioni di Utenti e Familiari, e da soggetti accreditati del Privato Sociale o Imprenditoriale; in ogni caso il servizio pubblico mantiene la titolarità del progetto terapeutico-riabilitativo rivolto al paziente, il coordinamento, la supervisione e la verifica dell'assistenza erogata. Nello specifico si è proseguito il percorso di messa a norma contrattuale delle SR pubbliche sia con il passaggio a retta sia con la soddisfazione dei requisiti strutturali ed organizzativi.

Per quanto attiene al fabbisogno di posti letto nelle SR si è proceduto all'attivazione di SR 'leggere' a tipologia 'Gruppo appartamento'.

Nel biennio 2014/2015 il DSM ha rivolto particolare attenzione alla realizzazione di progetti rivolti a soddisfare i bisogni di salute specifici ed emergenti con azioni dirette a:

1. l'attivazione di un Centro Diurno sperimentale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) presso il P.T. di Ceglie M.ca.;
2. la realizzazione della REMS (Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza) nel Comune di Carovigno (attivazione da luglio 2016), struttura diretta a garantire percorsi di cura efficaci ed umanizzati per i pazienti autori di reato;
3. la prosecuzione del progetto educazione alimentare presso le SR e la Prevenzione delle malattie fisiche che colpiscono i pazienti psichiatrici in percentuale maggiore della popolazione generale;
4. la promozione ed il sostegno alle associazioni di familiari, di utenti e ai gruppi di auto - mutuo - aiuto, finalizzati a favorire un reale percorso di empowerment delle persone affette da disagio mentale;
5. programmi di sostegno alle marginalità finalizzati alla risocializzazione ed al reinserimento lavorativo utilizzando i contributi socio - economici erogati dalla Regione Puglia.

In un'ottica di continuità assistenziale a partire dall'anno 2014 il DSM è stato investito dalla presa in carico globale del percorso socio assistenziale nelle residenze sociosanitaria ex art. 70 L.R. n. 4 del 2007 (Case per la Vita).

Residenze sociosanitarie ex art. 70 L.R. n. 4 del 2007 (Case per la Vita) a media intensità assistenziale.

CASE PER LA VITA	Comune	n. utenti 2014	giornate 2014	n. utenti 2015	giornate 2015
Casa per la Vita AGRIFOGLIO	Torre Santa Susanna	5	1.747	6	2.135
Casa per la Vita ANNA	Cisternino	2	82	4	1.516
Casa per la Vita CAROVIGNO	Carovigno	7	2.391	7	2.496
Casa per la Vita CASA MARGHERITA	Latiano	6	1.711	11	2.434
Casa per la Vita CEFA	San Pancrazio Salentino	7	2.555	6	2.190
Casa per la Vita TAKE CARE'	Mesagne	4	1.395	7	1.997
Casa per la Vita DON ANDREA GALLO*	Ceglie Messapica	0	0	1	225
Casa per la Vita DON TONINO BELLO	Torre Santa Susanna	7	1.299	8	2.897
Casa per la Vita F. BASAGLIA	Latiano	9	2.349	7	2.190
Casa per la Vita G. FALCONE (CITTA' SOLIDALE)	Latiano	1	252	6	1.731
Casa per la Vita GIOVANNI PAOLO II	Latiano	8	2.920	10	3.355
Casa per la Vita LA CASA DI VALENTINA	Mesagne	6	2.157	8	1.993
Casa per la Vita MADONNA DEL ROSARIO	Latiano	8	1.333	10	3.650
Casa per la Vita QUIRINO PUNZI	Ostuni	9	3.091	10	2.820
Casa per la Vita SAN FRANCESCO	Mesagne	4	1.460	8	2.920
Casa per la Vita UNIVERSO AMICO	Latiano	3	724	5	1.409
Totale		86	25.466	114	35.958

Nota: * struttura aperta nel 2015

2.1.14 Popolazione con dipendenze patologiche

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

Prevenzione

E' attuata attraverso iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle scuole, attraverso un modello di governance interistituzionale. A partire dal 2010, l'attività è stata suddivisa tra interventi destinati alle scuole secondarie inferiori ed interventi destinati alle scuole secondarie superiori. I principali progetti sono stati già illustrati nel paragrafo 2.1.2 Attività di Prevenzione:

- Progetto: "Scegli la strada della Sicurezza", in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ASL BR e con la Polizia Municipale di Brindisi, per la prevenzione del consumo di sostanze d'abuso, con particolare riferimento all'alcol e alle altre sostanze e la promozione della sicurezza stradale. Nell'anno scolastico 2014/2015 è stata realizzata la quindicesima edizione del progetto.
- Progetto "Unplugged" per la prevenzione dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale", che integra attività basate sulle "life skills" con attività focalizzate sul credo normativo. Il progetto prevedeva un corso di formazione per operatori sanitari (al quale hanno partecipato le psicologhe del Sert di Brindisi, di Ostuni e di Francavilla Fontana) tenutosi nell'ottobre 2011 ed un corso di formazione rivolto agli insegnanti delle prime classi delle Scuole Secondarie Superiori. Nel settembre 2015 si è tenuto l'ultimo corso di formazione per insegnanti, presso l'Istituto comprensivo di Oria.
- Progetto: "Il Gioco della Rete", in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, per la prevenzione della dipendenza da internet, videogiochi gioco d'azzardo patologico e cyberbullismo, rivolto ad allievi e genitori delle quinte classi della scuola secondaria di primo livello e delle terze classi della scuola secondaria di secondo livello.

99

Assistenza

Tossicodipendenza 2015

Sedi Sert	Nuovi Utenti	In carico	Totali	Appoggiati	In Comunita'
Brindisi	18	160	178	35	7
Fasano	7	88	95	2	5
Francavilla F.	51	186	237	1	17
Mesagne	2	104	106	10	10
Ostuni	15	160	170	100	9
S. Pietro V.Co	18	111	129	5	21
Totale	111	809	920	153	69

Utenti alcoldipendenti 2015

Sedi SERT	N. Utenti
Brindisi	43
Fasano	25
Francavilla F.	42
Mesagne	28
Ostuni	17
S. Pietro V.Co	26
Totale	181

Gioco d'azzardo patologico

Già da alcuni anni il settore Dipendenze Patologiche si occupa della patologia del Gioco d'Azzardo Patologico. Nel corso del 2015 la Regione Puglia ha previsto un progetto obiettivo da svolgersi nelle singole AASSLL per la gestione della suddetta patologia. Pertanto nella ASL BR si è dato avvio ad un Servizio Sperimentale Dipartimentale sul Gioco d'Azzardo Patologico ed è stata costituita una equipe multidisciplinare che si è insediata presso la sede centrale di Brindisi. L'equipe è formata da personale già in servizio presso i SERT aziendali integrata in rete con altre strutture della ASL e con le Associazioni territoriali che si occupano del fenomeno specifico. Inoltre è stato proposto il reclutamento di tre figure professionali, due psicologi ed un sociologo, che affiancheranno l'equipe multidisciplinare.

La data di avvio del Progetto è stata fatta coincidere volutamente con l'inizio della formazione regionale congiunta realizzata a Taranto nei giorni 10 ed 11 dicembre 2015, per proseguire e nel mese di gennaio, che ha registrato la partecipazione della gran parte dei professionisti dei SERT aziendali. L'equipe si riunisce regolarmente ogni martedì (in orario aggiuntivo) ed in orario di chiusura alle altre tipologie di pazienti. Dall'avvio del progetto si è rilevato un marcato incremento dell'utenza con problematiche relative al gioco d'azzardo patologico.

2.2.1 Consistenza e caratteristiche del personale

Il perdurare anche per gli anni 2014 e 2015 del Piano di Rientro, del blocco delle assunzioni se non autorizzate dalla Regione Puglia, del blocco del turn over nonché, per ciò che attiene il personale a tempo determinato, l'applicazione dell'indice di contenimento del costo correlato nei limiti del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (Legge n. 122 del 30 luglio 2010), ha avuto anche per gli anni 2014 e 2015 un consistente effetto sull'organizzazione interna aziendale.

L'analisi dei dati riportati nelle tabelle successive, riferiti al biennio 2014 e 2015, evidenzia, per l'anno 2014 un aumento pari allo 0,55% della consistenza del personale in servizio alla data del 31/12/2013, e per l'anno 2015 una diminuzione pari all'0,63% della consistenza del personale in servizio alla data del 31/12/2013. Questa consolidata oscillazione del personale presente ha prodotto in alcuni Servizi aziendali situazioni di criticità.



101

Consistenza del Personale al 31/12/2014

Tipo contratto	Ruolo	Dipendente	Comando	CoCoCo	Totale
Comparto sanità	Ruolo amministrativo	347	2	2	351
	Ruolo professionale	1		4	5
	Ruolo sanitario	2.053	10		2.063
	Ruolo tecnico	444	1	3	448
Comparto sanità Totale		2.845	13	9	2.867
Dirigenza medica e veterinaria	Ruolo sanitario	725			725
Dirigenza medica e veterinaria Totale		725			725
Dirigenza S.P.T.A.	Ruolo amministrativo	19			19
	Ruolo professionale	5			5
	Ruolo sanitario	77			77
	Ruolo tecnico	5			5
Dirigenza S.P.T.A. Totale		106			106
Totale complessivo		3.676	13	9	3.698

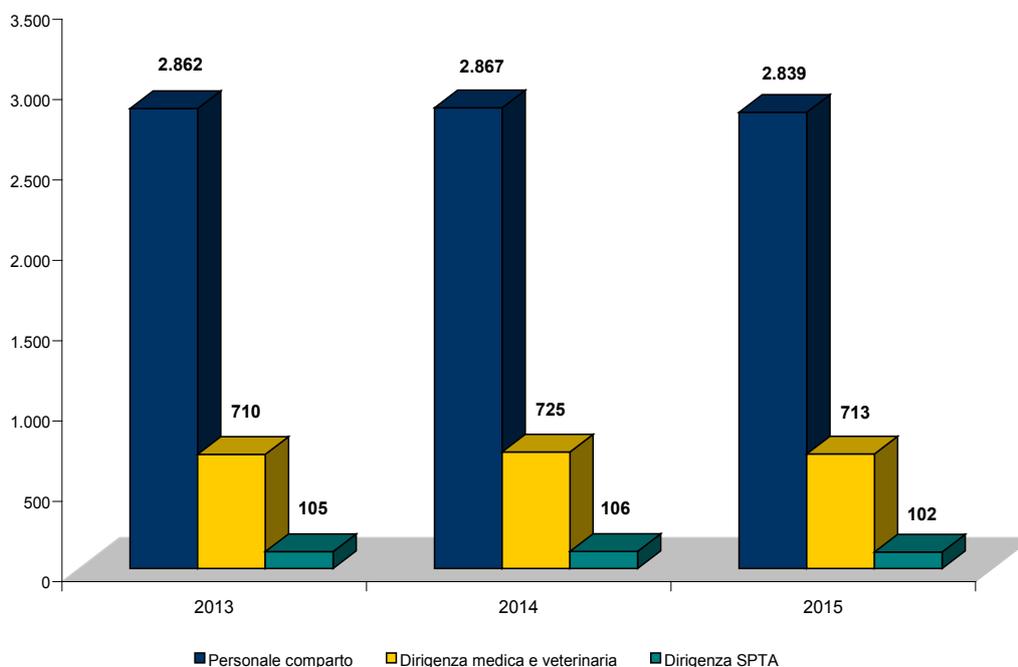
Consistenza del Personale al 31/12/2015

Tipo contratto	Ruolo	Dipendente	Comando	CoCoCo	Totale
Comparto sanità	Ruolo amministrativo		3	1	341
	Ruolo professionale	1		5	6
	Ruolo sanitario	2.041	12		2.053
	Ruolo tecnico	436		3	439
Comparto sanità Totale		2.815	15	9	2.839
Dirigenza medica e veterinaria	Ruolo sanitario	713			713
Dirigenza medica e veterinaria Totale		713			713
Dirigenza S.P.T.A.	Ruolo amministrativo	18			18
	Ruolo professionale	5			5
	Ruolo sanitario	75			75
	Ruolo tecnico	4			4
Dirigenza S.P.T.A. Totale		102			102
Totale complessivo		3.630	15	9	3.654

I dati riportati nelle predette tabelle evidenziano una maggiore consistenza del personale del ruolo sanitario rispetto a quello degli altri ruoli e, nell'ambito del ruolo sanitario, la prevalenza del personale del comparto.

102

Personale per tipologia di contratto anni 2013-2014-2015



Distribuzione Personale medico anni 2014-2015

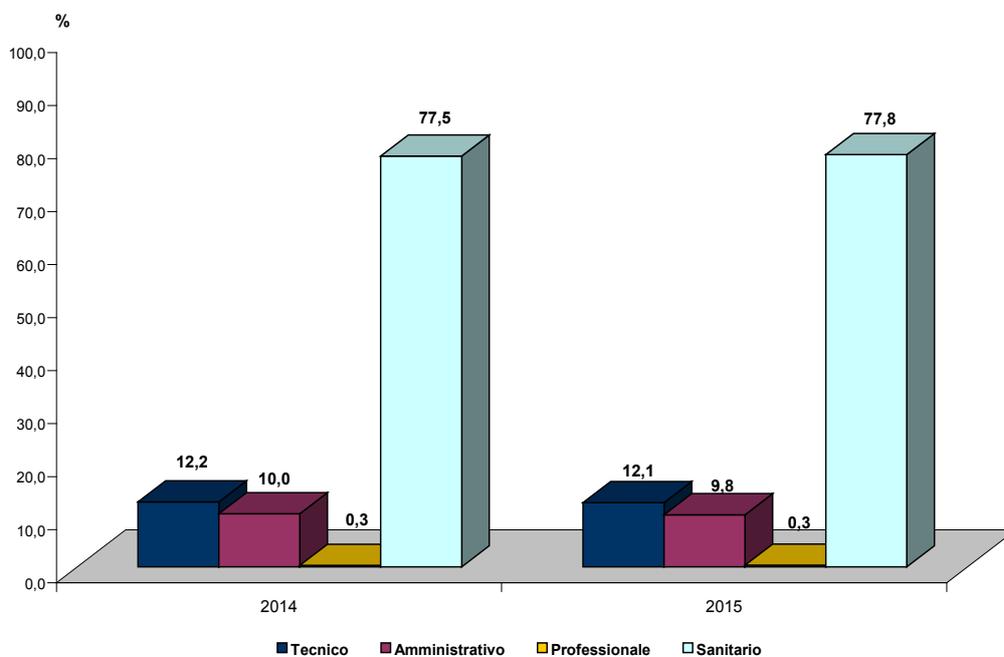
Dirigenti medici presenti al 31 dicembre	2014		2015	
	v.a.	%	v.a.	%
Ospedale	555	76,6	543	76,2
Territorio	170	23,4	170	23,8
Totale	725	100	713	100

Nella distribuzione del personale medico nel corso del biennio considerato, si registra un leggero potenziamento sul territorio, dovuto all'attuazione, del Piano Regionale di riordino ospedaliero e di potenziamento del territorio.

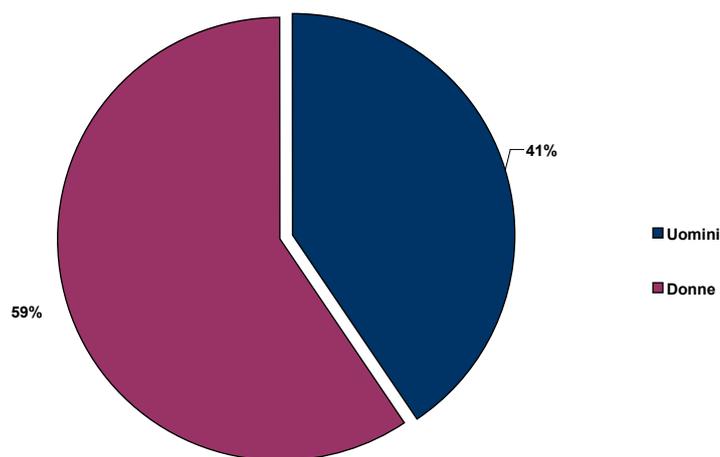
Distribuzione Personale per Ruolo – anni 2014-2015

Ruolo	2014		2015	
	v.a.	%	v.a.	%
Tecnico	453	12,2	443	12,1
Amministrativo	370	10,0	359	9,8
Professionale	10	0,3	11	0,3
Sanitario	2.865	77,5	2.841	77,8
Totale complessivo	3.698	100	3.654	100

La distribuzione per ruoli, per il periodo considerato, evidenzia la rilevante consistenza dei ruoli Sanitario e Medico che sommati rappresentano circa il 78% di tutto il personale in servizio.

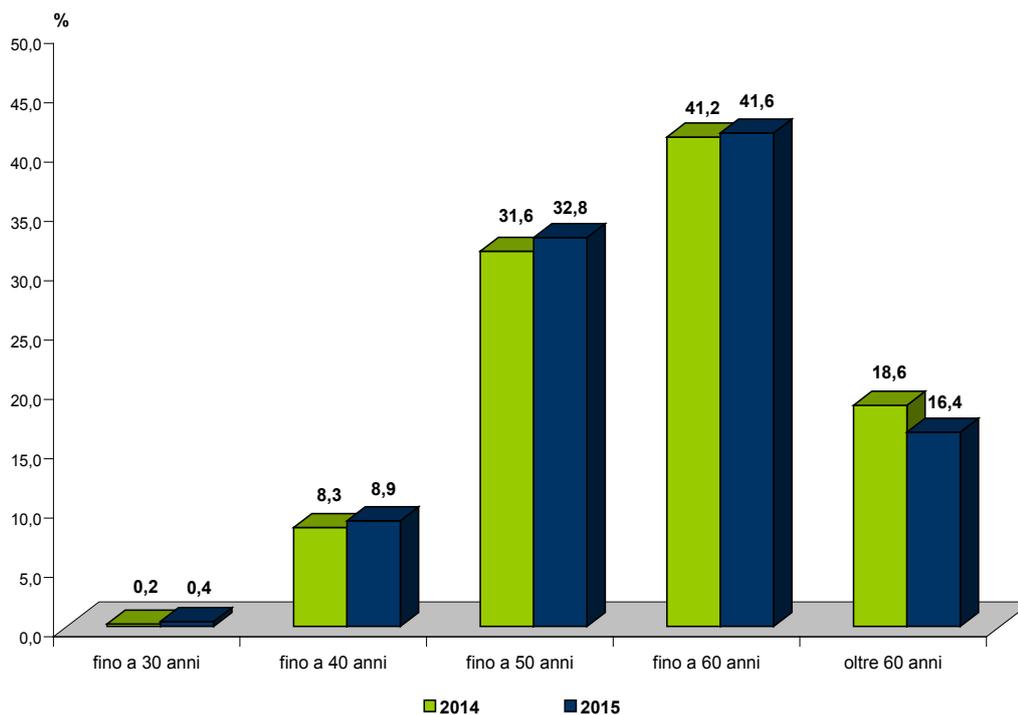


Distribuzione per sesso anni 2014 - 2015 (media)



La distribuzione per sesso conferma anche per gli anni 2014-2015 una prevalenza delle donne, con un divario del 18% in lieve aumento rispetto al dato dell'anno 2013.

Distribuzione per età anni 2014-2015



La distribuzione del personale per età, analogamente a quanto rilevato negli anni precedenti, evidenzia per gli anni 2014 - 2015 una maggiore concentrazione di unità nella fascia dai 51 ai 60 anni. Aumenta la presenza dei dipendenti con una età vicina ai 60 anni, evidenza questa dell'ultima normativa nazionale legata all'innalzamento dell'età pensionistica (così detta riforma "Fornero").

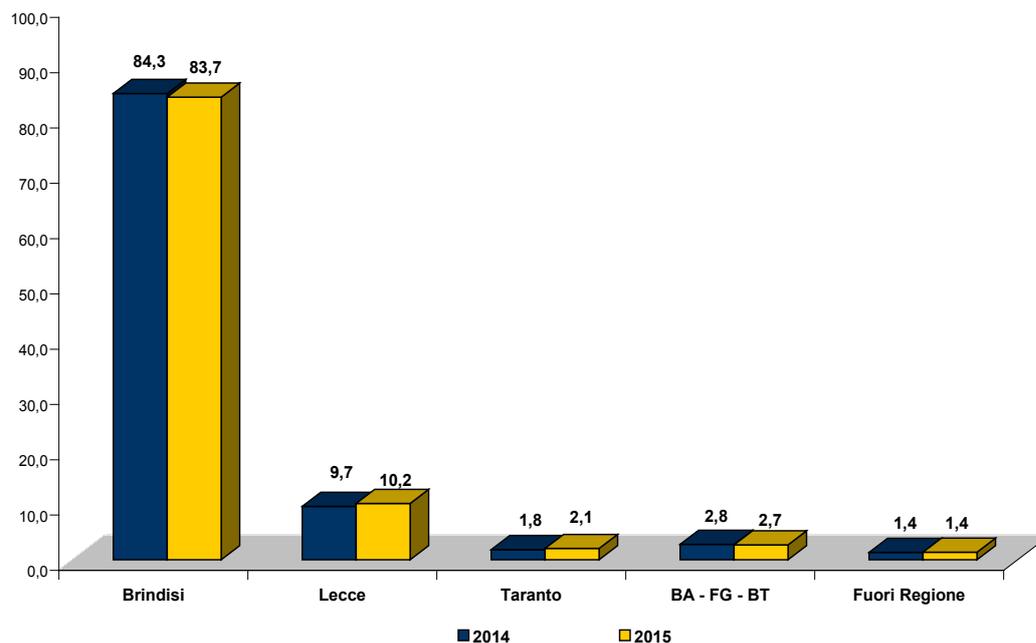
Età media per ruolo – anni 2014-2015

Età media per ruolo	2014	2015
Amministrativo	55,7	55,2
Sanitario	51,8	51,2
Professionale	54,6	53,5
Tecnico	56	52,7

Personale ruolo sanitario più giovane	2014	2015
Medico	34	32
Infermiere	31	24

Personale ruolo amministrativo più giovane	2014	2015
Collaboratore amministrativo	35	35
Dirigente amministrativo	43	43

Distribuzione del Personale per provincia di domicilio anni 2014 - 2015



Come è desumibile dal grafico, la quasi totalità del personale in servizio ha il proprio domicilio nella Regione Puglia, con la percentuale dell'84% nella sola provincia di Brindisi, in numero pari a 3.119 unità per l'anno 2014 e 3.057 unità per l'anno 2015.

Acquisizione del personale

Si riportano i dati relativi ad assunzioni, comandi, mobilità, avvisi pubblici e concorsi nel corso degli anni 2014 - 2015.

ANNO 2014

a) Stipulazione contratti individuali di lavoro:

- N. 68 a tempo determinato
- N. 62 a tempo indeterminato
- N. 41 mobilità

b) Contratti in posizione di comando n. 3

ANNO 2015

a) Stipulazione contratti individuali di lavoro:

- N. 57 a tempo determinato
- N. 66 a tempo indeterminato
- N. 22 mobilità

b) Contratti in posizione di comando n. 4

106

2.2.2 Formazione

Nell'ottica del miglioramento della professionalità e dei servizi, l'Ufficio Formazione assicura lo sviluppo ed il sostegno del patrimonio professionale aziendale attraverso la pianificazione, programmazione e produzione di progetti/eventi formativi E.C.M (Educazione Continua in Medicina) e non, coerenti con la strategia aziendale.

L'Ufficio ha il compito di *proporre, progettare, realizzare e verificare* le iniziative formative di tipo trasversale in tematiche di interesse generale, gestire il budget assegnato, assicurare la qualità della progettazione e della realizzazione degli interventi, nonché appositare opera di valutazione. E' costituito dalle professionalità necessarie a fornire il supporto tecnico e scientifico utile all'analisi del bisogno formativo, la costruzione del programma di formazione della macrostruttura e per la valutazione dei risultati conseguiti.

Competenze dell'Ufficio Formazione

- Pianificazione della formazione attraverso il percorso di analisi dei fabbisogni formativi;
- Definizione del Piano di Formazione aziendale del personale dipendente, nel rispetto degli obiettivi nazionali, regionali, aziendali.
- Predisposizione, applicazione ed aggiornamento del Regolamento aziendale per la formazione;
- Coordinamento della Rete dei Referenti per la formazione (l'assicurazione della qualità metodologica, il coordinamento degli interventi, lo scambio delle esperienze avviene attraverso la Rete dei Referenti della Formazione);
- Pianificazione, progettazione, attivazione, coordinamento e valutazione delle iniziative di aggiornamento in sede;
- Regolamentazione dell'attività autorizzativa ai fini della partecipazione ad iniziative di aggiornamento organizzate da terzi;

- Monitoraggio e garanzia della competenza dei formatori e dei docenti;
- Definizione annuale del budget destinato alle attività formative esterne all'azienda ed il costante monitoraggio dello stesso;
- Gestione del processo di accreditamento ECM e acquisizione dell'accREDITamento come provider nel sistema ECM della Regione Puglia;
- Attività istruttoria per le richieste di autorizzazione al patrocinio;
- Assolvimento dell'iter procedurale per la stipula di convenzioni con università pubbliche e private, società di formazione, cooperative sociali, istituti di istruzione;
- Organizzazione e gestione dei tirocini di formazione ed orientamento;
- Supporto organizzativo alla gestione dei corsi per operatore socio sanitario.

Nel biennio considerato, i Piani Formativi Aziendali hanno mirato, mediante lo sviluppo delle professionalità presenti in Azienda, a migliorare la qualità dell'assistenza, la qualità della vita del paziente, centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino, promuovere la continuità assistenziale, ridurre il rischio, diffondere la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse, favorire l'integrazione fra gli operatori, promuovere la cultura del miglioramento continuo e durevole. Di seguito il consuntivo delle principali attività del biennio.

Tipologia di Attività	Anno 2014	Anno 2015
Corsi di Formazione ECM		
<i>Eventi/progetti</i>	50	38
<i>Partecipanti</i>	1.258	2.555
<i>Ore totali erogate</i>	12.140	32.330
Corsi di Formazione non accreditati ECM		
<i>Corsi</i>	4	5
<i>Partecipanti</i>	425	450
Convenzioni stipulate con Scuole Medie Superiori, Università, Scuole di Specializzazione Italiane e Straniere	93	104
Aggiornamenti facoltativi ed obbligatori	33	34
Tirocini Curriculari <i>Scuole Secondarie, Università Italiane e Straniere, Master, Stage</i>	250	300
Tirocini non curriculari	36	400
Patrocini	40	45

107

2.2.3 Relazioni Sindacali

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

1. Area della Dirigenza Medica e Veterinaria
2. Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa
3. Area del Personale del Comparto

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

1. Area della Dirigenza Medica e Veterinaria: 10
2. Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa: 8
3. Area del Personale del Comparto: 5

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

Gli ultimi Contratti Collettivi Integrativi Aziendali, per il personale dipendente della ASL BR, sono stati sottoscritti nelle date rispettivamente indicate: Dirigenza Medica e Veterinaria - 8 luglio 2008; Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa - 19 giugno 2008; Comparto - 3 ottobre 2006.

A tali contratti, tuttora vigenti, sono state apportate integrazioni, le più importanti delle quali (nel corso degli anni 2014 e 2015) la modifica ed integrazione CCIA della Dirigenza Medica e Veterinaria relativamente agli articoli n. 8 ("Orario di lavoro dei Dirigenti"), n. 9 ("Orario di lavoro dei Dirigenti con incarico di Direzione di Struttura Complessa"), n. 25 ("Sostituzione del Dirigente"), intervenuta il 24 giugno 2014.

Nel corso del biennio 2014-2015 un fronte che ha impegnato le relazioni sindacali nell'ambito della ASL BR, è stato quello relativo alla riorganizzazione delle attività e dei servizi che ha prodotto l'adozione di diverse deliberazioni riportanti le ipotesi di riorganizzazione aziendale su base dipartimentale, da ultimo aggiornata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1201 del 25/06/2014 poi revocata dalla Deliberazione del Commissario Straordinario n. 55GC del 19/01/2015.

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

Sul fronte dirigenziale si è dato un decisivo impulso all'attività di valutazione, che a decorrere dall'estate 2015 ha trovato una sistematica applicazione da cui è scaturito, tra l'altro, il riconoscimento di nuovi incarichi nei confronti di numerosi Dirigenti appartenenti alle diverse aree contrattuali.

108

2.2.4 Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

La sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro sono garantiti dal Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale e dal Servizio di Sorveglianza Sanitaria, entrambi in staff alla Direzione Generale. Nello specifico:

- Il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale è la Struttura sanitaria con funzioni tecnico - professionali ai fini della valutazione dei rischi e di proposizione di misure migliorative ai sensi della normativa vigente, nonché di promozione, consulenza, informazione e formazione nei confronti delle strutture aziendali ai fini della tutela della salute e della incolumità dei lavoratori. Tale attività ha prodotto anche per gli anni 2014 e 2015, una riduzione del 5% dei premi INAIL pagati dall'ASL;
- Il Servizio di Sorveglianza Sanitaria ha ereditato le competenze della Medicina del Lavoro per la salvaguardia sia dei pazienti con interventi che riguardano ambiti multidisciplinari collegati alla funzionalità respiratoria e contaminazioni biologiche, con attività di consulenza, che per la tutela della salute dei lavoratori dipendenti ai sensi del Decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i.

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

Attività	Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale		Servizio di Sorveglianza Sanitaria	
	2014	2015	2014	2015
Visite mediche (D.Lgs. 81/08)			2.113	2.062
Visite mediche personale radio-esposto (D.Lgs. 230/95)			698	727
Sopralluoghi ambienti di lavoro	161	176	105	113
Relazioni	161	176	105	113
Dipendenti ditte esterne				
Visite mediche			162	173
Spirometrie			44	23
Audiometrie			3	7
Formazione lavoratori D.Lgs. 81/2008				
ore di informazione				
ore di formazione				
personale formato e informato	850	910	774	688
crediti ECM	2.700	2.860		

Nel periodo considerato sono state inoltre prodotte le seguenti pubblicazioni riferite al Personale: *Tutela della salute e sicurezza delle lavoratrici madri - Promozione della salute sul posto di lavoro.*

2.2.5 Sistemi di valutazione e verifica

Personale del Comparto

Nell'anno 2014 si è proceduto alla valutazione della performance individuale del personale dipendente afferente all'area di Comparto. Sono state predisposte e distribuite n. 2845 schede di valutazione: l'iter valutativo, previsto dal relativo CCNL di riferimento, si è concluso nel mese di giugno 2015 e sono stati erogati, previa contrattazione integrativa aziendale, i compensi per la Produttività Collettiva con le competenze stipendiali del mese di luglio 2015. Nell'anno 2015 sono state predisposte e distribuite n. 2815 schede di valutazione il cui iter valutativo è in fase di perfezionamento.

Personale della Dirigenza

Nell'anno 2014 è stata conclusa la procedura di valutazione dei risultati di gestione della Dirigenza sanitaria, Professionale, Tecnico e Amministrativo, nonché della Dirigenza medica e veterinaria relativamente all'anno 2013 e si è proceduto al pagamento della relativa retribuzione di risultato. Sono state altresì, predisposte e distribuite n. 831 schede di valutazione il cui iter valutativo si è concluso nell'anno 2015. Nel corso dell'anno 2015 sono state predisposte e distribuite n. 815 schede di valutazione, il cui iter valutativo è in fase di perfezionamento. Nel corso dell'anno 2014 sono state avviate e concluse, a seguito del processo valutativo portato a termine dai relativi Collegi Tecnici, 43 procedure di verifica del personale dirigenziale. Sono stati altresì valutati n. 5 dirigenti medici, titolari di incarico di direzione di struttura complessa e per i quali si è confermato il relativo incarico quinquennale. Nel 2015 sono state avviate e concluse a seguito del processo valutativo portato a termine dai relativi Collegi Tecnici, 63 procedure di verifica del personale dirigenziale. Sono stati altresì valutati n. 8 dirigenti medici, titolari di incarico di direzione di struttura complessa e per i quali si è confermato il relativo incarico quinquennale.

2.3

Personale Convenzionato

2.3.1 Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità assistenziale



Le cure primarie sono garantite prevalentemente da risorse professionali che hanno con la ASL di Brindisi un rapporto di convenzione: Medici di Medicina Generale (MMG) Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Essi svolgono, per conto della ASL, il ruolo principale di erogatore dell'assistenza primaria e di regolatore dell'accesso alla specialistica ambulatoriale, ai ricoveri e all'assistenza farmaceutica.

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

Anno 2014

Distretto	MMG	Assistiti	PLS	Assistiti	Totale
DSS n. 1	88	98.254	15	12.677	103
DSS n. 2	69	72.552	13	9.037	82
DSS n. 3	84	90.800	14	11.620	98
DSS n. 4	83	91.953	16	11.592	99
Totale	324	353.559	58	44.926	382

Anno 2015

Distretto	MMG	Assistiti	PLS	Assistiti	Totale
DSS n. 1	91	98.495	16	12.563	107
DSS n. 2	69	72.407	13	8.837	82
DSS n. 3	83	90.807	13	11.040	96
DSS n. 4	81	90.907	16	11.395	97
Totale	324	352.616	58	43.835	382

Fonte: EDOTTO rielaborazione U.O. Personale Convenzionato

Medici di continuità assistenziale

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).

Distretto	Numero unità previste
DSS n. 1	16
DSS n. 2	20
DSS n. 3	30
DSS n. 4	40
Totale	106

Fonte: EDOTTO rielaborazione U.O. Personale Convenzionato

2.3.2 Medici Specialisti ambulatoriali

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

111

Distretto	Numero ore attribuite
DSS n. 1	1.296
DSS n. 2	421
DSS n. 3	491
DSS n. 4	977
Totale	3.185

Fonte: EDOTTO rielaborazione U.O. Personale Convenzionato

2.4

Strutture private accreditate

Sono chiamate Accreditate le strutture di proprietà privata che erogano prestazioni sanitarie, sia in forma ambulatoriale che di ricovero, con oneri a carico della ASL, e che sono in possesso dei particolari requisiti di carattere organizzativo, strutturale e strumentale definiti dalla Regione Puglia con appositi Regolamenti per garantire gli standard di qualità richiesti per lo svolgimento delle attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale.



Nel 2014/2015 i rapporti con la ASL sono regolati da specifici contratti, a valenza annuale, nei quali vengono specificati, sulla base delle esigenze della popolazione e delle potenzialità delle strutture aziendali in gestione diretta, il numero e la tipologia delle prestazioni da erogarsi, il corrispondente valore economico e quindi il tetto massimo di spesa che la ASL può assumere a proprio carico.

Con l'atto contrattuale, sottoscritto con le singole strutture, si definisce, fra l'altro, la quantità delle prestazioni da acquistare con pagamento a tariffa intera, la quantità da remunerare con una diminuzione percentuale della tariffa diversa per ogni tipologia di prestazione.

Con Legge Regionale del 2010¹⁰ si disponeva che a far data dall'entrata in vigore della predetta legge fosse abolita l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massima assegnati, quindi da tale data la ASL non può remunerare prestazioni in eccedenza al "tetto massimo" assegnato a ciascuna struttura.

Al fine di garantire la erogazione di prestazioni per l'intero anno, nel rispetto del principio della "libera scelta" del cittadino nell'individuazione della struttura di propria fiducia, le stesse devono considerare il tetto loro assegnato diviso per i dodici mesi, in modo da raggiungere un doppio risultato positivo:

- non si è registrato da parte dei cittadini il noto disagio conseguente alla interruzione della erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private nell'ultimo periodo dell'anno a causa dell'esaurimento del "tetto massimo" assegnato a ciascuna struttura;
- non si sono sovraccaricate di attività le strutture in gestione diretta con la conseguenza dell'allungamento delle "liste d'attesa".

Operano nel territorio della Provincia di Brindisi n° 26 Laboratori di analisi, n° 5 studi radiologici, n° 2 Odontoiatrici, e n°5 di Medicina fisica riabilitativa.

¹⁰ Legge Regionale n.12 del 24/09/2010, art.3, comma 2

Di seguito i dati relativi ai tetti assegnati alle Strutture relativi agli anni 2014 /2015 per l'acquisto delle prestazioni:

BRANCA	2014	2015
Medicina Fisica e Riabilitativa	1.022.744,47	1.000.134,17
Odontostomatologia	464.130,67	464.130,67
Radiodiagnostica	2.575.146,13	2.575.146,13
Patologia Clinica	4.930.073,65	5.033.054,49
Totale	8.992.094,92	9.072.465,46

L'assistenza farmaceutica è erogata da n. 103 farmacie pubbliche e private convenzionate distribuite nel territorio provinciale.

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

Spesa farmaceutica convenzionata	2014	2015
Ricette emesse	4.713.759	4.676.554
Spesa (euro/mgl)	64.748	64.255
Costo unitario per assistito (euro)	161	160

Fonte: Area Gestione Servizio Farmaceutico

114

L'analisi dei dati evidenzia un decremento della spesa farmaceutica nell'anno 2015 rispetto al 2014.

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

Distretto Socio-Sanitario	2014 Costo unitario (euro)	2015 Costo unitario (euro)	Differenza 2014/2015
DSS n. 1 Brindisi	154	154	0,33
DSS n. 2 Fasano	157	157	-0,41
DSS n. 3 Francavilla F.	157	154	-2,99
DSS n. 4 Mesagne	174	175	0,37
Costo medio totale	161	160	- 0,68

Fonte: Area Gestione Servizio Farmaceutico

Al fine di assicurare la massima partecipazione ed adesione, la ASL BR, nell'espletamento dell'attività contrattuale relativa alla fornitura di beni e servizi, utilizza prevalentemente lo strumento della procedura aperta, attraverso la pubblicazione dei bandi di gara e dei relativi avvisi su quotidiani locali e nazionali, lettere di invito a partecipare ed informazioni reperibili sul sito aziendale, sul quale è stato attivato un apposito spazio per le gare bandite dall'Azienda. Per le forniture di importo minimo, oltre ai fornitori individuati con le suddette procedure, possono essere contattati tutti coloro che risultano iscritti nell'apposito Albo Aziendale dei fornitori (albo costituito dai fornitori che hanno determinati requisiti e che hanno fatto richiesta di inserimento in detto albo).



Tutta l'attività contrattuale è disciplinata da regolamenti aziendali adottata nel rispetto delle normative nazionali per le Pubbliche Amministrazioni.

La ricaduta sul territorio

Si riporta di seguito l'analisi della distribuzione dei pagamenti ai fornitori della ASL BR nel biennio 2014-2015 precisando che nel 2014 i pagamenti ai fornitori sono stati pari ad €/000 266.529 mentre nel 2015 ad €/000 275.494.

Pagamenti per area geografica (euro/000):Italia ed estero

Area Geografica	Tot. pagamenti 2014	% incidenza	Tot. pagamenti 2015	% incidenza
Puglia	97.303	36,5	113.996	41,4
Nord	97.497	36,6	91.793	33,3
Centro	69.174	26,0	67.302	24,4
Sud	1.957	0,7	2.070	0,8
Estero	598	0,2	334	0,1
Totale	266.529	100,0	275.494	100,0

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2015/2014

Il confronto delle due tabelle evidenzia che il flusso dei pagamenti effettuati dalla ASL nei confronti di fornitori di beni e servizi ricade per buona parte sul territorio regionale, mentre la restante parte è distribuita su tutto il territorio nazionale, con una predominanza dei pagamenti nei confronti del nord.

Pagamenti per area geografica (euro/000): Puglia

Area Geografica	Totale pagamenti 2014	% incidenza	Totale pagamenti 2015	% incidenza
Bari	10.729	11,0	12.943	11,4
Barletta-Andria-Trani	85	0,1	457	0,4
Brindisi	65.817	67,6	83.899	73,6
Foggia	2.132	2,2	1.984	1,7
Lecce	15.055	15,5	12.448	10,9
Taranto	3.485	3,6	2.264	2,0
Totale complessivo	97.303	100,0	113.996	100,0

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2014/2015

L'analisi dei pagamenti in Puglia evidenzia una forte concentrazione della ricaduta del flusso finanziario, sulle aziende insistenti sul territorio della provincia di Brindisi.

Pagamenti per area geografica (euro/000): Provincia di Brindisi

Comuni provincia di Brindisi	Totale pagamenti 2014	% incidenza	Totale pagamenti 2015	% incidenza
Brindisi	33.263	50,5	36.646	32,1
Carovigno	2.307	3,5	2.430	2,1
Cellino San Marco	217	0,3	172	0,2
Cisternino	1.118	1,7	1.027	0,9
Erchie	2	0,0	4	0,0
Fasano	2.418	3,7	3.136	2,8
Francavilla Fontana	2.926	4,4	3.594	3,2
Latiano	3.559	5,4	4.413	3,9
Mesagne	1.962	3,0	1.567	1,4
Oria	1.230	1,9	1.475	1,3
Ostuni	12.179	18,5	23.598	20,7
S. Pancrazio S.No	309	0,5	448	0,4
S.Vito Dei Normanni	732	1,1	1.769	1,6
Sandonaci	1.757	2,7	1.648	1,4
Torchiarolo	35	0,1	34	0,0
Torre S. Susanna	1.213	1,8	1.439	1,3
Villa Casteli	2	0,0	41	0,0
Ceglie Messapica	142	0,2	81	0,1
S. Pietro Vernotico	445	0,7	377	0,3
Totale complessivo	65.817	100,0	83.899	100,0

Fonte: elaborazione A.G.R.E.F. su dati contabilità 2014/2015

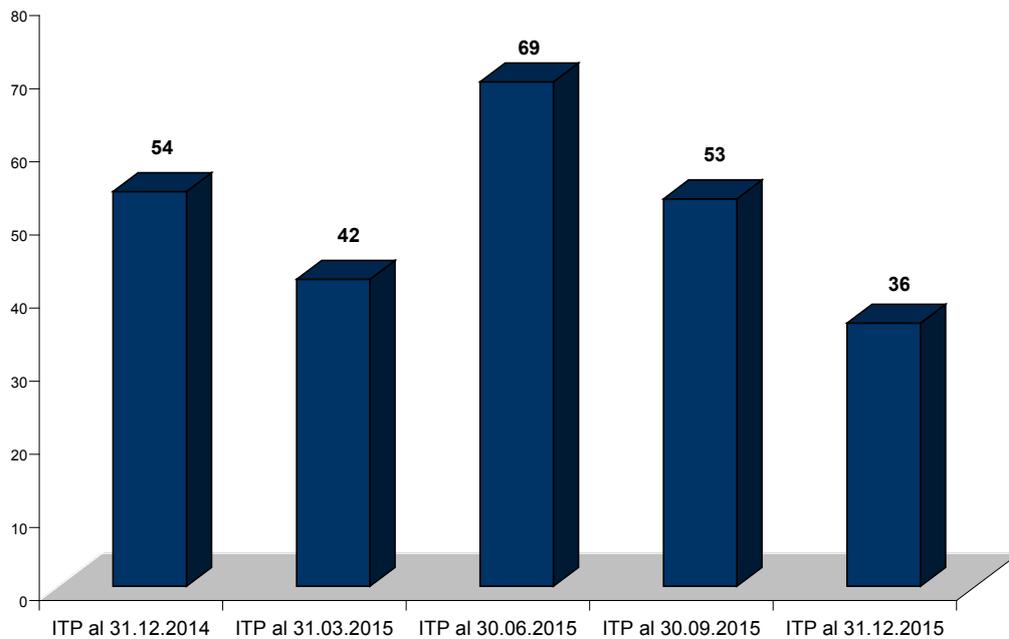
Con riferimento ai pagamenti dei fornitori si precisa preliminarmente che dal 2013 è entrato in vigore il Decreto Legislativo 192/2012, relativo ai ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali tra imprese e Pubbliche Amministrazioni. Le disposizioni

contenute nel decreto si applicano ad ogni pagamento effettuato a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale con tale espressione intendendosi i contratti, comunque denominati, tra imprese ovvero tra imprese e pubbliche amministrazioni che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo.

Con riferimento ai tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni l'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, entrato in vigore nel 2015, stabilisce che il DSO (Indicatore di tempestività dei pagamenti) è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento. Per la ASL BR il valore del suddetto indicatore è stato pari a 54 gg nel 2014 e a 36 gg nel 2015 (rispettivamente 54 e 36 giorni in più rispetto ai 60 previsti dal D. Lgs. n. 192/2012).

Di seguito si riporta l'andamento trimestrale di detto indicatore nel periodo 2014-2015.

Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP)



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

Altra importante funzione svolta dall'Ente Regionale è quella di vigilanza e controllo sulle aziende sanitarie e di valutazione dei risultati raggiunti dal Direttore Generale. Nell'ambito delle attività di Pianificazione e Programmazione, la Regione individua per ciascuna azienda sanitaria gli obiettivi da raggiungere, coerenti con la pianificazione predisposta per l'intera Regione. Tali obiettivi sono stati descritti in dettaglio nel capitolo 1.4 "Pianificazione strategica e Programmazione".



Fondamentali sono le collaborazioni con enti e istituzioni del territorio quali Provincia, Comuni, Forze Armate, Ordini professionali e Istituti Scolastici, attuate per la realizzazione di progetti in specifici ambiti di intervento. Dette attività, regolamentate da Accordi e Protocolli di intesa, sono descritte nella Relazione sociale, con particolare riferimento al capitolo 2.1 Cittadini assitibili, utenti, attività.

Nell'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria assumono particolare importanza gli accordi con gli Ambiti Territoriali della provincia, attraverso la predisposizione dei Piani di Zona, come strumenti principali della definizione e programmazione del sistema integrato dei servizi.

Sono istituiti rapporti di collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione della ASL nelle sue funzioni di prevenzione, vigilanza e controllo, con l'ARPA e l'Istituto Zooprofilattico. Le competenze e i rapporti tra il Dipartimento di Prevenzione e questi due Enti sono disciplinati da specifiche norme nazionali e regionali allo stato non completamente attuate.

In attesa che la materia venga compiutamente regolamentata dai competenti Organi istituzionali, sono stati concordati piani operativi fra il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BR e il Dipartimento Provinciale di Brindisi dell'ARPA Puglia, per la necessaria cooperazione nell'erogazione di prestazioni e servizi di pubblico e reciproco interesse in materia sanitaria e ambientale. La concertazione è finalizzata ad assicurare livelli di integrazione e coordinamento tra le funzioni dei due soggetti per garantire un effettivo perseguimento delle politiche per la prevenzione ed il risanamento ambientale e per la tutela e la promozione della salute. Stessa iniziativa si è condotta con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata di Foggia per quanto riguarda gli accertamenti circa lo stato sanitario degli animali e la salubrità dei prodotti alimentari di origine animale.

Dedichiamo invece approfondimento ai rapporti con la Conferenza dei Sindaci, organo propositivo e consultivo dell'Azienda in materia di programmazione sanitaria, e al Polo

Universitario, struttura gestita dall'Azienda Sanitaria di Brindisi per conto della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari.

La Conferenza dei Sindaci

Istituita presso l'Azienda come organismo consultivo previsto dalla normativa, è composta dai venti Comuni della provincia ed opera attraverso una Rappresentanza di cinque membri. E' presieduta dal Sindaco della città di Brindisi in quanto Comune capoluogo.

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

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

- Integrazione dei Sindaci neo eletti nei Comuni di Ostuni, Francavilla Fontana e Villa Castelli;
- Esame Bilancio economico preventivo 2015 e Bilancio Pluriennale 2015-2017;
- Espressione del parere sulla designazione del Direttore Generale ASL BR;
- Sostituzione del Sindaco di Ostuni nella Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci.

Il Polo Universitario ASL BR

La Riforma universitaria, ai sensi del D.M. n. 509/1999, ha introdotto numerose ed importanti novità, tra le altre, e più significative, si annovera l'articolazione dei Corsi di Studio Universitari su due livelli: un primo livello della durata di tre anni, ed un secondo della durata di due.

Tale cambiamento segue agli accordi internazionali sull'armonizzazione dei sistemi di istruzione superiore in Europa, esso mira al raggiungimento di una migliore rispondenza dei futuri professionisti alle esigenze sempre più complesse e qualitativamente elevate del mondo del lavoro.

In seguito a specifico Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari, e tra questa e la ASL di Brindisi, si dispone nella Città di una offerta formativa che testimonia il felice connubio tra mondo accademico e mercato del lavoro .

Il Polo Universitario di Brindisi "*Vittorio Valerio*", ubicato nel padiglione Scuole dell'ex complesso Ospedaliero 'Antonino Di Summa', accoglie i corsi di Laurea Sanitari in Fisioterapia ed Infermieristica didatticamente integrati con la Scuola di Medicina, ed è tornata ad ospitare i corsi di Laurea in Economia Aziendale ed Informatica collegati sempre all'Ateneo barese .

L'offerta formativa nei corsi di Laurea nelle Professioni Sanitarie, che aveva visto in passato nell'A.A. 2010/2011 una notevole riduzione con l'azzeramento di 4 dei 5 corsi di Laurea attivati nella sede di Brindisi, vede oggi la ripresa a regime del corso di Laurea in Infermieristica che, insieme al Corso di Laurea in Fisioterapia, sono storicamente presenti a Brindisi.

La sede dispone di 12 aule didattiche attrezzate di varia capienza, un'aula informatica con 25 postazioni, sale riunioni, ambienti per segreterie didattiche e per ricezione studenti da parte dei professori.

La Biblioteca del Polo Universitario è dislocata nel padiglione centrale dell'ex complesso

ospedaliero 'Di Summa' e nel 2015 è stata arricchita di numerosissime pubblicazioni e volumi medici provenienti come donazione alla ASL della biblioteca privata del Prof. Valerio.

Il tirocinio clinico per gli studenti è assicurato presso il Presidio Ospedaliero "A. Perrino" negli ambulatori territoriali ASL a Brindisi e negli stabilimenti ospedalieri di Mesagne, San Pietro V.co, e Ostuni sul territorio provinciale, nonchè presso il Centro Neuromotulesi "San Raffaele" di Ceglie Messapica.

Di seguito alcuni dati riferiti agli Anni Accademici 2013/2014 e 2014/2015

Corso di Laurea	N. studenti		Lezioni
	A.A. 2013/2014	A.A. 2014/2015	
Fisioterapia			
Iscritti 1° anno	37	48	frontali
Iscritti 2° anno	37	38	frontali
Iscritti 3° anno	45	37	frontali
LAUREATI	48	54	

Corso di Laurea	N. studenti		Lezioni
	A.A. 2013/2014	A.A. 2014/2015	
Infermieristica			
Iscritti 1° anno	48	59	frontali
Iscritti 2° anno	52	50	frontali -teledidattica
Iscritti 3° anno	19	52	frontali
LAUREATI	///	21	

120



Il volontariato svolge azione di grande supporto al sistema sanitario, a volte anche per integrare l'offerta dei servizi istituzionali. La funzione che le associazioni e gli organismi di tutela svolgono in rappresentanza dei singoli cittadini, nella verifica dello stato di attuazione del diritto alla salute, nella programmazione delle attività sanitarie e nella valutazione dei servizi, è ormai sancita fin dai tempi della riforma della Sanità del 1992¹¹.

La Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, deputata a curare i rapporti con il Volontariato nella tutela del diritto di partecipazione del cittadino, ha effettuato negli anni il censimento delle associazioni di volontariato che operano nel settore socio-sanitario sul territorio provinciale. L'elenco, aggiornato periodicamente, è suddiviso per i principali settori di attività: emergenza sanitaria - assistenza socio-sanitaria - terza età, disabilità e salute mentale - assistenza e prevenzione oncologica - donazione di organi, tessuti e sangue, emodializzati, stomizzati - tutela dei diritti e promozione sociale - tutela degli immigrati - tutela dell'ambiente.

Le Associazioni collaborano con l'Azienda attraverso due modalità:

1. Accreditemento presso il Comitato Consultivo Misto - ricostituito ai sensi del Regolamento del 10.04.2014 - al fine di progettare iniziative comuni, condivise dalla ASL, e contribuire al miglioramento della qualità dei servizi;
2. Mediante stipula di convenzione ai sensi del Regolamento "Disciplina delle attività svolte dalle associazioni di volontariato e dagli organismi di tutela presso le strutture ASL BR" del 10.07.2012, per attività specifica che l'associazione intende svolgere all'interno di servizi aziendali, previo accordo con i responsabili, attraverso progetti a breve o a lungo termine.

Qualunque attività delle associazioni presso la ASL è svolta a titolo gratuito.

Il Comitato Consultivo Misto ASL BR

Organismo di tipo partecipativo e consultivo, è stato previsto con Direttive dell'ARES Puglia¹² al fine di uniformare le procedure nelle Aziende sanitarie e suggerire strumenti di lavoro comuni e istituito presso la ASL BR con Regolamento aziendale nel marzo 2004¹³.

Dopo dieci anni di intensa attività¹⁴, il Comitato Consultivo Misto è stato completamente rinnovato. Il 2014 è stato un anno di transizione a seguito dell'emanazione di un Regolamento Regionale¹⁵ che ha inteso disciplinare ulteriormente i rapporti tra le ASL ed il Volontariato, introducendo nuove regole: cambiano gli organi e la composizione, sono stati fissati requisiti più rigorosi per l'accreditamento delle Associazioni, sono stati previsti i C.C.M. distrettuali.

¹¹ Art.14 D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni

¹² La Cassetta degli attrezzi - 2003

¹³ Regolamento del Comitato Consultivo Misto approvato con deliberazione n. 946 dell'11 marzo 2004

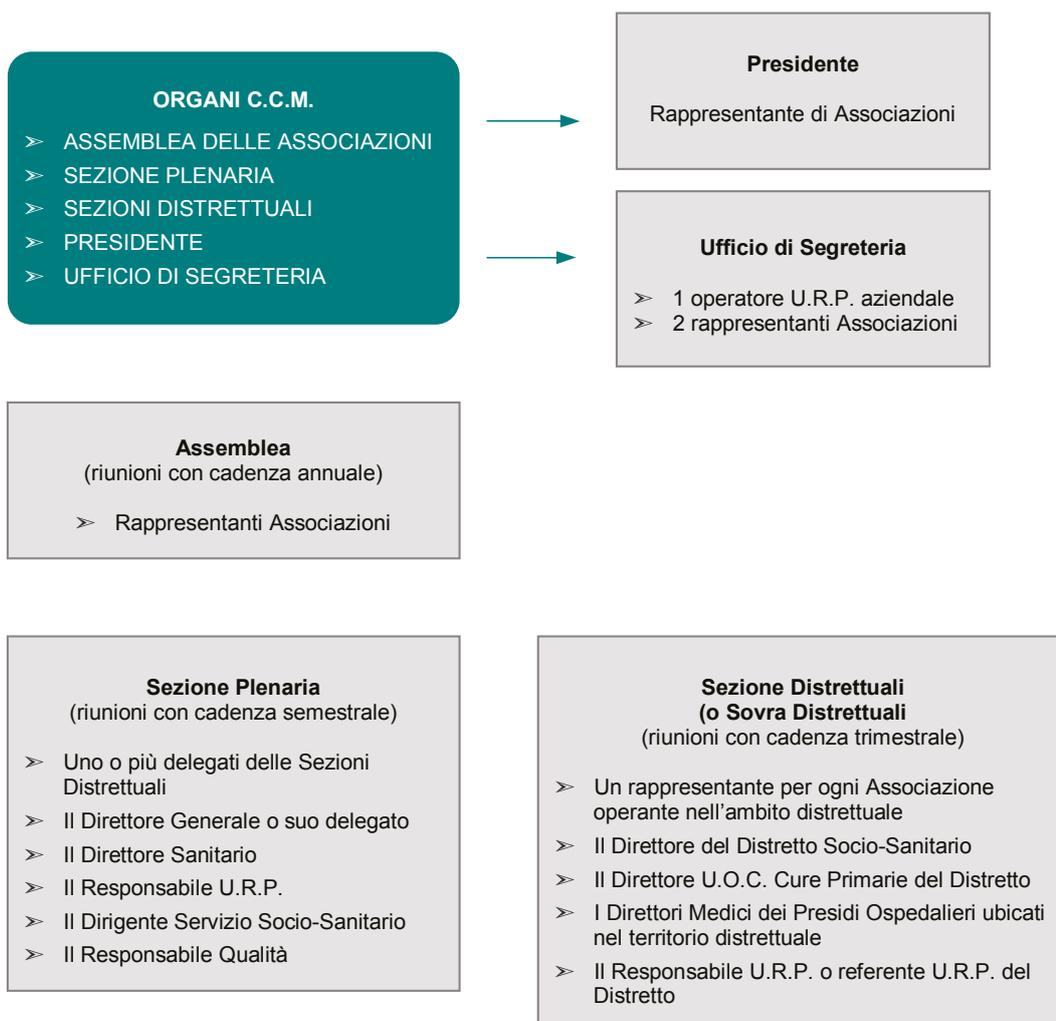
¹⁴ La relazione completa dell'attività del CCM per il periodo marzo 2004- marzo 2014 è disponibile sul sito istituzionale.

¹⁵ Regolamento n. 4 del 10 marzo 2014 "Regolamento Regionale per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Consultivi Misti (C.C.M.) delle Aziende Sanitarie della Puglia"

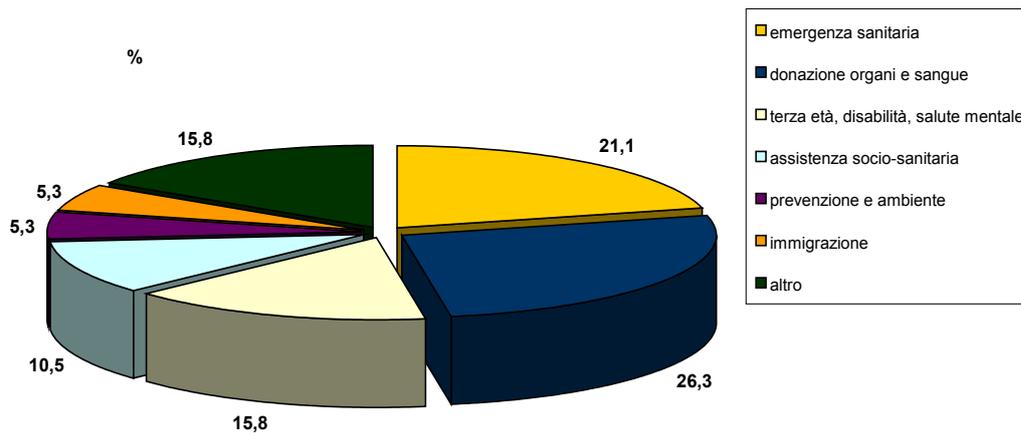
Nel mese di aprile 2014 questa Azienda ha approvato il nuovo Regolamento per la costituzione ed il funzionamento del Comitato Consultivo Misto ASL BR¹⁶ ai sensi delle nuove disposizioni regionali. Concluse le procedure previste dal Regolamento, l'attività è ripartita con la convocazione dell'assemblea del 16 marzo 2015. Una delle principali novità è che l'organismo è presieduto da un rappresentante delle Associazioni di volontariato e non più dal Direttore Generale della ASL.

L'attività è iniziata con la redazione di un Documento di Analisi e Proposte in merito ai servizi erogati dall'Azienda Sanitaria, discusso con le Direzioni Generale e Sanitaria. In particolare ha trovato attenzione il problema relativo ai tempi di attesa per l'effettuazione di Risonanze Magnetiche per i soggetti affetti da sclerosi multipla, i quali, soprattutto nel primo anno successivo alla diagnosi, dovrebbero monitorare l'evoluzione della patologia ogni 3 mesi. Tale problema ha trovato l'accoglimento della Direzione, con l'istituzione di una "corsia preferenziale", che prevede 4 risonanze riservate giornalmente a quanti soffrono di malattie neurodegenerative. Parimenti ha trovato pieno sostegno da parte dell'Azienda Sanitaria la partecipazione delle associazioni del CCM ad iniziative pubbliche di beneficenza, come "Solo per un sorriso" a Natale 2015.

Schema di funzionamento del nuovo Comitato Consultivo Misto



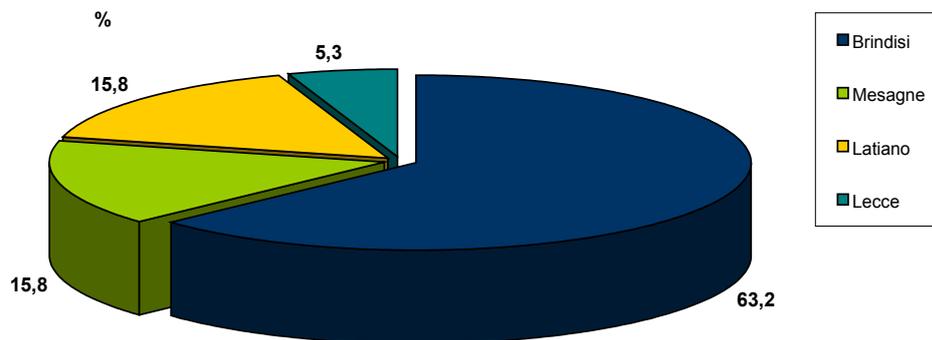
Associazioni per settore di attività



totale associazioni accreditate: n. 19

Fonte: Elaborazione URP

Sede Operativa delle Associazioni



totale associazioni accreditate: n. 19

Fonte: Elaborazione URP



3

ACCESSIBILITÀ,
QUALITÀ, EQUITÀ

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

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

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

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

- *segnalazione scritta da inviare tramite posta ordinaria o posta elettronica all'U.R.P.;*
- *consegna diretta di apposito modulo disponibile presso gli U.R.P. del territorio;*
- *esposizione, verbale e/o telefonica al personale U.R.P. che compilerà la scheda di segnalazione per conto dell'utente;*
- *segnalazione telefonica al Call Center informativo sanitario regionale.*
- *segnalazione scritta tramite il Portale della Salute.*

Per ogni reclamo pervenuto viene attivata una procedura di riscontro, dopo aver effettuato le opportune verifiche presso il Servizio coinvolto. L'utente viene contattato telefonicamente o via mail per la comunicazione dell'esito delle verifiche o risoluzione del disservizio, se richiesto viene predisposta una formale risposta scritta. La procedura è disciplinata da apposito Regolamento aziendale.

I reclami vengono classificati secondo "Indicatori di Qualità", su direttive dell'ARES Puglia, di seguito esplicitati.

Relazioni umane (mancato rispetto del paziente, comportamento scorretto del personale, violazione della privacy);

Aspetti tecnico-professionali: negligenza o imperizia dell'assistenza medica/infermieristica, carenza di attrezzature, carenze nella rete di assistenza;

Aspetti organizzativi: difficoltà nelle procedure di richiesta/ritiro documentazione, inadeguatezza apertura servizi al pubblico, mancata effettuazione di prestazioni prenotate o errori di prenotazione, difficoltà di contatto con i call center.

Tempestività e puntualità: lunghi tempi di attesa per prestazioni, code agli sportelli o ambulatori, mancanza di puntualità di operatori addetti all'assistenza;

Informazione: assenza di ufficio reclami, inadeguata informazione ricevuta, carenza segnaletica, assenza di trasparenza;

Strutture fisiche: presenza di barriere architettoniche, carenze di misure di sicurezza,

manca di servizi per l'accesso alle strutture;

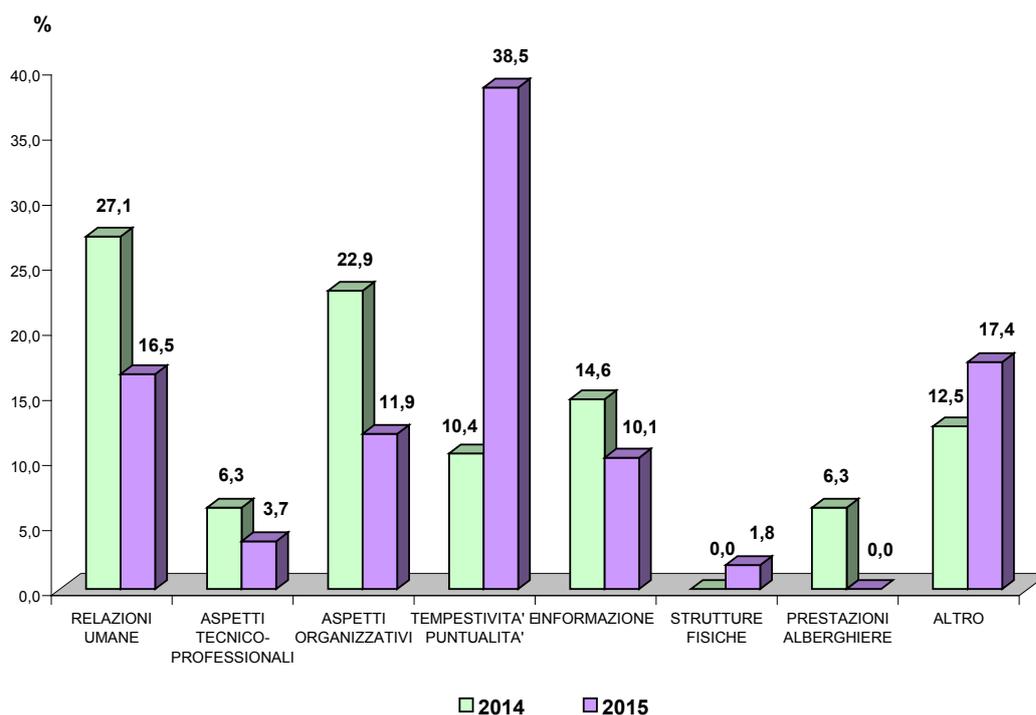
Prestazioni alberghiere: aspetti legati al vitto, comfort ambienti, servizi igienici, pulizia, servizio biancheria;

Altro: reclami non classificabili nelle categorie censite, elogi e suggerimenti.

Reclami e segnalazioni	2014		2015	
	%	v.a.	%	v.a.
Relazioni Umane	27,1	13	16,5	18
Aspetti Tecnico-Professionali	6,3	3	3,7	4
Aspetti Organizzativi	22,9	11	11,9	13
Tempestività e Puntualità	10,4	5	38,5	42
Informazione	14,6	7	10,1	11
Strutture Fisiche	0,0	0	1,8	2
Prestazioni Alberghiere	6,3	3	0,0	0
Altro	12,5	6	17,4	19
Totale	100	48	100	109

Fonte: Elaborazione URP

Reclami e Segnalazioni – confronto 2014-2015 (distribuzione %)



Fonte: Elaborazione URP

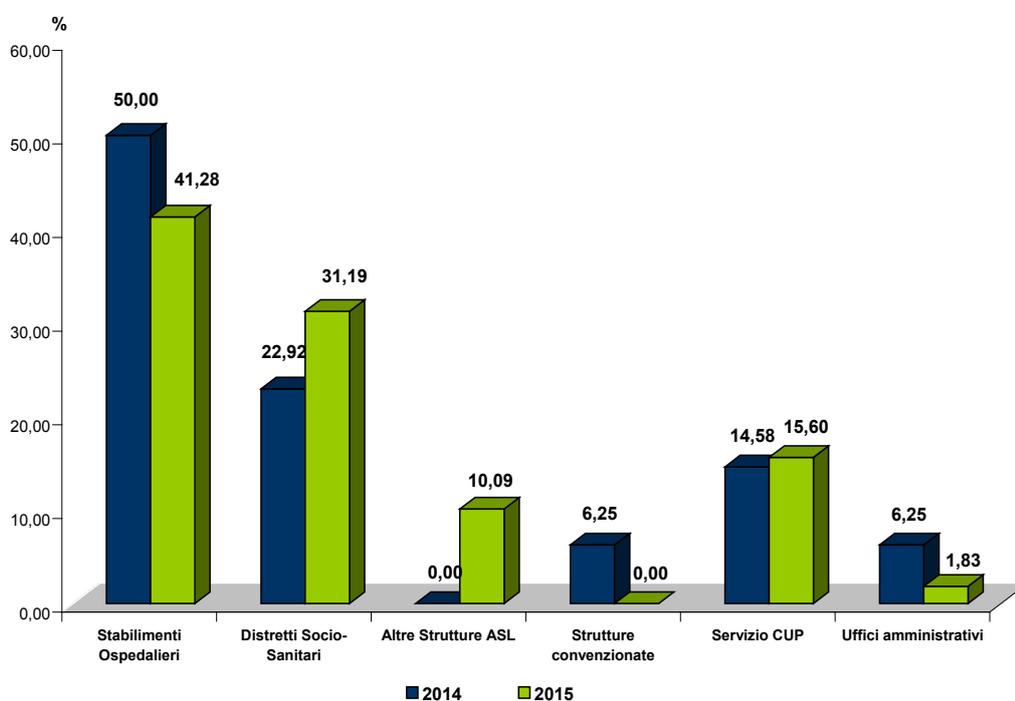
Le maggiori criticità vengono rilevate per gli aspetti legati a *tempestività e puntualità*, numerosi nel 2015 rispetto al 2014, le *relazioni umane* e *aspetti organizzativi*, anche se in calo nel 2015 rispetto all'anno precedente. Minori i reclami riguardanti l'aspetto *informazione* mentre risultano esigue le segnalazioni riguardo gli aspetti tecnico-professionali, le strutture fisiche e le prestazioni alberghiere.

Nella voce *Altro*: Nel 2015 è compreso un elogio riferito all'assistenza ricevuta presso il reparto di Urologia dell'Ospedale Perrino di Brindisi. Sono presenti n. 13 segnalazioni presentate da anonimi con richiesta di controlli igienico-sanitari presso l'ipermercato di AUCHAN.

Per quando concerne i Servizi aziendali coinvolti, le segnalazioni sono riferite principalmente a problemi sorti presso gli ambulatori e reparti degli Stabilimenti Ospedalieri, i Servizi e gli ambulatori dei Distretti Socio Sanitari e i disservizi connessi con il Servizio CUP (in gran parte per la difficoltà di mettersi in contatto con il numero verde per le prenotazioni a causa di linea occupata).

Esigie le altre segnalazioni riferite alle Strutture private convenzionate e agli Uffici dell'area amministrativa.

Reclami e Segnalazioni 2014-2015 – Servizio coinvolto (distribuzione %)



Fonte: Elaborazione URP

I reclami sono stati risolti, o conclusi nell'iter procedurale entro l'anno, nel 50% dei casi circa. Si fa presente che non tutti i reclami richiedono risposta formale (es. segnalazioni anonime, suggerimenti per il miglioramento dei servizi o elogi)

La ASL BR attua il modello del Sistema di Informazione e Comunicazione definito dalla Regione Puglia per far conoscere le scelte di politica sanitaria tese a tutelare il comune "bene salute", garantire equità nell'accesso alle prestazioni, promuovere la "responsabilità sociale", sviluppare i processi di partecipazione civica.

Negli ultimi anni il settore ha subito una rapida evoluzione, dovuta all'introduzione di nuove norme¹⁷ che hanno inciso sui modelli organizzativi. L'avvento del web e della sanità digitale hanno indotto anche le aziende sanitarie pubbliche a dotarsi di nuovi strumenti di comunicazione che stanno modificando sensibilmente anche i comportamenti dell'utenza nel reperimento di informazioni sui servizi.



L'INFORMAZIONE e il rapporto con i Media sono curati dall'Ufficio Stampa dell'Azienda. L'attività è indirizzata prioritariamente verso i mezzi di comunicazione di massa (stampa, tv, radio, web) per la diffusione di notizie di pubblico interesse, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni. L'Ufficio, a supporto della Direzione Generale e dei Servizi aziendali, organizza conferenze stampa, redige comunicati stampa relativi ad eventi, campagne istituzionali o articoli su temi di particolare rilevanza per l'utenza. Cura la diffusione delle notizie prodotte attraverso il sito istituzionale e i social network.

La COMUNICAZIONE verso i cittadini e in generale nei confronti di tutti gli stakeholder dell'Azienda viene assicurata dall'Ufficio Relazioni con Il Pubblico e garantita attraverso numerosi strumenti.

Numeri verdi informativi: 800295691 per le informazioni generali sull'Azienda e 800553166 per l'Ospedale Perrino di Brindisi.

Sportelli URP distrettuali: l'attività di front-office assicura l'informazione diretta e l'accoglienza nelle strutture tramite 8 Sportelli URP e 16 Punti Informativi aziendali dislocati sul territorio provinciale. All'interno dello Stabilimento Ospedaliero A. Perrino, è attivo, inoltre, il servizio "Accoglienza Sanitaria" di Brindisi gestito dall'Associazione Cittadinanzattiva ONLUS - Tribunale dei Diritti del Malato.

Posta elettronica: indirizzo e-mail info@asl.brindisi.it dedicato alla richiesta di informazioni e comunicazioni di notizie. Il numero dei contatti diminuisce rispetto agli anni precedenti con l'aumentare della completezza di informazioni riportate sul sito istituzionale.

Sito web aziendale: è il canale di informazione ufficiale dell'Azienda Sanitaria, collocato dal 2012 all'interno del Portale Regionale della Salute www.sanita.puglia.it.

Social network: da febbraio 2015 (a regime da giugno) è attiva una pagina fan aziendale

17 Legge n.150/2000, DPR n.422/2001, DGR n.1079/2008

“ASL Brindisi” sul canale Facebook con un taglio prettamente informativo che vede come target privilegiato l’utenza. Attivo dallo stesso periodo anche il canale YouTube per la diffusione di campagne informative e video di interesse sanitario per l’utenza.

Organizzazione di eventi pubblici: annualmente vengono organizzati convegni, seminari, incontri a tema, conferenze dei servizi aperte a tutti i cittadini.

Il Portale della Salute

La Regione, nell’intento di ottimizzare le risorse e ridurre gli sprechi, ha ravvisato la necessità di accorpare i siti aziendali delle Aziende Sanitarie nel Portale Regionale della Salute.

Un webmaster regionale cura la grafica e l’attivazione di nuove sezioni, mentre la gestione del sito ASL BR è demandata alla Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, attraverso la stretta collaborazione tra URP e Ufficio Stampa.



L’implementazione e aggiornamento sono a cura di Redattori aziendali con vari livelli di responsabilità e modalità contenute nel Regolamento di disciplina del sito web istituzionale ASL BR - Portale Regionale della Salute¹⁸ che vede coinvolte le singole Strutture aziendali per le aree di propria competenza.

L’intero sito è costruito in base a criteri di semplicità e massima leggibilità, conformi alle norme in vigore e secondo le indicazioni impartite dalla Direzione aziendale.

Poiché il sito web rappresenta una vetrina di presentazione ufficiale dell’Azienda, l’aggiornamento delle informazioni avviene in maniera costante, non solo per il rispetto degli obblighi di Trasparenza, ma anche per assicurare puntuale e completa informazione sull’organizzazione e sull’accesso ai servizi, di primaria utilità per gli utenti. Nel corso del 2015 il personale dedicato è stato impegnato nella formazione necessaria al passaggio del Portale *Versione n. 2*, a cura di un gruppo regionale di tecnici, per una riedizione grafica completamente innovata. A tale scopo è stata effettuata una ricognizione dei redattori aziendali che, per esclusioni, rinunce e integrazioni, ha determinato una riduzione complessiva del numero di operatori ma più efficace da un punto di vista organizzativo.

Nell’ambito del Piano di Sanità Elettronica regionale il Portale è stato progettato come Sistema di Accesso Unificato dei Servizi Sanitari per il Cittadino, con l’obiettivo di offrire servizi informativi, di comunicazione e interattivi ai cittadini attraverso un unico canale web.

SERVIZI ON LINE
Paga ticket
Disdetta prenotazioni
Prenotazioni on line
Scelta e revoca del medico
Visura esenzioni
Diario vaccinazioni

Indicatori qualitativi

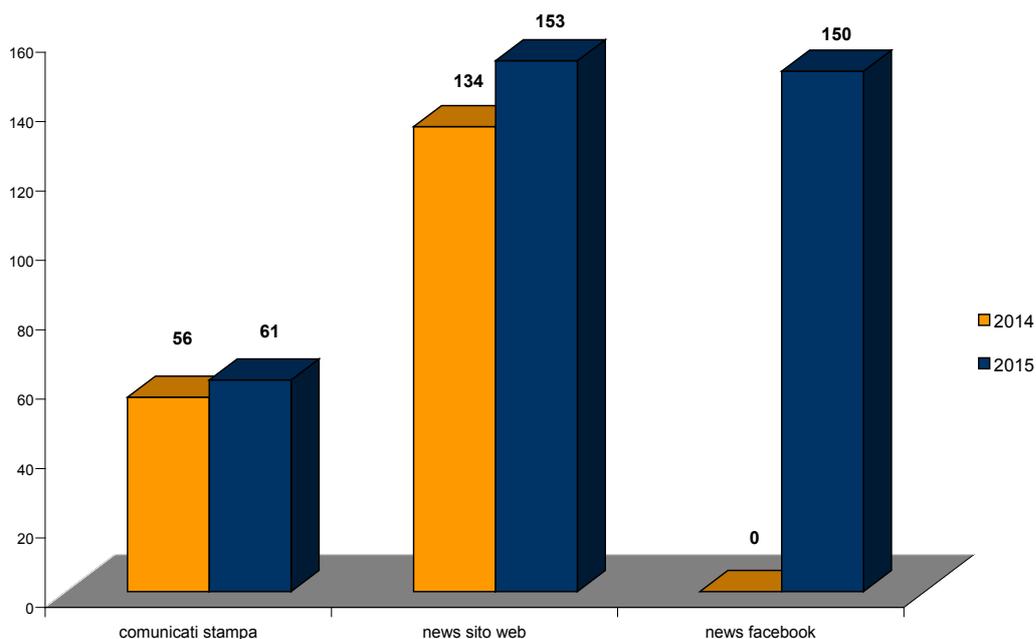
Il Portale della Salute offre anche visibilità ai Servizi on line di cui può usufruire il Cittadino attraverso il rilascio di personali credenziali di accesso

¹⁸ Deliberazione ASL BR n. 616/2014

Sito web aziendale	2014	2015
Numero di visite uniche	342.354	281.538
Pagine visualizzate	519.316	449.400
Numero redattori	38	28
Credenziali di accesso rilasciate	108	211

Fonte: Elaborazione URP su dati aziendali

Attività di informazione: numero comunicati stampa, notizie pubblicate sul sito istituzionale e pagina facebook



Nota: la pagina Facebook "ASL Brindisi" è a regime dal mese di giugno 2015

Fonte: Elaborazione Ufficio Stampa

Nel mese di luglio 2015 è stato adottato il Piano di Comunicazione Istituzionale 2015-2017¹⁹ per definire azioni e strategie di comunicazione aziendale indicando obiettivi, target, attori, strumenti progetti e risorse.

Impegni futuri

- miglioramento della visual-identity e dell'immagine aziendale
- rinnovo e potenziamento delle campagne di educazione alla salute
- sviluppo di nuovi strumenti di comunicazione interna per migliorare l'organizzazione
- sviluppo di nuovi strumenti di comunicazione per consolidare le relazioni esterne
- coinvolgimento delle rappresentanze dei cittadini come parte attiva
- sviluppo di attività di ricerca per la misurazione del gradimento dei servizi ai fini del miglioramento della qualità dell'offerta

¹⁹ Deliberazione ASL BR n. 1225/2015

Dal mese di aprile 2013 è in vigore il Testo unico sulla Trasparenza *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*²⁰, in attuazione delle *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* del 2012²¹.

Il Testo ha introdotto l’obbligo, per ogni Pubblica Amministrazione, di attivare sul proprio sito istituzionale una sezione denominata **Amministrazione Trasparente** contenente i documenti e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e fruibili da tutti i cittadini.

Il decreto riafferma alcuni principi già introdotti dalla prima normativa del 2009 sulla trasparenza nella Pubblica Amministrazione, che sanciva l’obbligo per le Aziende Pubbliche di attivare sui siti web la sezione *“Trasparenza, valutazione e merito”* in cui rendere pubblici tutti i dati relativi alla performance. Con le nuove norme il principio viene ulteriormente ampliato, la trasparenza viene intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche.

132



Il concetto di trasparenza, cresciuto di pari passo con l’ammodernamento delle pubbliche amministrazioni, investe sia il rapporto con i cittadini - e in generale con tutti gli stakeholder di un’Azienda - che i rapporti tra il personale degli uffici, e quindi la trasparenza interna.

Questa Azienda ha optato per la nomina di un unico Responsabile per la Trasparenza e per la prevenzione della Corruzione fin dal 2013, anno in cui un team aziendale è stato impegnato nella riorganizzazione degli archivi di contenuti già pubblicati e nella costruzione della sezione Amministrazione Trasparente - articolata secondo lo schema previsto dal decreto di riordino - per l’implementazione di nuove informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il lavoro, condotto dal Responsabile della Trasparenza e Anticorruzione aziendale, in collaborazione con la Struttura di Informazione e Comunicazione e con il supporto tecnico dei webmaster del Portale Regionale della Salute, è stato completato nel mese di gennaio 2014.

Le novità più rilevanti, oltre all’ampliamento delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, riguardano l’introduzione di due principi:

- **Dati aperti e riutilizzo:** tutti i documenti e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria (sono esclusi i dati sensibili e i dati giudiziari) sono pubblici e chiunque ha

²⁰ Decreto Legislativo n. 33/2013

²¹ Legge n.190/2012

diritto di fruirne gratuitamente e di riutilizzarli con l'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità. I documenti devono essere pubblicati in formato *Open Data*.

- **Introduzione del diritto di Accesso Civico:** chiunque ha il diritto di richiedere e ottenere gratuitamente dati della P.A. con particolare riferimento a quelli obbligatori nei casi in cui sia stata omessa la relativa pubblicazione.

Lo stato di adempimento raggiunto da questa Azienda garantisce un adeguato livello di trasparenza, tenuto conto che l'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) ha già svolto numerose verifiche sul livello e qualità di assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" su un campione di Aziende Sanitarie, selezionate in base alla distribuzione sul territorio nazionale e alle dimensioni dell'organizzazione, tra le quali la ASL di Brindisi.

Nello spazio Amministrazione Trasparente sono pubblicati, raggruppati secondo le indicazioni di legge, documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione dell'amministrazione, le attività e le sue modalità di realizzazione. Le sezioni vengono aggiornate da parte degli uffici competenti per settore di attività, responsabili dei contenuti, mentre il Responsabile della Trasparenza vigila sugli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge e risponde all'ANAC per le verifiche.

Ad un anno dall'attivazione dello spazio web Amministrazione Trasparente, è stato predisposto un questionario di gradimento per rilevare la conoscenza e l'utilizzo della sezione, compilabile on line attraverso la home page del Portale Regionale della Salute www.sanita.puglia.it.

In merito a trasparenza e lotta alla corruzione, nel corso del 2014 sono stati adottati dall'Azienda importanti atti:

- **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016**
- **Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016**
- **Codice di Comportamento**

Altri strumenti gestionali di contrasto alla corruzione sono le attività formative idonee a prevenire il rischio di corruzione per favorire da un lato una maggior consapevolezza nell'assunzione di decisioni, in quanto una più ampia ed approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in maniera inconsapevole, dall'altro, l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree individuate a più elevato rischio di corruzione.

Nel 2015 è stata inoltre adottata la **Whistleblowing Policy**, procedura per la segnalazione di condotte illecite all'interno dell'ASL BR²² da parte dei dipendenti con l'individuazione di un gruppo di lavoro che dovrà svolgere attività di accertamento e verifica della fondatezza delle segnalazioni relative esclusivamente alla procedura.

La norma garantisce la tutela del segnalante attraverso tre principi generali:

- la tutela dell'anonimato;
- la previsione che la segnalazione è sottratta al diritto di accesso;
- il divieto di discriminazione nei confronti del segnalante.

Il procedimento di gestione della segnalazione garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione della segnalazione e in ogni fase successiva.

WHISTLEBLOWER
Dipendente pubblico che segnala,
agli organi legittimati a intervenire,
violazioni o irregolarità commesse
ai danni

²² Deliberazione ASL BR n. 1460/2015

L'accesso alle prestazioni specialistiche cliniche e strumentali in tutto il territorio Aziendale è garantito dal Centro Unificato di Prenotazione delle prestazioni (CUP).

COS'È IL CUP

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

La centralizzazione del sistema di prenotazione è la strategia fondamentale che garantisce la trasparenza delle procedure, gestisce l'intera offerta in modo efficiente, razionalizza l'organizzazione delle attività dei centri di erogazione delle prestazioni, garantisce l'equità di accesso e di fruizione, è utile strumento di controllo dei processi.

- Sportelli CUP aziendali
- Farmacup
- Call Center
- Ambulatori MMG e PLS
- Sito web istituzionale

134

CANALI DI ACCESSO

- 48 postazioni CUP informatizzate, attive in tutti gli stabilimenti ospedalieri e nelle sedi dei distretti sanitari di tutti i paesi della provincia di Brindisi ad eccezione di Villa Castelli, Cellino San Marco e San Michele Salentino;
- FARMACUP: è attivo, durante l'intero orario di apertura, nelle farmacie e parafarmacie convenzionate in ogni comune afferente;
- Call Center: telefonando al numero verde 800 888 388 si possono effettuare prenotazioni e disdette dalle ore 8.00 alle 19.00;
- Ambulatori MMG e PLS: il sistema consente di effettuare prenotazioni o disdette anche presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Da ognuno di questi punti è possibile prenotare o disdire una prestazione oppure avere informazioni su una prestazione sanitaria già prenotata in qualunque centro di erogazione del territorio, comprese le prestazioni erogate in attività libero-professionale intramuraria a pagamento.

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

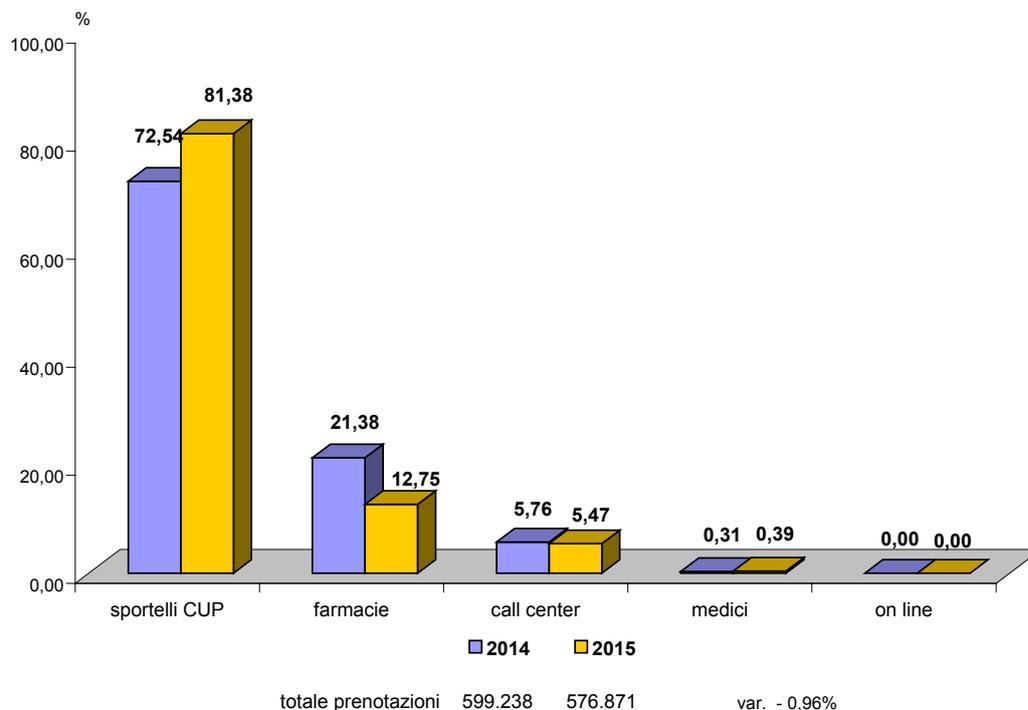
Non vengono prenotate tramite CUP alcune prestazioni ad accesso diretto:

- le analisi di laboratorio;
- le prestazioni erogate dai Consultori Familiari, dal servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e dai Centri di Salute Mentale;
- le prestazioni che rientrano nei programmi di screening per la prevenzione oncologica del carcinoma mammario, tumore della cervice uterina e tumore del colon-retto, programmate direttamente dai centri erogatori della ASL.

Per contenere il fenomeno delle liste di attesa, è tuttora attivo, inoltre, un servizio di Recall

telefonico interno: una postazione effettua la ricognizione delle prenotazioni di maggiore criticità, contattando direttamente gli assistiti prenotati per chiedere la conferma della prenotazione.

Prenotazioni effettuate. Distribuzione % modalità di prenotazione confronto 2014-2015



Fonte: rielaborazione URP su dati aziendali

Riguardo la modalità di prenotazione scelta dall'utente si conferma una forte preferenza per il contatto diretto. Dall'analisi dettagliata della distribuzione si rileva un lieve aumento del numero delle prenotazioni effettuate presso gli sportelli rispetto al biennio precedente, a fronte di un diminuzione dell'utilizzo delle farmacie e del Call Center. Risulta ancora poco rilevante la percentuale di prenotazioni effettuate presso gli Studi dei Medici di Medicina Generale e quella on line, per ora attivata solo per alcune prestazioni (pari a n. 22 nel 2015).

DISDETTE

Merita particolare approfondimento la procedura attivata per le disdette di prenotazioni effettuate. L'avvertenza di utilizzare il servizio CUP anche per disdire le prenotazioni in caso di impossibilità a presentarsi presso la struttura sanitaria nel giorno della visita, al fine di riutilizzare l'appuntamento per un altro utente ed evitare così di allungare i tempi di attesa, è stata ripresa più volte, attraverso differenti canali (Media, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Farmacie e avvisi nelle strutture aziendali).

Nel 2011 è stata data applicazione alla normativa regionale²³ che prevede l'applicazione di una sanzione, nel caso di prenotazioni non disdette almeno 48 ore prima della data fissata, equivalente al ticket previsto da quella prestazione. La penale si applica anche ai cittadini in possesso di esenzione. Pertanto, sono state apportate le dovute modifiche al sistema CUP per consentire la registrazione nel sistema di mancate disdette entro le 48 ore prima

²³ D.G.R. n. 2268 del 2010

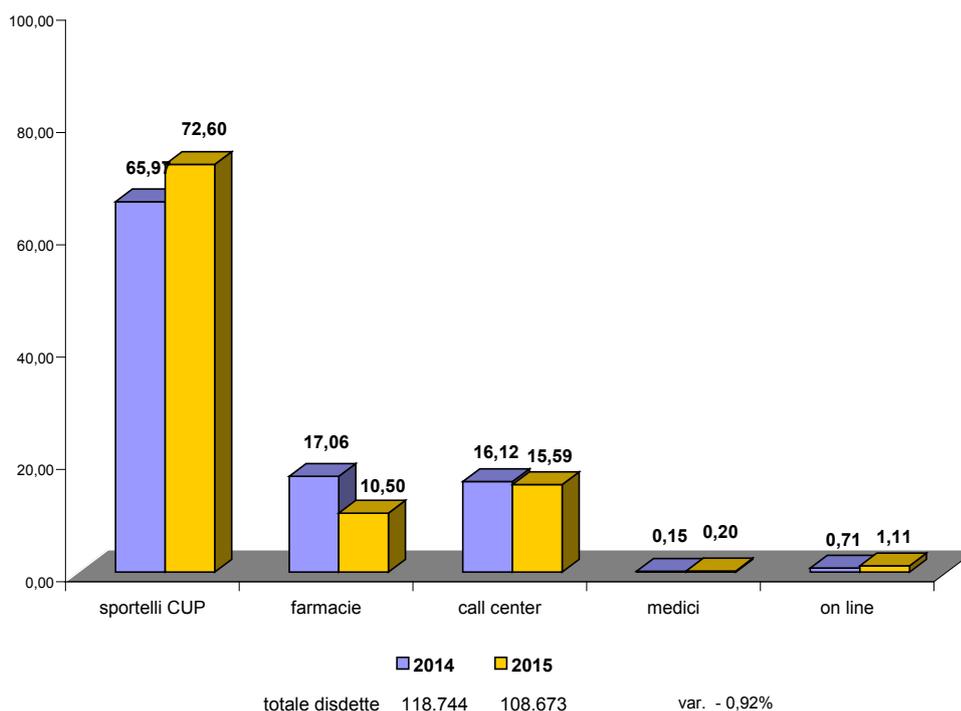
della visita per prestazioni prenotate dopo il 1.12.2010. L'avvertenza dell'applicazione della penale per mancata disdetta è riportata anche nel coupon di prenotazione con l'indicazione dell'orario entro il quale va effettuata la disdetta. In caso di ritardo nella comunicazione della disdetta la visita viene cancellata (per consentire l'inserimento di altri utenti nelle agende) ma l'utente risulta assente all'appuntamento e riceverà successivamente la richiesta di pagamento della penale con una procedura amministrativa avviata dalla Struttura erogante la prestazione. La penale non si applica se l'utente è in grado di certificare l'impedimento (sopraggiunta malattia o di altri impedimenti documentabili legati al lavoro o altre condizioni indipendenti dalla volontà dell'utente che siano certificabili).

MODALITA' DI DISDETTA

- Sportelli CUP aziendali
- Farmacup
- Call Center
- Ambulatori MMG e PLS
- Sito web istituzionale

Verso la fine del 2013, al fine di favorire l'applicazione della normativa e al contempo limitare i disagi all'utenza, il sistema CUP è stato ulteriormente potenziato con la possibilità di effettuare la disdetta on line - collegandosi tramite il sito aziendale - ed evitare così attese agli sportelli o al numero verde.

Prenotazioni cancellate. Distribuzione % modalità di disdetta confronto 2014-2015



Fonte: rielaborazione URP su dati aziendali

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

Tra le linee strategiche elaborate per il triennio 2010-2012, la Regione Puglia ha previsto il potenziamento dei sistemi informativi con particolare riferimento all'attuazione del modello di Sanità Elettronica, sviluppo ed evoluzione del nuovo sistema informativo sanitario Edotto, e sviluppo di tecnologie ICT²⁴.

La programmazione regionale in tal senso era stata già definita con atti emanati negli anni precedenti. Nel 2006 è stato definito il Piano per la Sanità elettronica²⁵ quale "strumento di modernizzazione del sistema sanitario attraverso l'informatizzazione dei processi e la realizzazione di servizi innovativi con l'obiettivo portare benefici sia in termini di qualità del servizio erogato che di riduzione dei costi". Il Piano è stato elaborato in coerenza con il progetto "Sanità Elettronica" approvato dal Consiglio dei Ministri nel 2004.

La Regione Puglia ha quindi definito gli adempimenti a carico delle Aziende Sanitarie e Istituti pubblici del S.S.R. in materia di Sanità Elettronica, tra cui la realizzazione del nuovo modello organizzativo che interessa le infrastrutture (reti interne, connettività Rupa-Spc, dotazione informatica e misure di sicurezza, ecc.) e dei relativi servizi ICT (gestione di reti, gestione sicurezza informatica, servizi di help desk e servizi di assistenza e manutenzione, ecc.) finalizzati al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano per la Sanità Elettronica e nei successivi Dief, vincolanti per i Direttori Generali.

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

- RETE INTERNET: facilita la raccolta di dati e informazioni esterne all'Azienda e velocizza la comunicazione con altri soggetti ed enti.
- RETE INTRANET: collegamento in rete di tutte le strutture appartenenti all'Azienda a livello territoriale per la gestione di software comuni e per ottimizzare in termini di costi e di tempi la comunicazione interna.
- PORTALE REGIONALE DELLA SALUTE: Sistema di Accesso Unificato dei Servizi Sanitari per il Cittadino, con l'obiettivo di offrire servizi informativi, di comunicazione e interattivi ai cittadini.
- N S.I.S. (Servizio Informativo Sanitario): è il sistema che permette il collegamento in rete con il Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico degli Investimenti Strutturali e Tecnologici per la trasmissione di dati sulle attività gestionali ed economici (flussi informativi) delle ASL e Aziende Ospedaliere.
- Edotto N-SISR (Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale)²⁶: Edotto è il nuovo Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia, in esercizio dal 2012 quale

²⁴ ICT: Information and Communication Technology

²⁵ DGR n. 2005 del 22 dicembre 2006 "Piano per la Sanità elettronica della Regione Puglia"

²⁶ Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale N-SISR subentrato al precedente SISR

strumento indispensabile per il governo del servizio sanitario regionale. Il sistema agevola la più ampia interazione tra i soggetti operanti ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria (Assessorato al Welfare, Agenzia Sanitaria Regionale, aziende sanitarie, medici convenzionati, farmacie, ecc.) con l'obiettivo di soddisfare i crescenti bisogni di assistenza e monitorare i servizi sanitari erogati in Puglia. Il sistema è costituito da oltre 30 aree applicative che condividono basi informative di livello regionale, quali l'anagrafe assistiti (comprensiva della scelta e revoca del medico di base e della gestione delle esenzioni ticket), l'anagrafe delle strutture sanitarie e l'anagrafe del personale sanitario, oltre ad un applicativo di pseudonimizzazione che consente di trattare i dati nel pieno rispetto della normativa in materia di privacy. Oltre alle specifiche aree di supporto al governo delle risorse del SSR (Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera, Medicina specialistica privata accreditata, ambulatoriale interna e ospedaliera, Mobilità sanitaria, Gestione ricette, Gestione del personale in convenzione), sono disponibili per gli operatori del SSR aree applicative di supporto all'assistenza territoriale (Riabilitativa, Domiciliare, Residenziale, Protesica) e ai percorsi assistenziali di cura (Gestione ricoveri, Accettazione d'urgenza, Gravidanza e Nascita, Trasfusionale). Sono disponibili funzionalità per l'analisi epidemiologica a supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e dell'A.Re.S. e un sistema direzionale per l'analisi statistica dei dati storici integrabili con basi dati esterne. E' presente anche il servizio Trattamento Ricette Farmaceutiche (TRF), per l'acquisizione ottica di tutte le ricette farmaceutiche erogate in Regione Puglia. Infine, è stato sviluppato un applicativo di Card Management System per la gestione del ciclo di vita delle Carte Nazionali dei Servizi (CNS) distribuite agli operatori del SSR.

- RUPAR-SPC (Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale) - RUPAR Puglia, come parte integrante del Sistema Pubblico di Connettività (SPC), ha per finalità l'interconnessione delle Pubbliche Amministrazioni Locali (PAL) pugliesi tra loro, con le Pubbliche Amministrazioni Centrali (PAC) e con le altre PAL interconnesse al SPC attraverso una infrastruttura di servizio che garantisca qualità e sicurezza delle connessioni, rispettando gli standard approvati a livello nazionale.
- SIST - Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) della Regione Puglia: è il polo interattivo sanitario, in grado di assicurare la presa in carico e la continuità dell'assistenza attraverso la condivisione delle informazioni sanitarie di ogni cittadino da parte di medici, farmacisti e strutture erogatrici delle prestazioni specialistiche, nel rispetto della normativa sulla privacy. L'obiettivo perseguito dalla Regione Puglia è stato quello di realizzare un vero e proprio network che potenziasse il Sistema Sanitario Territoriale, in termini di assistenza primaria e servizi resi all'assistito. Per ogni assistito verrà istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico, previo consenso esplicito espresso dall'assistito, che raccoglierà tutti i dati clinici e strumentali, mettendo a disposizione di tutti gli interessati uno strumento che collegherà virtualmente, ambulatori di medicina e pediatria di famiglia, presidi ospedalieri e strutture ambulatoriali. I soggetti coinvolti sono al tempo stesso alimentatori della Rete e beneficiari dei dati immessi:
 - i medici di famiglia e pediatri di libera scelta aggiornano e consultano i dati clinici del paziente;
 - i medici specialisti condividono la lista delle prescrizioni on-line;
 - i farmacisti condividono la lista delle prescrizioni mediche;
 - i cittadini disporranno della propria storia clinica on-line.
- Sistema TS: Il Sistema Tessera Sanitaria gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze scaturisce dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 che detta disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario e di appropriatezza delle

prescrizioni sanitarie. In particolare, affida al Ministero dell'Economia e delle Finanze l'incarico di sviluppare un progetto operativo per la realizzazione, attraverso un sistema informatico, delle funzionalità che devono essere rese disponibili a tutti gli organismi istituzionali preposti al controllo della spesa. L'accesso alle informazioni di carattere generale è consentito a tutti gli utenti, mentre la fruizione dei "Servizi on line" è invece riservata ai soli utenti identificati dal Portale. Nella sezione "Autorizzazione" si trovano le informazioni necessarie per ottenere le credenziali di accesso ai servizi. Di seguito una breve descrizione delle diverse tipologie di servizi resi disponibili dal Portale TS:

Servizi di interscambio dati

Il servizio consente, in modalità off-line, di mantenere costantemente allineate le banche dati delle amministrazioni territoriali quali Regioni, AUSL e delle amministrazioni centrali quali Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute.

Tessera Sanitaria

Il servizio è rivolto agli operatori sanitari preposti alla richiesta di emissione della Tessera Sanitaria (TS) e Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM).

Servizi anagrafici

I servizi sono rivolti agli operatori sanitari preposti al trattamento delle banche dati inerenti le posizioni sanitarie degli assistiti (comprendendo anche le posizioni anagrafiche dei soggetti extracomunitari), le informazioni relative ai medici prescrittori in convenzione con il S.S.N., le strutture sanitarie accreditate distribuite sull'intero territorio nazionale. In particolare tali funzionalità si rendono disponibili alle strutture competenti e garantiscono la verifica e la validazione delle informazioni con l'Anagrafe Tributaria.

Gestione ricettari

I servizi consentono il controllo puntuale sullo stato di utilizzo della "nuova ricetta", a partire dalla produzione a carico dell'Istituto Poligrafico Zecca dello Stato, la consegna alle Regioni, l'assegnazione al medico prescrittore ed infine alla consegna presso le strutture sanitarie accreditate o farmacie.

Servizi telematici

Sono rivolti:

alle farmacie e alle strutture sanitarie accreditate e per la predisposizione e la trasmissione dei dati delle ricette erogate;

ai medici per la trasmissione dei dati delle ricette relative alle prescrizioni farmaceutiche e di specialistica, nonché alla trasmissione, dei certificati attestanti l'assenza per malattia per i lavoratori sia del settore privato sia del settore pubblico all'INPS.

Monitoraggio della spesa

I servizi sono rivolti a tutte le strutture sanitarie ed organi competenti e forniscono specifici strumenti statistico-decisionali, di analisi economica, report direzionali a livello nazionale e territoriale relativamente alla spesa farmaceutica e specialistica convenzionata.

- Sistema NCUP: Sistema informativo che gestisce le prenotazioni e la riscossione delle prestazioni ambulatoriali e sanitarie della ASL BR.
- Sistema Informativo ASL BR: Sistema informativo che gestisce i sistemi amministrativi-contabili (personale, contabilità, magazzini).

Tra i compiti istituzionali del Dipartimento di Prevenzione, attività fondamentale è quella della verifica dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici ed impiantistici delle strutture sanitarie. Tale attività rientra nelle competenze del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di concerto col Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL) ed è indirizzata alla verifica delle strutture sanitarie sia per quanto riguarda i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio che per l'accREDITAMENTO.



Nello specifico, mentre l'autorizzazione è l'atto con il quale alla struttura che eroga servizi e prestazioni sanitarie è consentito l'esercizio dell'attività, previo verifica del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti, l'accREDITAMENTO istituzionale è l'atto che conferisce alle strutture sanitarie e ai professionisti lo status di "soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto ed a carico del

SSR" e di stipulare accordi con le ASL.

140

Al fine di assicurare il rispetto delle norme che regolano l'attività delle strutture sanitarie²⁷ e socio-sanitarie²⁸, il Dipartimento di Prevenzione, con le sue articolazioni funzionali SISP e SPeSAL, interviene sia in fase preliminare all'avvio dell'attività sanitaria e sociosanitaria, con la verifica dei requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi delle strutture finalizzata all'espressione del parere di competenza propedeutico al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, sia successivamente all'entrata in esercizio, mediante azioni di verifica sulla permanenza dei predetti requisiti da parte delle singole strutture.

Per la verifica delle strutture accreditate, il Dipartimento di Prevenzione, tramite i servizi SISP e SPeSAL, svolge la propria attività di competenza, nel rispetto della normativa regionale di riferimento, sia in ambito extra-aziendale che aziendale: infatti, su incarico della competente struttura regionale, il Dipartimento è chiamato a verificare la ricorrenza dei requisiti di accREDITAMENTO per le strutture di nuova attivazione che insistono su territori afferenti ad altre AASSLL pugliesi, ovvero la loro persistenza in occasione delle verifiche triennali previste dalla Legge Regionale.

All'interno del territorio della ASL Brindisi, le attività di verifica sulle strutture accreditate, condotte in sinergia con l'U.O. Gestione Amministrativa Personale Convenzionato, riguardano sia le strutture sanitarie di tipo ambulatoriale, sia socio-sanitarie di tipo residenziale e semiresidenziale, con le quali l'ASL ha stipulato accordi contrattuali o di remunerazione delle prestazioni. Per quanto riguarda le strutture sanitarie ambulatoriali accreditate, l'attività di verifica riguarda l'accertamento della rispondenza dei requisiti posseduti e dichiarati dalle singole strutture con quelli parametrati dalla D.G.R. 1550/2010 per singola tipologia di struttura, al fine della determinazione dei tetti di spesa per singola

²⁷ L.R. 8/2004 e Regolamenti Reg.li 3/2005 e 3/2010

²⁸ L.R. 19/2003 e Regolamento Reg. 4/2007

struttura nell'ambito del Fondo Unico di remunerazione e conseguente stipula annuale dell'accordo contrattuale.

Le strutture sanitarie e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, per le cui attività la ASL concorre in tutto o in parte alla remunerazione delle prestazioni sul singolo paziente, sono sottoposte a verifiche programmate da parte di due specifiche Commissioni, istituite con il fine della verifica del mantenimento, per tutto il periodo di validità del contratto, pena l'automatica sospensione e risoluzione degli Accordi contrattuali, dei requisiti igienico-sanitari strutturali e tecnologici previsti dalla normativa di riferimento, dell'adempimento di eventuali ulteriori prescrizioni tecniche previste dalla normativa vigente ovvero disposte dai competenti organismi di vigilanza, e del rispetto degli standards organizzativi di tipo qualitativo e quantitativo in merito al personale impiegato nelle strutture; aspetti questi che si ripercuotono direttamente ed indirettamente sulla qualità dell'assistenza all'utente.

L'attività di un'Azienda sanitaria, come quella di qualsiasi ente o impresa che produce servizi e non, genera effetti sull'ambiente in cui opera. Con il monitoraggio, l'adozione di comportamenti virtuosi e una gestione ecosostenibile delle proprie attività, è possibile ridurre il più possibile l'impatto ambientale.

Fonti energetiche e acqua rappresentano gli aspetti più importanti dai quali partire per ridurre l'impatto ambientale. L'Azienda Sanitaria di Brindisi è oggi impegnata nel controllo del consumo di energia e nella programmazione di investimenti in fonti rinnovabili, così come nell'attenzione allo spreco e la manutenzione costante degli impianti idrici.

In questo quadro si collocano anche tutte le azioni dirette alla corretta raccolta dei rifiuti sanitari, pericolosi e non. Nel 2015 sono state avviate delle pratiche virtuose per la raccolta differenziata. Presso il P.O. Perrino è stata realizzata una "isola ecologica" nella quale vengono separati i rifiuti riciclabili, che vengono successivamente conferiti alla società di raccolta degli R.S.U. operante nel territorio della città di Brindisi, con un significativo risparmio economico ottenuto dalla riduzione del conferimento a società terze dello smaltimento dei rifiuti non pericolosi.

142

CONSUMI	2014	2015
Energia elettrica	20.876.889 kWh	20.184.301 kWh
Metano	2.735.680 mc	2.676.841 mc
Acqua	199.742 mc	213.813 mc
Produzione di rifiuti		
- Pericolosi (sanitari a rischio infettivo, non sanitari, di origine sanitaria)	814.528 Kg	864.936 Kg
- Non pericolosi	4.145 Kg	399 Kg

Fonte: Area Gestione Tecnica, Dipartimento di Prevenzione

Indicatori qualitativi

Interventi di efficienza energetica

Sono stati completamente riconvertiti tutti gli impianti di riscaldamento degli edifici aziendali dall'alimentazione a gasolio a quella a metano, con indubbio risparmio economico e miglioramento dell'impatto ambientale con una drastica riduzione delle emissioni inquinanti e delle polveri sottili.

Nel 2015, presso il Presidio Ospedaliero "Perrino", si è attivata definitivamente la centrale di trigenerazione costituita da 2 gruppi di produzione di energia elettrica alimentati da gas metano con una potenza di 330 kWe ciascuno ed un gruppo ad assorbimento da 500 kW per la produzione di acqua refrigerata a servizio di tutto l'ospedale ad integrazione dei gruppi frigoriferi alimentati ad energia elettrica.

Presso il P.O. Perrino, S.O. di Ceglie Messapica, P.O. di Fasano sono stati installati impianti con pannelli solari termici per la produzione di acqua calda sanitaria ad integrazione delle

caldaie alimentate a gas metano.

Sono state riqualificate le centrali termiche dei P.O. di Fasano, S.O. di Cisternino, P.O. di Mesagne con l'installazione di nuovi generatori di calore a condensazione alimentati a gas metano con un notevole miglioramento dell'efficienza energetica degli impianti di riscaldamento.

Interventi di ristrutturazione edilizia

Nel 2015 è stato approvato il progetto complessivo di miglioramento delle strutture ospedaliere dell'Azienda Sanitaria.



Nei primi mesi di gestione il management aziendale ha definito, in accordo con l'Area Tecnica, un piano di interventi per ristrutturare e riqualificare da subito l'Ospedale Perrino di Brindisi, considerato strategico all'interno del sistema sanitario provinciale e regionale. Mediante un accordo con gli operatori economici, fornitori dell'Azienda, è stata garantita la manutenzione ordinaria costante degli impianti tecnologici e disposta una cospicua riqualificazione degli stessi.

Nel contempo si è proceduto a progettare una serie di attività di manutenzione straordinaria, relativa agli ambienti interni, ed è stato definito il progetto per il rifacimento delle facciate esterne attraverso la realizzazione di un cappotto termico che permetterà di ridurre la trasmittanza termica delle pareti esterne e la sostituzione di tutti gli infissi dell'Ospedale con altri con un profilo a taglio termico con vetri camera, in corrispondenza delle stanze di degenza, i vetri camera hanno integrati anche dei sistemi di schermatura solare. Tali interventi permetteranno di migliorare l'efficienza energetica dell'edificio con un sensibile riduzione dei consumi per l'approvvigionamento dei vettori energetici.

La funzione di Gestione del Rischio Clinico consiste in un insieme di azioni complesse finalizzate a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione degli errori evitabili. Nel contesto sanitario, il miglioramento della sicurezza nell'assistenza si persegue anche attraverso l'adozione di azioni preventive, l'analisi degli errori e la creazione di condizioni che contribuiscano a ridurre la probabilità di eventi avversi.

L'approccio al rischio è di tipo sistemico e deve basarsi su diverse componenti come la formazione degli operatori, la comunicazione dell'analisi delle eventuali criticità organizzative che hanno reso possibile l'errore, la proposta di iniziative finalizzate a ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta. Tutto ciò presuppone l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, il loro trattamento, il monitoraggio nel tempo e la creazione di soluzioni organizzative ad essi orientate.

Schematicamente, nell'ambito della funzione di gestione del rischio clinico due sono gli ambiti d'intervento della Unità Operativa della ASL di Brindisi: proattivo e reattivo.

L'ambito **proattivo** ha lo scopo di prevenire gli eventi avversi e comprende le seguenti attività:

1. sviluppo e implementazione di protocolli/procedure aziendali per la sicurezza del paziente;
2. diffusione e monitoraggio del livello di applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla sicurezza delle cure;
3. attuazione di programmi di qualità applicata alla sicurezza clinica (qualità della documentazione sanitaria, tracciatura dei processi);
4. alimentazione dei flussi informativi istituzionali (SIMES) ed attività relativa alla gestione degli eventi sentinella;
5. analisi di *near miss*, eventi avversi e contenziosi per l'individuazione delle aree a maggior rischio;
6. collaborazione con altre strutture/comitati aziendali coinvolti nella sicurezza del paziente (Ingegneria clinica, Ufficio tecnico, Comitato Infezioni Ospedaliere, Comitato buon uso del sangue, Servizio di prevenzione e protezione aziendale, Dipartimento di prevenzione, ecc);
7. promozione della cultura della sicurezza delle cure, attività di formazione e consulenza per tutte le articolazioni aziendali.

L'ambito **reattivo** è relativo alla gestione dei sinistri da ipotesi di *malpractice*, quindi riguarda gli aspetti relativi al contenzioso medico-legale e comprende le seguenti attività:

1. istruttoria sanitaria a seguito di richieste di risarcimento, contenzioso;
2. collaborazione con la Struttura Legale della ASL, il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e con l'assicuratore (nei casi di copertura assicurativa) o, nei casi previsti dalla formula SIR (*Self Insurance Retention*), gestione medico-legale diretta del contenzioso;
3. consulenze tecniche d'ufficio in materia medico-legale nell'interesse dell'amministrazione;
4. attività formativa sugli aspetti medico-legali del contenzioso.

Riguardo alle attività svolte in ambito proattivo, la U.O. Gestione del Rischio Clinico ha provveduto, fin dal 2007, alla trasmissione, ai rispettivi destinatari (Direzioni Sanitarie Ospedaliere, Direzioni dei Distretti, Dipartimenti, Strutture Sovradistrettuali e Unità Operative/Servizi interessati), delle "Raccomandazioni" - attualmente diciassette - emanate dal Ministero della Salute.

Tali Raccomandazioni sono state sviluppate al fine di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari del potenziale pericolo di alcune condizioni cliniche ed assistenziali in grado di causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti, indicando le azioni da intraprendere per ridurre i rischi di eventuali eventi avversi. La loro implementazione nella ASL BR ha previsto, nella maggior parte dei casi, anche lo sviluppo di specifiche procedure che facilitassero la concreta applicazione dei contenuti delle singole Raccomandazioni alle realtà locali, nonché il monitoraggio dell'adesione alle stesse.

Nell'ambito dell'implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali, nell'anno 2014 è stato adottato un protocollo aziendale sulla prevenzione e gestione delle cadute nella ASL BR ed è stata effettuata un'attività di verifica dell'applicazione ed accuratezza di compilazione, sia del foglio unico di terapia che della *safety check list* perioperatoria, in alcune UU.OO. del P.O. di Brindisi.

Nell'anno 2015, invece, sono state sviluppate ed adottate quattro procedure in ottemperanza a quanto disposto nelle corrispondenti Raccomandazioni: 1) Procedura per la prevenzione degli eventi avversi legati all'utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali attraverso la regolamentazione della formazione continua degli operatori; 2) Procedura per la corretta gestione dei Farmaci "Look-Alike/Sound-Alike (LASA); 3) Procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica; 4) Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale. Inoltre, è stata effettuata una giornata formativa, rivolta a tutti gli operatori sanitari, sulla gestione delle cadute in ospedale dal titolo "La caduta del paziente: tra prevenzione e segnalazione dell'evento".

Un altro aspetto rilevante della sicurezza delle cure è rappresentato dalla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), considerate, nella letteratura internazionale, la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Il controllo delle ICA richiede l'integrazione di diversi elementi, come la gestione del rischio infettivo, la politica di uso degli antibiotici, la formazione specifica degli operatori, ecc. In questo ambito, considerato che l'inappropriato uso degli antibiotici favorisce l'insorgenza di resistenze batteriche e che queste hanno un ruolo rilevante nella epidemiologia delle ICA, nel 2014 un gruppo di professionisti della ASL BR ha provveduto alla stesura dei protocolli aziendali sulla profilassi antibiotica preoperatoria, adottati nello stesso anno con apposita delibera.

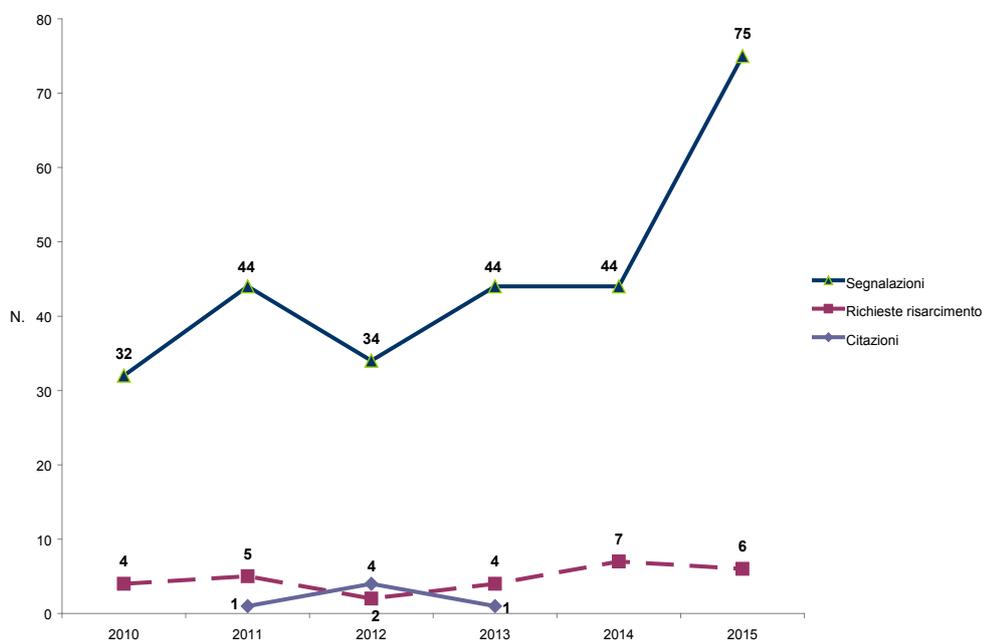
Inoltre, poiché l'igiene delle mani è considerata la misura più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni, nel 2015 la U.O. Gestione del Rischio Clinico, in accordo con la Direzione Sanitaria del P.O. "Perrino" di Brindisi, ha sviluppato un progetto di verifica dell'adesione degli operatori alle corrette pratiche di igiene delle mani. Obiettivo principale era valutare ed eventualmente migliorare l'adesione all'igiene delle mani del personale sanitario coinvolto nell'assistenza al paziente. Il progetto ha previsto verifiche a campione nei vari reparti dell'Ospedale "Perrino" di Brindisi, utilizzando la specifica scheda di osservazione elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, e il contestuale intervento educativo degli operatori. I risultati dell'attività di verifica sono stati successivamente comunicati alle UU.OO. interessate per il tramite della Direzione Sanitaria di presidio.

La U.O. Gestione del Rischio Clinico effettua normalmente il monitoraggio degli eventi avversi, come le cadute accidentali dei pazienti, segnalati dalle diverse strutture della

ASL BR e, ove opportuno, richiede un'analisi approfondita degli stessi. Inoltre, effettua periodicamente uno studio dell'epidemiologia delle cadute accidentali di pazienti e visitatori, sia che si tratti di segnalazioni che di richieste di risarcimento. A tal proposito, si riportano in questo documento i risultati dell'analisi delle segnalazioni cadute e dei sinistri riguardanti le cadute accidentali di pazienti e visitatori nella ASL BR negli anni 2014-2015, pervenuti all'U.O. Gestione del Rischio Clinico nel periodo in esame. Viene inoltre mostrato il trend di tutte le cadute (segnalazioni, richieste di risarcimento e citazioni) dal 2010 al 2015 e, l'andamento delle sole segnalazioni in rapporto all'introduzione nei vari anni degli strumenti di segnalazione cadute.

Nel 2015 vi è stato un aumento delle segnalazioni di cadute accidentali (n. 75) rispetto al 2014 (n. 44), mentre il numero delle richieste di risarcimento per caduta sembra stabile tra il 2014 (n. 7) e il 2015 (n. 6). Il grafico 1 riporta il trend delle cadute, distinte tra segnalazioni, richieste di risarcimento e citazioni, dal 2010 al 2015.

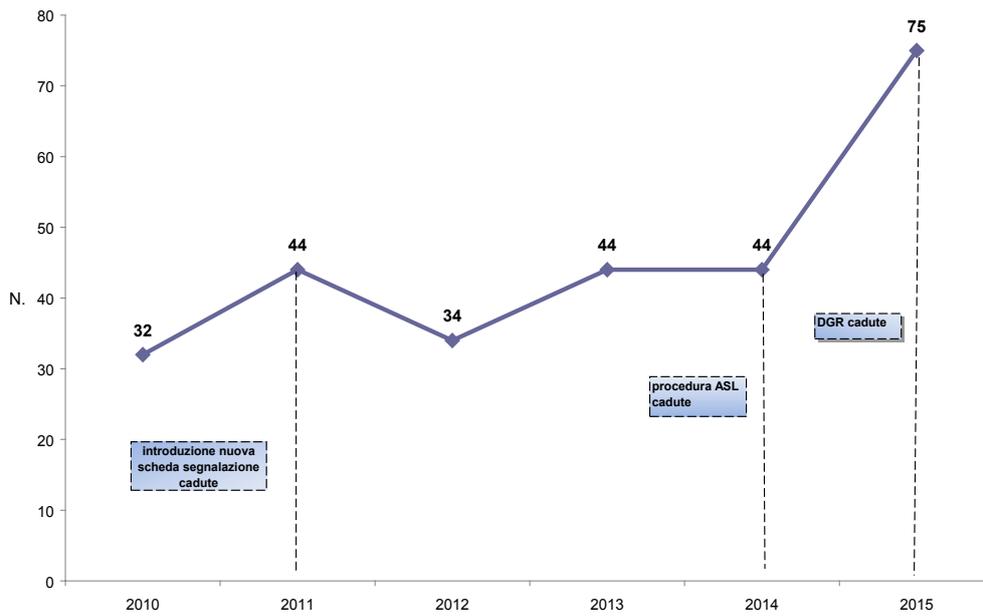
Grafico 1. N° cadute (segnalazioni, richieste risarcimento, citazioni) 2010-2015



Fonte: Elaborazione U.O. Rischio Clinico su dati aziendali

Nel grafico 2 viene riportato il trend delle sole segnalazioni di cadute pervenute alla U.O. Gestione del Rischio Clinico dal 2010 al 2015 con l'indicazione degli anni di introduzione dei vari strumenti di segnalazione, prevenzione e gestione delle cadute (aprile 2011: introduzione nuova scheda di segnalazione; novembre 2014: adozione del protocollo aziendale sulla prevenzione e gestione delle cadute nella ASL BR (Deliberazione n. 2044 del 20/11/2014); aprile 2015: Deliberazione di Giunta Regionale n. 232 del 20.02.2015).

Grafico 2. N° Segnalazioni cadute dal 2010 al 2015

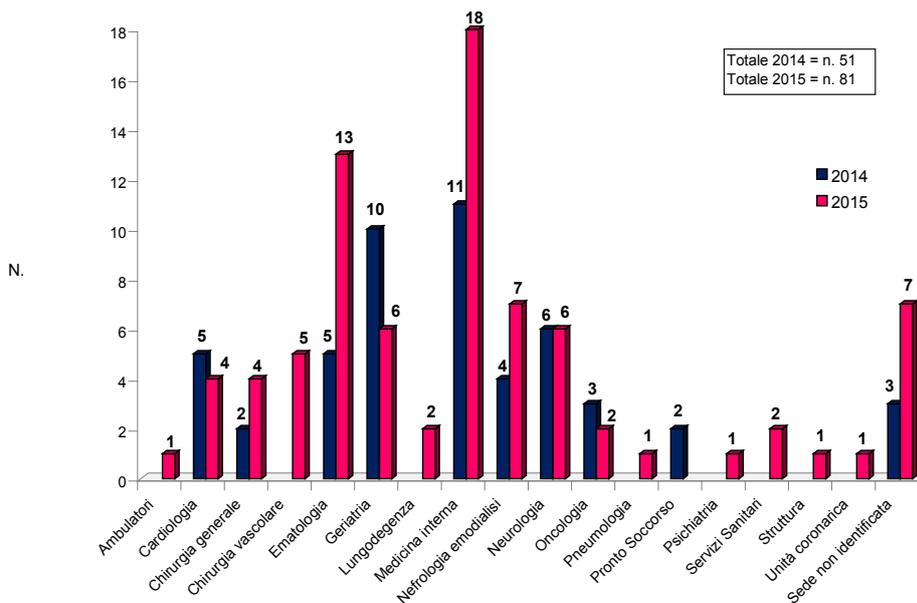


Fonte: Elaborazione U.O. Rischio Clinico su dati aziendali

Il grafico 3 mostra come il maggior numero di cadute (segnalazioni + sinistri) nell'anno 2014 abbia riguardato la U.O. di Medicina Interna (n. 11, pari al 21,6%), seguito dalla Geriatria (n.10; 19,6%) e dalla Neurologia (n.6; 11,8%). Nel 2015, il maggior numero di casi ha interessato la Medicina Interna (n. 18; 22,2%), seguito dall'Ematologia (n. 13; 16%), dalla Nefrologia (n.7), dalla Geriatria e dalla Neurologia (n.6). In 7 casi la sede non è stata identificata.

147

Grafico 3. N° cadute (segnalazioni + sinistri) 2014-2015, per Unità Operativa/Servizio/ Ambulatorio e per anno



Fonte: Elaborazione U.O. Rischio Clinico su dati aziendali

Distinguendo poi le cadute per momento del giorno (tabella 1) in cui l'evento è accaduto, è evidente come il maggior numero di casi segnalati nel 2015 si sia verificato durante la notte (n. 31, pari al 38,3%), seguito dal mattino (n.28, pari al 34,6%). Nel 10% dei casi non è stato possibile identificare il momento della giornata. Nel 2014, invece, il maggior numero di eventi segnalati si è registrato durante il mattino (n. 17, pari al 33,3%), seguito dal pomeriggio (n.15, pari al 29,4%). Nel 17,6% dei casi il momento della giornata non è stato specificato.

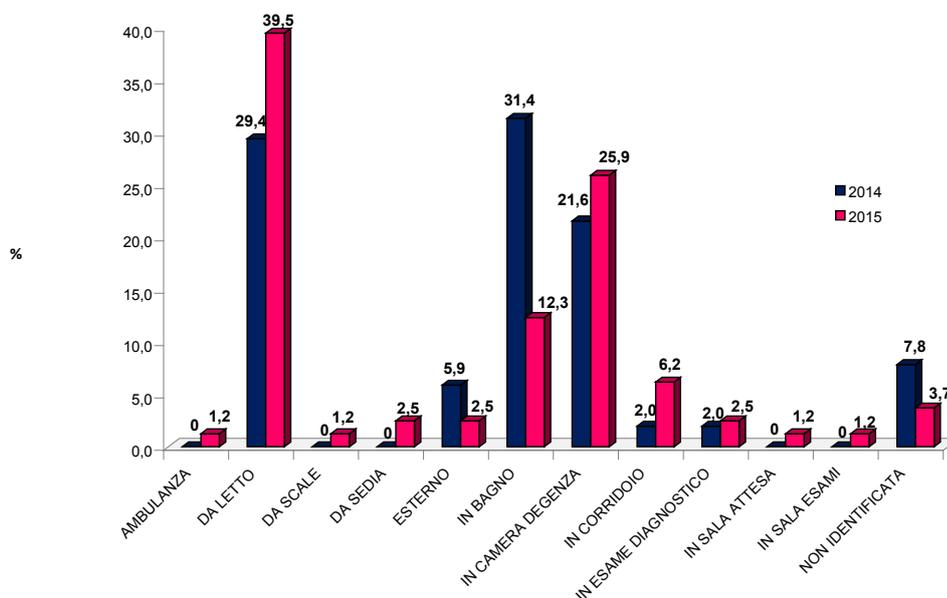
Tabella 1. Numero e % di cadute (segnalazioni + sinistri) 2014-2015 per momento del giorno, per anno

Momento della giornata	2014		2015	
	N.	%	N.	%
Mattino	17	33,3	28	34,6
Pomeriggio	15	29,4	14	17,3
Notte	10	19,6	31	38,3
Non identificato	9	17,6	8	9,9
Totale complessivo	51	100	81	100

L'analisi delle cadute ha permesso inoltre di individuare come nel 2015 (grafico 4) la sede più frequente delle cadute sia stata il letto (n. 32, pari al 39,5%), seguita dalla camera di degenza (n. 21, pari al 25,9%). Nel 2014, invece, la percentuale più alta di cadute è avvenuta in bagno (31,4%), seguita dal letto (29,4%) e dalla camera di degenza (21,6%).

148

Grafico 4. % cadute (segnalazioni + sinistri) 2014-2015 per sede della caduta, per anno

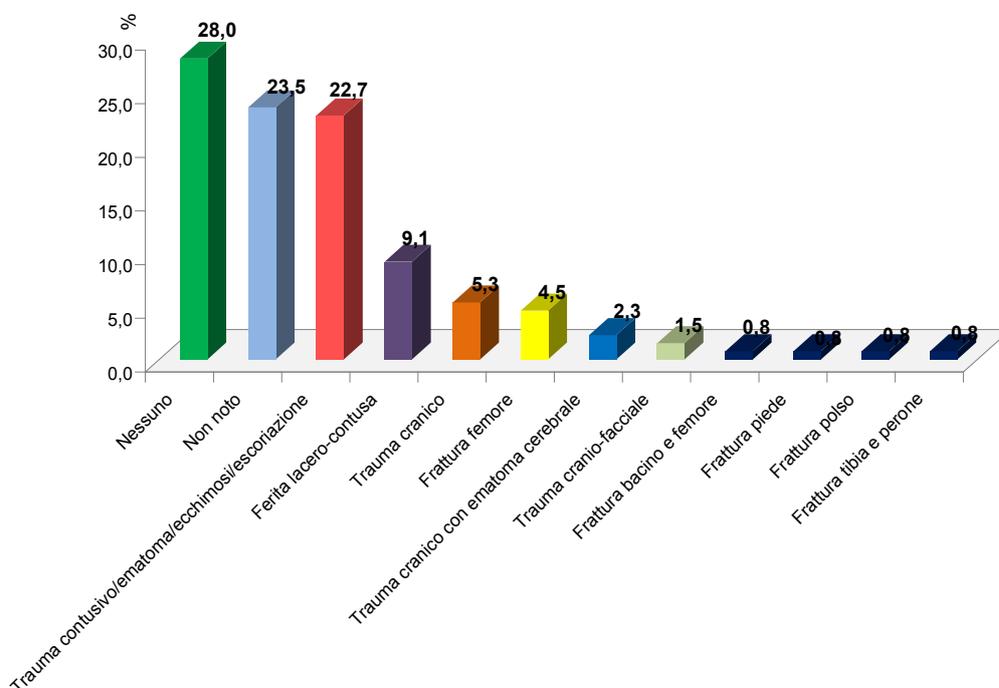


Fonte: Elaborazione U.O. Rischio Clinico su dati aziendali

Andando ad analizzare le conseguenze sul paziente della caduta (grafico 5), nel 2014-2015 non vi è stata alcuna conseguenza nel 28% delle cadute (n. 37 casi), mentre i traumi

contusivi/ematomi/ecchimosi/escoriazioni, nel loro insieme, hanno costituito il 22,7% dei casi. Inoltre, nel 4,5% (n. 6) casi si è avuta come conseguenza una frattura del femore, nel 5,3% (n. 7) un trauma cranico e nel 2,3% (n. 3) un ematoma cerebrale. Nel 23,5% delle cadute segnalate non è stata riportata alcuna informazione sull'esito dell'evento.

Grafico 5. % cadute (segnalazioni + sinistri) 2014-2015, per tipologia di danno



Fonte: Elaborazione U.O. Rischio Clinico su dati aziendali

Riguardo alle attività svolte in ambito reattivo, la U.O. Gestione del Rischio Clinico si occupa, in collaborazione con la Struttura Legale, della gestione dei sinistri, ovvero delle richieste di risarcimento danni e dei contenziosi civili pervenuti alla ASL BR, inoltre fornisce supporto tecnico nei procedimenti penali per ipotesi di responsabilità professionale degli operatori sanitari. A partire da luglio 2014, tale gestione è in SIR (*Self Insurance Retention*), per cui tutti i sinistri in cui l'entità del risarcimento è inferiore a 500.000 euro sono gestiti direttamente dalla ASL, mentre i restanti dalla Compagnia Assicurativa.

Come mostrato in Tabella 2, nel 2014 sono pervenute n.130 richieste risarcimento danni (azioni giudiziali e stragiudiziali) per danni subiti nell'ambito dell'attività clinica o assistenziale (60,8%) o per altre cause come episodi di randagismo (31,5%) e cadute di pazienti o visitatori (3,8%). Nel 2015, invece, sono pervenuti 149 sinistri, di cui il 55% riguardanti prestazioni sanitarie, il 30,2% casi di randagismo, il 4,7% infortuni di operatori e il 3,4% cadute. In una certa percentuale di casi non è stato possibile classificare la causa per mancanza di informazioni essenziali. Dall'analisi sono stati esclusi i sinistri la cui data di apertura era antecedente al 2014-2015 ma per cui in questo periodo c'è stata una evoluzione (per es. passaggio da azione stragiudiziale a giudiziale).

Tabella 2. Sinistri 2014-2015, per causa e per anno

Causa sinistro	2014		2015	
	N.	%	N.	%
PRESTAZIONE SANITARIA	80	60,6	82	55,0
RANDAGISMO	41	31,1	45	30,2
CADUTA	6	4,5	5	3,4
DANNI PERSONA	3	2,3	3	2,0
INFORTUNIO			7	4,7
NON NOTA	2	1,5	7	4,7
TOTALE	132	100	149	100

Dei sinistri correlati a prestazioni sanitarie, nel 2014 i casi con decesso del paziente rappresentavano il 17,5%, nel 2015 il 13,4%.

Come si evince dalla Tabella 3, nel 2014 la maggiore frequenza ha riguardato eventi dell'area chirurgica (32,5%) ed eventi relativi all'esattezza o tempestività della diagnosi (complessivamente il 28,8%), mentre le segnalazioni di infezioni legate all'assistenza costituivano il 12,5% dei casi. Analogamente, nel 2015, i sinistri correlati a prestazioni sanitarie hanno riguardato più frequentemente eventi dell'area chirurgica (34,1%) e dell'area diagnostica (33%), mentre il 12,2% dei casi sono state segnalazioni di infezioni legate all'assistenza.

Tabella 3. Sinistri correlati a prestazioni sanitarie 2014-2015, per tipologia di area e per anno

Tipologia di area	2014		2015	
	N.	%	N.	%
AREA CHIRURGICA	26	32,5	28	34,1
AREA DIAGNOSTICA	23	28,8	27	32,9
SEGNALAZIONE INFEZIONI	10	12,5	10	12,2
AREA ASSISTENZA	8	10,0	5	6,1
AREA PROCEDURE INVASIVE	3	3,8	5	6,1
AREA PROCEDURE TERAPEUTICHE	1	1,3	6	7,3
MATERIALE DIFETTOSO			1	1,2
NON IDENTIFICATA	9	11,3		
TOTALE	80	100	82	100

In conclusione, si riportano alcuni dati concernenti l'attività del Comitato Valutazione Sinistri la cui gestione e funzionamento sono il frutto della collaborazione fra Struttura Burocratico Legale e la U.O. di Gestione del Rischio Clinico. Il CVS effettua normalmente un'accurata analisi delle richieste di risarcimento danni e vaglia la possibilità di una composizione extragiudiziale della vicenda, nell'ottica della *Alternative Dispute Resolution*.

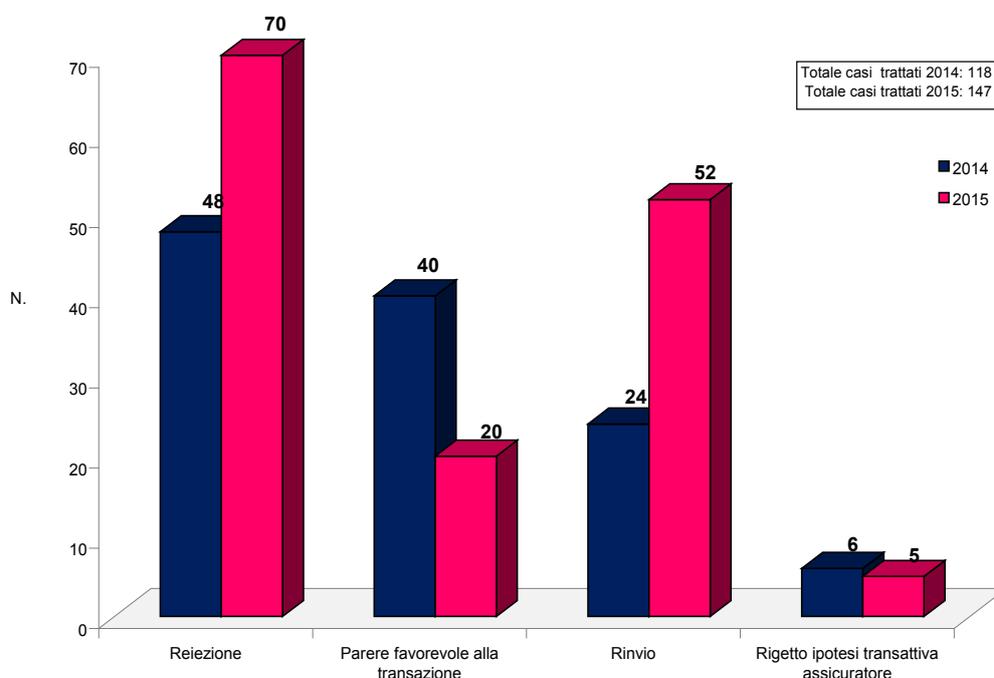
Nel 2014 sono stati trattati nel CVS 118 sinistri, di cui il 66% concernenti prestazioni sanitarie e il 32% danni materiali e/o lesioni personali da randagismo. Nel 2015 sono stati invece trattati 147 casi, di cui il 71% riguardanti prestazioni sanitarie, il 17% randagismi e il 10% cadute di pazienti o visitatori (Tabella 4).

Tabella 4. Sinistri trattati nel CVS 2014-2015, per anno e causa

Causa sinistro	2014		2015	
	N.	%	N.	%
PRESTAZIONE SANITARIA	78	66,1	105	71,4
RANDAGISMO	38	32,2	25	17,0
CADUTA	1	0,8	15	10,2
INFORTUNIO			1	0,7
ALTRO	1	0,8	1	0,7
Totale	118	100	147	100

Riguardo all'esito dei casi trattati nel CVS (Grafico 6), dei 118 sinistri discussi nel 2014, in 48 è stata respinta l'ipotesi transattiva e in 40 è stato espresso parere favorevole alla transazione con la controparte. Nel 2015, invece, sono stati rigettati 70 sinistri mentre parere favorevole alla transazione è stato espresso in 20 casi.

Grafico 6. N° sinistri trattati nel CVS 2014-2015, per anno ed esito



Studi aziendali

Nel 2015 è stata prodotta la “Relazione sui determinanti e lo stato di salute della popolazione della Provincia di Brindisi per gli anni 2011/2014”, a cura dell’Unità di Statistica ed Epidemiologia.

Oltre al lavoro di aggiornamento degli indicatori utilizzati in continuità con la precedente relazione, sono stati presi in considerazione i più recenti dati disponibili, utilizzati negli studi epidemiologici condotti dalla ASL unitamente al Coordinamento del Registro Tumori, OER, Ares ed Arpa Puglia. Il documento, per quanto rappresenti un utile strumento a sostegno della programmazione, ha cercato di soddisfare anche la crescente necessità di conoscenza della popolazione in considerazione della elevata percezione del rischio presente nella comunità legata soprattutto a fattori ambientali.

Nel corso del 2014 e 2015 il Registro Tumori ASL BR²⁹, impegnato in questi anni nella procedura necessaria ad ottenere l’accreditamento, ha contribuito con i propri dati alla realizzazione dei seguenti studi collaborativi prodotti dal Registro Tumori Puglia:

- “Melanoma della cute in Puglia, anni 2006-2008: analisi di incidenza e sopravvivenza”;
- “Incidenza dei tumori maligni infantili in Puglia, anni 2003-2008”;
- “Eterogeneità territoriale dell’incidenza del tumore tiroideo in Puglia: un’analisi preliminare”;
- “Stadio dei tumori della mammella in Puglia in un campione di 320 casi”;
- “Caratteristiche della mortalità per tumore polmonare maschile in Regione Puglia dal 1982 al 2013”;
- “Incidenza di NHL, leucemie linfatiche e tumori plasmacellulari in Puglia. Confronto con tassi Haemacare e di RT Modena”;
- “Alla ricerca della rarità: analisi dei sarcomi dei tessuti molli del Registro Tumori Puglia e relativi PDTA”;
- “Mortalità per tumore del fegato e diabete mellito di tipo 2 in Puglia con un modello shared component”.

Dal 2015 professionisti aziendali sono stati impegnati nell’indagine epidemiologica avviata presso il Centro Salute e Ambiente regionale che con atto del 2013³⁰ ad oggetto “Piano straordinario Salute e Ambiente - Centro Salute e Ambiente in Taranto, approvazione ulteriori linee di intervento”, ha ampliato le azioni di intervento anche a Brindisi, in quanto area ad elevato rischio di crisi ambientale e sito di interesse nazionale per le bonifiche.

Lo studio di coorte residenziale, guidato dal dott. Forastiere del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, come da convenzione del 2014 con la Regione Puglia, comprende i Comuni di Brindisi, Carovigno, San Vito dei Normanni, Mesagne, San Pietro Vernotico, Torchiarolo, Cellino San Marco. Lo studio di coorte è uno degli strumenti di indagine utilizzati dall’epidemiologia analitica: confrontano le frequenze di mortalità e/o di incidenza di specifiche malattie in differenti popolazioni esposte (e non esposte).

²⁹ Deliberazione ASL BR n. 707/2011

³⁰ DGR n. 2334/2013

Ricerca

Molti professionisti dell'Azienda Sanitaria di Brindisi sono impegnati in attività di ricerca clinica in diversi ambiti, nonostante il notevole carico di lavoro di assistenza gravi su un numero inadeguato di persone. L'elenco che segue, censito tramite il sito www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, la biblioteca medica del governo USA, comprende le pubblicazioni avvenute su riviste che accettano lavori col metodo della "peer review", che hanno superato quindi un esame di qualità. Tuttavia l'elenco potrebbe essere incompleto perché lavori cooperativi con altre istituzioni potrebbero non riportare nella catalogazione della banca dati tutte le istituzioni partecipanti.

Pubblicazioni 2014

Relationship between global pulse wave velocity and diastolic dysfunction in postmenopausal women.

Palmiero P, Maiello M, Daly DD, Zito A, Ciccone MM, Nanda NC
[Int J Clin Exp Med.](#) 2014 Dec 15;7(12):5629-35

Low level tumor necrosis factor-alpha protects cardiomyocytes against high level tumor necrosis factor-alpha: brief insight into a beneficial paradox.

Cacciapaglia F, Salvatorelli E, Minotti G, Afeltra A, Menna P.
[Cardiovasc Toxicol.](#) 2014 Dec;14(4):387-92

BMI variation increases recurrence risk in women with early-stage breast cancer.

Fedele P, Orlando L, Schiavone P, Quaranta A, Lapolla AM, De Pasquale M, Ardizzone A, Bria E, Sperduti I, Calvani N, Marino A, Caliolo C, Mazzoni E, Cinieri S.
[Future Oncol.](#) 2014 Dec;10(15):2459-68.

Bendamustine plus rituximab for relapsed or refractory diffuse large B cell lymphoma: a retrospective analysis.

Merchionne F, Quintana G, Gaudio F, Minoia C, Specchia G, Guarini A, Quarta G, Pavone V, Melpignano A
[Leuk Res.](#) 2014 Dec;38(12):1446-50

Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients.

Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V, Mattioli V
[Front Psychol.](#) 2014 Nov 20;5:1342

Lipid profile of rheumatoid arthritis patients treated with anti-tumor necrosis factor-alpha drugs changes according to disease activity and predicts clinical response.

Cacciapaglia F, Anelli MG, Rinaldi A, Serafino L, Covelli M, Scioscia C, Iannone F, Lapadula G.
[Drug Dev Res.](#) 2014 Nov;75 Suppl 1:S77-80

The use of an interferon-gamma release assay as a biomarker of response to anti-TNF-alpha treatment.

Cacciapaglia F, Buzzulini F, Arcarese L, Ferraro E, Afeltra A.
[Drug Dev Res.](#) 2014 Nov;75 Suppl 1:S50-3

Epithelioid hemangioendothelioma: an overview and update on a rare vascular tumor.

Sardaro A, Bardoscia L, Petruzzelli MF, Portaluri M

[Oncol Rev.](#) 2014 Oct 13;8(2):259

Challenges and opportunities of microRNAs in lymphomas.

De Tullio G, De Fazio V, Sgherza N, Minoia C, Serrati S, Merchionne F, Loseto G, Iacobazzi A, Rana A, Petrillo P, Silvestris N, Iacopino P, Guarini A

[Molecules.](#) 2014 Sep 17;19(9):14723-81

Clinical activity of FOLFIRI plus cetuximab according to extended gene mutation status by next-generation sequencing: findings from the CAPRI-GOIM trial.

Ciardello F, Normanno N, Maiello E, Martinelli E, Troiani T, Pisconti S, Giuliani F, Barone C, Carteni G, Rachiglio AM, Montesarchio V, Tonini G, Rizzi D, Cinieri S, Bordonaro R, Febbraro A, De Vita F, Orditura M, Fenizia F, Lambiase M, Rinaldi A, Tatangelo F, Botti G, Colucci G

[Ann Oncol.](#) 2014 Sep;25(9):1756-61

Levothyroxine liquid solution versus tablet for replacement treatment in hypothyroid patients.

Negro R, Valcavi R, Agrimi D, Toulis KA.

[Endocr Pract.](#) 2014 Sep;20(9):901-6

Cardiovascular health in migrants: current status and issues for prevention. A collaborative multidisciplinary task force report.

Modesti PA, Bianchi S, Borghi C, Cameli M, Capasso G, Ceriello A, Ciccone MM, Germanò G, Maiello M, Muiesan ML, Novo S, Padeletti L, Palmiero P, Pillon S, Rotella CM, Saba PS, Scicchitano P, Trimarco B, Volpe M, Pedrinelli R, Di Biase M; Societa' Italiana di Cardiologia (SIC); Societa' Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA); Societa' Italiana di Medicina Interna (SIMI); Societa' Italiana di Nefrologia (SIN); Associazione Medici Diabetologi (AMD); Associazione Italiana Aritmia e Cardiostimolazione (AIAC); Società Italiana dell'Obesità (SIO); Societa' Italiana di Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC); Osservatorio Nazionale della Sanità Elettronica e Telemedicina (ONSET).

[J Cardiovasc Med \(Hagerstown\).](#) 2014 Sep;15(9):683-92

Diffuse axonal injury with selective involvement of the corticospinal tract. A diffusion tensor imaging case study.

Tavanti F, Coppola V, Romano A, Beccia M, Giuliani G, Pierallini A, Bozzao A

[Neuroradiol J.](#) 2014 Sep;27(4):397-9

Changes over time in delivery room management of extremely low birth weight infants in Italy.

Trevisanuto D, Satariano I, Doglioni N, Criscoli G, Cavallin F, Gizzi C, Martano C, Ciralli F, Torielli F, Villani PE, Di Fabio S, Quartulli L, Giannini L; Neonatal Resuscitation Study Group, Italian Society of Neonatology.

[Resuscitation.](#) 2014 Aug;85(8):1072-6

Vaccination for seasonal influenza in patients with cancer: recommendations of the Italian Society of Medical Oncology (AIOM).

Pedrazzoli P, Baldanti F, Donatelli I, Castrucci MR, Puglisi F, Silvestris N, Cinieri S; Italian Society of Medical Oncology

[Ann Oncol.](#) 2014 Jun;25(6):1243-7

Efficacy of adalimumab in young children with juvenile idiopathic arthritis and chronic uveitis: a case series.

La Torre F, Cattalini M, Teruzzi B, Meini A, Moramarco F, Iannone F.
[BMC Res Notes](#). 2014 May 24;7:316

Results of a multicenter, controlled, randomized clinical trial evaluating the combination of piperacillin/tazobactam and tigecycline in high-risk hematologic patients with cancer with febrile neutropenia.

Bucaneve G, Micozzi A, Picardi M, Ballanti S, Cascavilla N, Salutari P, Specchia G, Fanci R, Luppi M, Cudillo L, Cantaffa R, Milone G, Bocchia M, Martinelli G, Offidani M, Chierichini A, Fabbiano F, Quarta G, Primon V, Martino B, Manna A, Zuffa E, Ferrari A, Gentile G, Foà R, Del Favero A
[J Clin Oncol](#). 2014 May 10;32(14):1463-71

Activity and toxicity profiles of the combinations bendamustine-lenalidomide-dexamethasone and bendamustine-bortezomib-dexamethasone for advanced stage multiple myeloma.

Mele G, Spina A, Guaragna G, Giannotta A, Melpignano A, Quarta G.
[Leuk Lymphoma](#). 2014 May;55(5):1191-3

Biweekly combination of trastuzumab, docetaxel and gemcitabine for HER2-positive metastatic breast cancer: results of a Phase II GOIM study.

Orlando L, Giotta F, Lorusso V, De Vita F, Filippelli G, Maiello E, Riccardi F, Pappagallo GL, Fedele P, Gebbia N, Verderame F, Barni S, Blasi L, Pisconti S, Colucci G, Cinieri S.
[Future Oncol](#). 2014 Apr;10(5):725-33

Cutaneous targets in drug-induced reactions.

Filotico R, Mastrandrea V.
[G Ital Dermatol Venereol](#). 2014 Apr;149(2):227-35

Carboplatin plus paclitaxel once a week versus every 3 weeks in patients with advanced ovarian cancer (MITO-7): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial.

Pignata S, Scambia G, Katsaros D, Gallo C, Pujade-Lauraine E, De Placido S, Bologna A, Weber B, Raspagliesi F, Panici PB, Cormio G, Sorio R, Cavazzini MG, Ferrandina G, Breda E, Murgia V, Sacco C, Cinieri S, Salutari V, Ricci C, Pisano C, Greggi S, Lauria R, Lorusso D, Marchetti C, Selvaggi L, Signoriello S, Piccirillo MC, Di Maio M Perrone F; Multicentre Italian Trials in Ovarian cancer (MITO-7); Groupe d'Investigateurs Nationaux pour l'Etude des Cancers Ovariens et du sein (GINECO); Mario Negri Gynecologic Oncology (MaNGO); European Network of Gynaecological Oncological Trial Groups (ENGOT-OV-10); Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) Investigators
[Lancet Oncol](#). 2014 Apr;15(4):396-405

Rationale and design of MILES-3 and MILES-4 studies: two randomized phase 3 trials comparing single-agent chemotherapy versus cisplatin-based doublets in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer.

Gridelli C, Rossi A, Di Maio M, Leo S, Filipazzi V, Favaretto AG, Burgio MA, Cinieri S, Bianco R, Ciardiello F, Cavanna L, Bordonaro R, Costanzo R, Sandomenico C, Gallo C, Perrone F, Morabito A.
[Clin Lung Cancer](#). 2014 Mar;15(2):166-70

The clinical and molecular characterization of patients with dysghormonogenic congenital hypothyroidism reveals specific diagnostic clues for DUOX2 defects.

Muzza M, Rabbiosi S, Vigone MC, Zamproni I, Cirello V, Maffini MA, Maruca K, Schoenmakers N, Beccaria L, Gallo F, Park SM, Beck-Peccoz P, Persani L, Weber G, Fugazzola L.

[J Clin Endocrinol Metab.](#) 2014 Mar;99(3):E544-53

Prevalence and risk factors for pulmonary arterial hypertension in a large group of β -thalassemia patients using right heart catheterization: a Webthal study.

Derchi G, Galanello R, Bina P, Cappellini MD, Piga A, Lai ME, Quarta A, Casu G, Perrotta S, Pinto V, Musallam KM, Forni GL; Webthal Pulmonary Arterial Hypertension Group.

[Circulation.](#) 2014 Jan 21;129(3):338-45

How aortic stiffness in postmenopausal women is related to common cardiovascular risk factors.

Maiello M, Zito A, Ciccone MM, Palmiero P

[Cardiol Res Pract.](#) 2014;2014:216080

Congenital anomalies among live births in a high environmental risk area--a case-control study in Brindisi (southern Italy).

Gianicolo EA, Mangia C, Cervino M, Bruni A, Andreassi MG, Latini G

[Environ Res.](#) 2014 Jan;128:9-14

Increased risk of osteoporosis in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus: a three-year longitudinal study with phalangeal QUS measurements.

Neglia C, Agnello N, Argentiero A, Chitano G, Quarta G, Bortone I, Della Rosa G, Caretto A, Distante A, Colao A, Di Somma C, Migliore A, Auriemma RS, Piscitelli P

[J Biol Regul Homeost Agents.](#) 2014 Oct-Dec;28(4):733-41

Pre- plus postnatal exposures to di-(2-ethylhexyl)-phthalate and thyroid dysfunction in prematurely born children.

Latini G, Gallo F, Dipaola L, De Angelis S, Olivieri A.

[J Endocrinol Invest.](#) 2014 Jan;37(1):97-8

Pubblicazioni 2015

The controversial relationship between exercise and atrial fibrillation: clinical studies and pathophysiological mechanisms.

D'Ascenzi F, Cameli M, Ciccone MM, Maiello M, Modesti PA, Mondillo S, Muiesan ML, Scicchitano P, Novo S, Palmiero P, Saba PS, Pedrinelli R; Gruppo di Studio Ipertensione, Prevenzione e Riabilitazione, Società Italiana di Cardiologia.

[J Cardiovasc Med \(Hagerstown\).](#) 2015 Dec;16(12):802-10

Canakinumab efficacy and long-term tocilizumab administration in tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome (TRAPS).

La Torre F, Muratore M, Vitale A, Moramarco F, Quarta L, Cantarini L

[Rheumatol Int.](#) 2015 Nov;35(11):1943-7

Myocardial fibrosis by late gadolinium enhancement cardiac magnetic resonance and hepatitis C virus infection in thalassemia major patients.

Pepe A, Meloni A, Borsellino Z, Cuccia L, Borgna-Pignatti C, Maggio A, Restaino G, Gagliardotto F, Caruso V, Spasiano A, Filosa A, Centra M, D'Ascola D, Quarta A, Peluso A, Midiri M, Rossi G, Positano V, Capra M.

[J Cardiovasc Med \(Hagerstown\)](#). 2015 Oct;16(10):689-95

Evaluation and management of hemorrhoids: Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement.

Trompetto M, Clerico G, Cocorullo GF, Giordano P, Marino F, Martellucci J, Milito G, Mistrangelo M, Ratto C

[Tech Coloproctol](#). 2015 Oct;19(10):567-75

Managing chronic myeloid leukaemia in the elderly with intermittent imatinib treatment.

Russo D, Malagola M, Skert C, Cancelli V, Turri D, Pregno P, Bergamaschi M, Fogli M, Testoni N, De Vivo A, Castagnetti F, Pungolino E, Stagno F, Breccia M, Martino B, Intermesoli T, Cambrin GR, Nicolini G, Abruzzese E, Tiribelli M, Bigazzi C, Usala E, Russo S, Russo-Rossi A, Lunghi M, Bocchia M, D'Emilio A, Santini V, Girasoli M, Lorenzo RD, Bernardi S, Palma AD, Cesana BM, Soverini S, Martinelli G, Rosti G, Baccarani M.

[Blood Cancer J](#). 2015 Sep 18;5:e347.

Azacitidine in the treatment of older patients affected by acute myeloid leukemia: A report by the Rete Ematologica Pugliese (REP).

Delia M, Carluccio P, Buquicchio C, Vergine C, Greco G, Amurri B, Melpignano A, Melillo L, Cascavilla N, Guarini A, Capalbo S, Tarantini G, Mazza P, Pavone V, Di Renzo N, Specchia G.

[Leuk Res](#). 2015 Aug 20. pii: S0145-2126(15)30358-1

Multiparametric Cardiac Magnetic Resonance Survey in Children With Thalassemia Major: A Multicenter Study.

Casale M, Meloni A, Filosa A, Cuccia L, Caruso V, Palazzi G, Gamberini MR, Pitrolo L, Putti MC, D'Ascola DG, Casini T, Quarta A, Maggio A, Neri MG, Positano V, Salvatori C, Toia P, Valeri G, Midiri M, Pepe A.

[Circ Cardiovasc Imaging](#). 2015 Aug;8(8):e003230

Evaluating reporting and process quality of publications on UNHS: a systematic review of programmes.

Mincarone P, Leo CG, Sabina S, Costantini D, Cozzolino F, Wong JB, Latini G

[BMC Pediatr](#). 2015 Jul 22;15:86

Cisplatin/Pemetrexed Followed by Maintenance Pemetrexed Versus Carboplatin/Paclitaxel/Bevacizumab Followed by Maintenance Bevacizumab in Advanced Nonsquamous Lung Cancer: The GOIM (Gruppo Oncologico Italia Meridionale) ERACLE Phase III Randomized Trial.

Galetta D, Cinieri S, Pisconti S, Gebbia V, Morabito A, Borsellino N, Maiello E, Febraro A, Catino A, Rizzo P, Montrone M, Misino A, Logroscino A, Rizzi D, Di Maio M, Colucci G.

[Clin Lung Cancer](#). 2015 Jul;16(4):262-73

Pregnancy in end-stage renal disease patients on dialysis: how to achieve a successful delivery.

Manisco G, Potì M, Maggiulli G, Di Tullio M, Losappio V, Vernaglione L.

[Clin Kidney J](#). 2015 Jun;8(3):293-9

Recent advances in the treatment of hormone receptor positive HER2 negative metastatic breast cancer.

Fedele P, Orlando L, Schiavone P, Calvani N, Caliolo C, Quaranta A, Nacci A, Cinieri S
[Crit Rev Oncol Hematol](#). 2015 Jun;94(3):291-301

Prevalence of beta and gamma human papillomaviruses in the anal canal of men who have sex with men is influenced by HIV status.

Torres M, Gheit T, McKay-Chopin S, Rodríguez C, Romero JD, Filotico R, Doná MG, Ortiz M, Tommasino M
[J Clin Virol](#). 2015 Jun;67:47-51

Prognostic factors in patients receiving third line targeted therapy for metastatic renal cell carcinoma.

Iacovelli R, Farcomeni A, Sternberg CN, Carteni G, Milella M, Santoni M, Cerbone L, Di Lorenzo G, Verzoni E, Ortega C, Sabbatini R, Ricotta R, Messina C, Lorusso V, Atzori F, De Vincenzo F, Sacco C, Boccardo F, Valduga F, Massari F, Baldazzi V, Cinieri S, Mosca A, Maria Ruggeri E, Berruti A, Procopio G
[J Urol](#). 2015 Jun;193(6):1905-10

Suboptimal Micronutrient Intake among Children in Europe.

Kaganov B, Caroli M, Mazur A, Singhal A, Vania A.
[Nutrients](#). 2015 May 13;7(5):3524-35

Hypofractionated Dose Escalated 3D Conformal Radiotherapy for Prostate Cancer: Outcomes from a Mono-Institutional Phase II Study.

Tramacere F, Arcangeli S, Pignatelli A, Castagna R, Portaluri M
[Anticancer Res](#). 2015 May;35(5):3049-54.

Immediate-type hypersensitivity reaction to Mannitol as drug excipient (E421): a case report.

Calogiuri GF, Muratore L, Nettis E, Casto AM, Di Leo E, Vacca A
[Eur Ann Allergy Clin Immunol](#). 2015 May;47(3):99-102.

Severe obesity prevalence in 8- to 9-year-old Italian children: a large population-based study.

Lombardo FL, Spinelli A, Lazzeri G, Lamberti A, Mazzarella G, Nardone P, Pilato V, Buoncristiano M, Caroli M; OKkio alla SALUTE Group 2010.
[Eur J Clin Nutr](#). 2015 May;69(5):603-8

An update on hypertensive emergencies and urgencies.

Muiesan ML, Salvetti M, Amadoro V, di Somma S, Perlini S, Semplicini A, Borghi C, Volpe M, Saba PS, Cameli M, Ciccone MM, Maiello M, Modesti PA, Novo S, Palmiero P, Scicchitano P, Rosei EA, Pedrinelli R; Working Group on Hypertension, Prevention, Rehabilitation of the Italian Society of Cardiology, the Societa' Italiana dell'Ipertensione Arteriosa.
[J Cardiovasc Med \(Hagerstown\)](#). 2015 May;16(5):372-82

Pazopanib plus weekly paclitaxel versus weekly paclitaxel alone for platinum-resistant or platinum-refractory advanced ovarian cancer (MITO 11): a randomised, open-label, phase 2 trial.

Pignata S, Lorusso D, Scambia G, Sambataro D, Tamperi S, Cinieri S, Mosconi AM, Orditura

M, Brandes AA, Arcangeli V, Panici PB, Pisano C, Cecere SC, Di Napoli M, Raspagliesi F, Maltese G, Salutari V, Ricci C, Daniele G, Piccirillo MC, Di Maio M, Gallo C, Perrone F; MITO 11 investigators.

[Lancet Oncol.](#) 2015 May;16(5):561-8

Is the localized seminal plasma hypersensitivity the mucosal aspect of protein contact dermatitis?

Calogiuri G, Nettis E, DiLeo E, Foti C, Vacca A

[J Allergy Clin Immunol.](#) 2015 Apr;135(4):1090-1

Tumour necrosis factor alpha inhibitor therapy and rehabilitation for the treatment of ankylosing spondylitis: a systematic review.

Lubrano E, Spadaro A, Amato G, Benucci M, Cavazzana I, Chimenti MS, Ciancio G, D'Alessandro G, Angelis RD, Lupoli S, Lurati AM, Naclerio C, Russo R, Semeraro A, Tomietto P, Zuccaro C, De Marco G

[Semin Arthritis Rheum.](#) 2015 Apr;44(5):542-50

Left ventricular diastolic function in hypertension: methodological considerations and clinical implications.

Palmiero P, Zito A, Maiello M, Cameli M, Modesti PA, Muiesan ML, Novo S, Saba PS, Scicchitano P, Pedrinelli R, Ciccone MM

[J Clin Med Res.](#) 2015 Mar;7(3):137-44

Real world" outcome of lenalidomide plus dexamethasone in the setting of recurrent and refractory multiple myeloma: extended follow-up of a retrospective multicenter study by the "rete ematologica pugliese.

Mele G, Melpignano A, Quarta G, Palumbo G, Capalbo S, Falcone A, Cascavilla N, Palazzo G, Mazza P, Iannitto E, Curci P, Rizzi R, Specchia G, Rossini B, Pavone V, Ria R, Vacca A, Buquicchio C, Tarantini G, Minoia C, Guarini A, Ditunno P, Polimeno G, Reddiconto G, Di Renzo N

[Leuk Res.](#) 2015 Mar;39(3):279-83

Ranking of factors determining potassium mass balance in bicarbonate haemodialysis.

Basile C, Libutti P, Lisi P, Teutonico A, Vernaglione L, Casucci F, Lomonte C

[Nephrol Dial Transplant.](#) 2015 Mar;30(3):505-13

Healthcare Work and Organizational Interventions to Prevent Work-related Stress in Brindisi, Italy.

d'Ettorre G, Greco M

[Saf Health Work.](#) 2015 Mar;6(1):35-8.

Di-(2-ethylhexyl) phthalate metabolites in urine show age-related changes and associations with adiposity and parameters of insulin sensitivity in childhood.

Smerieri A, Testa C, Lazzeroni P, Nuti F, Grossi E, Cesari S, Montanini L, Latini G, Bernasconi S, Papini AM, Street ME

[PLoS One.](#) 2015 Feb 23;10(2):e0117831

Early-onset sarcoidosis caused by a rare CARD15/NOD2 de novo mutation and responsive to infliximab: a case report with long-term follow-up and review of the literature.

La Torre F, Lapadula G, Cantarini L, Lucherini OM, Iannone F.

[Clin Rheumatol](#). 2015 Feb;34(2):391-5.

Optimal time-points for minimal residual disease monitoring change on the basis of the method used in patients with acute myeloid leukemia who underwent allogeneic stem cell transplantation: a comparison between multiparameter flow cytometry and Wilms' tumor 1 expression.

Rossi G, Carella AM, Minervini MM, di Nardo F, Waure Cd, Greco MM, Merla E, Cillis GP, Di Renzo N, Melpignano A, Capalbo S, Palumbo G, Pisapia G, Cascavilla N.

[Leuk Res](#). 2015 Feb;39(2):138-43

Cortical responses to salient nociceptive and not nociceptive stimuli in vegetative and minimal conscious state.

de Tommaso M, Navarro J, Lanzillotti C, Ricci K, Buonocunto F, Livrea P, Lancioni GE.

[Front Hum Neurosci](#). 2015 Jan 29;9:17

Azacitidine in the front-line treatment of therapy-related myeloid neoplasms: a multicenter case series.

Minoia C, Sgherza N, Loseto G, Greco G, Buquicchio C, Merchionne F, Toldo C, Galise I, Melpignano A, Tarantini G, Pavone V, Guarini A

[Anticancer Res](#). 2015 Jan;35(1):461-6

Can Variability of Pattern ERG Signal Help to Detect Retinal Ganglion Cells Dysfunction in Glaucomatous Eyes?

Mavilio A, Scrimieri F, Errico D.

[Biomed Res Int](#). 2015;2015:571314.

Varicella-zoster virus infection in rheumatoid arthritis patients in the anti-tumour necrosis factor era.

Cacciapaglia F, Zuccaro C, Iannone F.

[Clin Exp Rheumatol](#). 2015 Nov-Dec;33(6):917-23

Italian multicenter phase III randomized study of cisplatin-etoposide with or without bevacizumab as first-line treatment in extensive stage small cell lung cancer: treatment rationale and protocol design of the GOIRC-AIFA FARM6PMFJM trial.

Tiseo M, Boni L, Ambrosio F, Camerini A, Vitale MG, Baldini E, Cinieri S, Zanelli F, Defraia E, Passalacqua R, Crino L, Dazzi C, Tibaldi C, Turolla GM, D'Alessandro V, Zilembo N, Riccardi F, Ardizzoni A; Gruppo Oncologico Italiano di Ricerca Clinica (GOIRC).

[Clin Lung Cancer](#). 2015 Jan;16(1):67-70

Kinetics of B-type natriuretic peptide plasma levels in patients with left-sided breast cancer treated with radiation therapy: Results after one-year follow-up.

D'Errico MP, Petruzzelli MF, Gianicolo EA, Grimaldi L, Loliva F, Tramacere F, Andreassi MG, Pili G, Picano E, Portaluri M

[Int J Radiat Biol](#). 2015;91(10):804-9

Panitumumab after progression on cetuximab in KRAS wild-type metastatic colorectal cancer patients: a single institution experience.

Marino A, Caliolo C, Sponziello F, Nacci A, Quaranta A, Mazzoni E, Lutrino SE, Rizzo P, Calvani N, Orlando L, Schiavone P, Fedele P, D'Amico M, Chetri MC, Cinefra M, Ferrara P, Cinieri S.

[Tumori](#). 2015 Sep-Oct;101(5):524-8



4

RENDICONTO ECONOMICO

Fonti disponibili e modalità di impiego

Le fonti a disposizione della ASL di Brindisi (risorse/ricavi) sono utilizzate per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di seguito indicati:

ASSISTENZA COLLETTIVA: comprende i costi sostenuti dall'Azienda per l'attività di prevenzione erogata attraverso i servizi presenti all'interno del Dipartimento di Prevenzione: Servizio di Igiene e sanità pubblica (SISP), Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL), Servizio di Igiene e Assistenza Veterinaria (SIAV).

ASSISTENZA TERRITORIALE: comprende i costi dell'attività sanitaria erogata sul territorio ad esclusione dell'attività di prevenzione. Tali attività sono svolte attraverso l'utilizzo di strutture aziendali (ad esempio: Poliambulatori territoriali, Centri di Salute Mentale, Servizi per le Tossicodipendenze) o attraverso l'utilizzo di personale convenzionato o strutture provvisoriamente accreditate (medici di base, pediatri di libera scelta, farmacie convenzionate, specialisti accreditati, strutture specialistiche convenzionate). Include anche i costi erogati fisicamente nelle strutture ospedaliere, ma relativi all'assistenza territoriale, quali le attività specialistiche ambulatoriali erogate presso gli ospedali e le attività dei pronto soccorso. Include, inoltre, i costi di mobilità sanitaria passiva sostenuti per l'erogazione di servizi sanitari a favore degli assistiti residenti nella provincia di Brindisi, da parte di strutture sanitarie che si trovano al di fuori del territorio provinciale e che hanno diritto al rimborso.

ASSISTENZA OSPEDALIERA: comprende i costi dei ricoveri ospedalieri (inclusi i ricoveri in libera professione), i costi delle prestazioni erogate in regime di ricovero che vengono acquistate dalle case di cura accreditate con sede nel territorio della ASL. Include, inoltre, i costi di mobilità sanitaria passiva sostenuti per l'effettuazione di ricoveri a favore degli assistiti, al di fuori del territorio provinciale.

I ricavi della ASL di Brindisi sono costituiti per il 90% circa dalla quota del Fondo Sanitario erogata dalla Regione e per la parte restante da ricavi derivanti dalla mobilità attiva, dai proventi derivanti dal pagamento dei tickets da parte degli assistiti per l'ottenimento di talune prestazioni sanitarie erogate dalla ASL BR, dai proventi derivanti dalle prestazioni erogate da personale medico e sanitario in regime di intramoenia, da altre tipologie di proventi, da proventi di natura straordinaria nonché da costi capitalizzati.

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

La Giunta Regionale, attraverso la predisposizione del Documento di Indirizzo Economico Funzionale (D.I.E.F.), definisce i criteri di distribuzione del Fondo Sanitario Regionale delle Aziende sanitarie, tenendo conto degli indirizzi programmatici del Piano Sanitario Regionale.

Si precisa che l'ultimo D.I.E.F. elaborato dalla Regione Puglia è riferito all'anno 2014 ed è stato adottato con la Delibera di Giunta Regionale n. 867 del 2015.

Di seguito si riporta la composizione delle risorse (ricavi) per gli anni 2014 e 2015.

Struttura dei ricavi	2.015		2.014	
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.
Contributi in c/esercizio (1)	668.534	89,4	664.764	91,2
(1) di cui assegnazione indistinta	632.964	84,6	638.206	87,5
Rettifica contrib. in c/esercizio per destinazione ad invest.	- 2.417	- 0,3	- 1.883	
Mobilità attiva	35.349	4,7	35.389	4,9
Altri ricavi per prestazioni sanitarie	6.442	0,9	6.163	0,8
Attività libero professionale	2.761	0,4	2.829	0,4
Altri ricavi e recuperi di spesa	27.770	3,7	9.757	1,3
Costi capitalizzati	7.310	1,0	6.652	0,9
Totale Ricavi operativi	745.749	99,7	723.671	99,3
Proventi finanziari	22	0,0	490	0,1
Proventi straordinari	2.392	0,3	4.806	0,7
Totale Ricavi	748.163	100,0	728.967	100,0
Assistiti (1)	n.		n.	
	400.721		401.652	
Contributi indistinti per assistito	Euro		Euro	
Su residenti per la Regione	1.580		1.589	

Fonte: ISTAT popolazione al 01.01.2016 e al 01.01.2015
Elaborazione AGREF su dati Bilancio d'Esercizio 2015 e 2014

163

Il finanziamento riconosciuto dalla Regione Puglia alle singole ASL è erogato al netto dei saldi di mobilità sanitaria (cfr glossario), è così composto:

Descrizione		Bilancio 2015 (a)	Bilancio 2014 (b)	Differenza assoluta (a-b)	Differ. % (a-c)
(1)	Assegnazione indistinta	632.963.822	638.205.723	-5.241.901	-0,8
(2)	Mobilità Attiva Intraregionale	32.053.679	32.053.679	0	0,0
(3)	Mobilità Attiva Interegionale	3.295.501	3.295.501	0	0,0
(4)	Totale mobilità attiva (2)+(3)	35.349.180	35.349.180	0	0,0
(5)	Totale mobilità attiva e assegn. (4)+(1)	668.313.002	673.554.903	-5.241.901	-0,8
(6)	Mobilità Passiva Intraregionale	79.434.048	76.934.048	2.500.000	3,2
(7)	Mobilità Passiva Interegionale	25.696.068	25.696.068	0	0,0
(8)	Totale mobilità passiva (6)+(7)	105.130.116	102.630.116	2.500.000	2,4
(9)	Altre assegnazioni regionali	45.797.129	21.411.070	24.386.060	113,9
	Totale assegnazione netta (5)-(8)+(9)	608.980.015	592.335.856	16.644.159	2,8

Valori in €. - Fonti: Bilancio 2015 nota prot AOO_005/PROT/000255 del 10.05.2016 della Regione Puglia ad oggetto "Bilancio di Esercizio 2015:Assegnazioni, mobilità e rimborsi"; Bilancio 2014: DGR 867 del 29.04.2015 e Determinan. 28 del 18.05.2015 del Dirigente dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità ad oggetto "Integrazione assegnazione indistinta 2014 ASL Brindisi"

I saldi di mobilità si riferiscono al 2013 e non consentono, quindi, di rilevare tempestivamente l'effetto economico delle politiche sanitarie messe in atto nel 2014 e nel 2015.

4.2

Analisi degli impieghi delle fonti disponibili

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

L'analisi dei costi suddivisi per "natura" (ossia per tipologia di spesa) riportata nelle seguenti tabelle, evidenzia che circa un terzo dei costi sostenuti è relativo al costo per assistenza convenzionata (il 26,23 %). Questi ultimi sono sostenuti per il pagamento del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri, specialisti interni, ecc.), per il pagamento dei farmaci rimborsabili alle farmacie convenzionate e per il pagamento di tutte le altre prestazioni sanitarie erogate da strutture convenzionate. La seconda componente di costo significativa è quello relativo al personale dipendente (24,62%) al quale deve aggiungersi il costo per Irap (1,8%), in quanto nelle aziende pubbliche imposta calcolata sulle retribuzioni ed è quindi assimilabile ad onere accessorio, a cui segue il costo per materiali (pari al 15,80% determinato prevalentemente dall'acquisto di prodotti farmaceutici, diagnostici, presidi chirurgici, ecc.) e il costo per mobilità passiva (14,05%) sostenuto per tutte le prestazioni sanitarie erogate agli assistiti residenti nella provincia di Brindisi, da parte di quelle strutture sanitarie non di competenza dell'ASL BR.

La tabella seguente evidenzia in forma sintetica quanto esposto.

Struttura dei costi	2015		2014	
	Euro/000	% compos.	Euro/000	% compos.
Mobilità passiva	105.130	14,05	102.630	14,08
Assistenza convenzionata	196.230	26,23	194.857	26,73
Personale dipendente	184.164	24,62	183.556	25,18
Personale convenzionato interno	17.732	2,37	17.634	2,42
IRAP	13.301	1,78	13.364	1,83
Materiali	118.179	15,80	105.663	14,49
Servizi e oneri diversi di gestione	78.190	10,45	78.840	10,82
Attività libero professionale	2.118	0,28	2.377	0,33
Ammortamenti	10.130	1,35	10.305	1,41
Accantonamenti	16.322	2,18	9.985	1,37
Totale Costi operativi	741.495	99,13	719.212	98,66
Oneri finanziari	196	0,03	63	0,01
Oneri tributari	148	0,02	148	0,02
Oneri straordinari	6.177	0,83	9.544	1,31
Totale Costi	748.016	100,00	728.967	100,00
Assistiti (1)	n.		n.	
	400.721		401.652	
Costi per assistito	Euro		Euro	
Su residenti per la Regione	1.866,68		1.814,92	

Fonte: www.istat.it popolazione al 01.01.2016 e al 01.01.2015
Elaborazione AGREF su dati Bilancio d'Esercizio 2015 e 2014

I costi per “natura” della tabella precedente, classificati secondo le regole del codice civile, possono essere riclassificati anche per “destinazione” al fine di individuare come gli stessi sono stati “utilizzati” per erogare i livelli di assistenza (vedi tabella successiva).

Costi per destinazione	Conto economico 2015 Euro/000	Conto economico 2014 Euro/000
Ospedaliera	311.737	321.226
Diretta	232.326	241.595
Indiretta	1.513	1.733
Mobilità passiva	77.898	77.898
Territoriale	289.359	277.907
Distrettuale	238.051	229.383
Diretta	79.964	65.572
Indiretta	133.136	141.360
Mobilità passiva	24.951	22.451
Sovradistrettuale	51.308	48.524
Diretta	32.464	31.127
Indiretta	16.563	15.116
Mobilità passiva	2.281	2.281
Collettiva	19.333	16.607
Strutture centrali	77.244	58.307
Valori comuni azienda	50.344	54.920
TOTALE	748.016	728.967

4.3

Bilancio d'Esercizio

Il Bilancio d'esercizio dell'anno 2015 è stato adottato con delibera della ASL BR n. 853 del 16.05.2016, ed evidenzia un utile d'esercizio pari a euro/000 147. Il Bilancio d'esercizio 2014 è stato adottato con delibera dell'ASL BR n. 859 del 20.05.2015, ed evidenzia un pareggio di bilancio. E' opportuno evidenziare, preliminarmente che dal 2012 in poi i Bilanci d'esercizio della ASL BR sono stati chiusi sostanzialmente in pareggio come riportato nella tabella seguente.

	Bilancio 2011	Bilancio 2012	Bilancio 2013	Bilancio 2014	Bilancio 2015
Risultato d'esercizio	-35.959.016	-17.743	4.697	-	146.733

Il Bilancio d'esercizio è stato redatto nel rispetto della normativa civilistica vigente, della normativa nazionale e regionale vigente in materia. I Bilanci degli anni 2014 e 2015 sono stati sottoposti a verifica del "Collegio Sindacale", il quale ha espresso parere favorevole alla prosecuzione dell'iter per il conseguimento della relativa approvazione da parte dell'organo regionale competente.

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

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

I due schemi proposti di seguito espongono, in forma sintetica, gli schemi di bilancio (stato patrimoniale e conto economico) relativi all'anno 2015, comparati con i dati dell'anno 2014.

ATTIVO STATO PATRIMONIALE	2015 (euro/000)	2014 (euro/000)
Immobilizzazioni		
Immobilizzazioni immateriali	804	703
Immobilizzazioni materiali	124.215	119.191
Immobilizzazioni finanziarie	643	643
Totale immobilizzazioni	125.663	120.538
Attivo circolante		
Rimanenze	14.625	10.740
Crediti	137.943	94.482
Disponibilità liquide	38.804	79.253
Totale attivo circolante	191.371	184.475
Ratei e risconti	442	1.763
Totale attivo	317.476	306.775
Conti d'ordine	378	889

PASSIVO STATO PATRIMONIALE	2015 (euro/000)	2014 (euro/000)
Patrimonio netto	113.306	111.763
Fondo rischi ed oneri	30.107	24.732
Trattamento fine rapporto	2.935	2.733
Debiti	171.092	167.467
Regione e Provincia	1.298	1.392
Comuni	515	604
Aziende sanitarie pubbliche	988	1.700
Fornitori	115.023	119.649
Istituto tesoriere	-	-
Tributari	17.048	8.513
Istituti di previdenza	10.191	11.387
Altri debiti	26.028	24.222
Ratei e risconti	36	80
Totale passivo	204.170	195.012
Totale passivo + patrimonio netto	317.476	306.775
Conti d'ordine	377.884	889.097

Fonte: Bilancio d'Esercizio 2015

Sul fronte delle attività si deve segnalare un aumento dei crediti in particolare di quelli verso la Regione Puglia. Si evidenzia altresì un decremento delle disponibilità liquide, determinato dall'utilizzo delle disponibilità finanziarie, al fine di diminuire l'esposizione debitoria aziendale. Sul fronte delle passività si evidenzia un aumento dei debiti determinato da un lato da un aumento di dei debiti tributari (da attribuire al nuovo meccanismo di liquidazione

dell'IVA - split payment - introdotto con la Legge 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) che comunque sono versati all'erario nei primi 15 giorni del mese di gennaio e dall'altro alla diminuzione dei debiti verso fornitori - €/000 4.626. A tale diminuzione si accompagna un miglioramento dell'indice di tempestività dei pagamenti il cui valore è passato da 54 (dato riferito al 31.12.2014) a 36 (dato riferito al 31.12.2015).

Conto Economico	2015 (euro/000)	2014 (euro/000)
Valore della produzione	745.749	723.671
Beni	122.064	105.804
Servizi	396.805	393.731
Personale	183.945	183.307
Oneri diversi di gestione	2.450	2.429
Ammortamenti	10.130	10.305
Rimanenze	- 3.885	- 141
Svalutazione crediti	2.442	278
Accantonamenti	14.243	10.135
Totale costi della produzione	728.194	705.848
Proventi e oneri finanziari	- 174	427
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-
Proventi e oneri straordinari	- 3.785	- 4.738
Risultato prima delle imposte	13.596	13.513
Imposte e tasse	13.449	13.513
Utile/perdita di esercizio	147	- 0

Fonte: Bilancio d'esercizio 2015

Il Conto economico consuntivo 2015 evidenzia un utile di €/000 147, e si conferma pertanto la tendenza positiva che ha caratterizzato la gestione economica aziendale degli ultimi anni.

Come già detto, i ricavi 2015 sono determinati prevalentemente dalle assegnazioni regionali, la restante parte è determinata da:

- ricavi per mobilità sanitaria attiva (valori sostanzialmente costanti nel periodo 2014-2015) e derivante dai proventi per assistenza erogata dall'ASL BR ad assistiti residenti al di fuori del territorio della provincia di Brindisi;
- altri ricavi per prestazioni sanitarie: ossia dai proventi derivanti dalle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione, per le quali è previsto il pagamento da parte dell'utenza e dai proventi per tickets (valori sostanzialmente costanti nel periodo 2014-2015);
- proventi per attività libero professionale intramoenia (valori sostanzialmente costanti nel periodo 2014-2015). A tali ricavi sono correlati i costi dei fattori produttivi relativi, compresa la remunerazione del personale che ha partecipato all'erogazione delle suddette prestazioni;
- altri ricavi e recuperi di spesa il cui aumento rispetto al 2014 deriva dal recupero realizzato dall'ASL BR per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera e distrettuale da parte delle case farmaceutiche. Negli altri ricavi sono altresì compresi i proventi determinati prevalentemente dai ricavi derivanti dall'attività dell'Azienda agricola

“A. Melli”, di cui l’ASL Br è proprietaria per effetto di un vecchio lascito. Tale struttura è costituita per lo più da terreni agricoli, affidati in gestione ad una società specializzata del settore. La stessa struttura è stata oggetto della procedura di cartolarizzazione, relativa ai beni pubblici non strumentali di proprietà dell’ASL BR, avviata dalla Regione Puglia. Inoltre sono compresi negli altri proventi i Fitti attivi ed altri proventi immobiliari riferiti, prevalentemente, al canone di locazione corrisposto dalla Fondazione S. Raffaele per l’utilizzo della struttura del “Centro motulesi e neurolesi” di Ceglie Messapica ed al fitto fatturato all’Associazione Medea-Nostra Famiglia, per la locazione di un’ala dell’ex Azienda Ospedaliera Di Summa in cui è attiva una struttura riabilitativa con posti letto.

Con riferimento ai costi sostenuti nel 2015 si evidenzia che gli stessi sono composti da quelli generati da:

- i compensi corrisposti al personale dipendente (in aumento rispetto al 2014).
- i materiali ossia, per l’utilizzo dei beni di consumo impiegati per l’assistenza, sia ospedaliera che territoriale, all’utenza della ASL BR il cui aumento è stato rilevato prevalentemente per l’acquisto di prodotti farmaceutici. A tal proposito è necessario evidenziare che con deliberazione n. 539 del 20/03/2015 ad oggetto “Integrazione DGR 2834/2014. Riconoscimento dei Centri utilizzatori ai fini della prescrizione dei medicinali per il trattamento dell’HCV (epatite C cronica) a carico del SSN” la Giunta Regionale pugliese ha individuato l’U.O. di Malattie Infettive del P.O. “A. Perrino” di Brindisi, e l’U.O.C di Medicina Interna del P.O. di Ostuni, quali centri preposti alla prescrizione del medicinale per il trattamento dell’HCV. Tale disposizione, di grande importanza dal punto di vista sanitario, in quanto incide positivamente sulle condizioni di salute dei pazienti sottoposti al trattamento, ha determinato per il 2015 ulteriori costi per consumo di medicinali. E’ opportuno evidenziare che, al fine del contenimento di tali costi, quest’Amministrazione ha adottato un piano operativo per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa farmaceutica (Delibera n. 1081 del 01.07.2015).
- per assistenza farmaceutica convenzionata in calo rispetto al 2014.
- per assistenza ospedaliera erogata da strutture convenzionate e da altra assistenza erogata da strutture convenzionate (quali ad esempio laboratori analisi, centri radiologici, ecc.) in diminuzione rispetto al 2014.
- per assistenza riabilitativa e territoriale per DSM ed anziani e dall’assistenza domiciliare integrata che registrano un aumento rispetto al 2014 per effetto di una maggiore assistenza erogata sul territorio. Si ritiene, tuttavia, che tale tendenza, specie per l’assistenza domiciliare integrata, possa avere impatti positivi sull’assistenza ospedaliera in quanto evita il ricovero nei casi di patologie che possono essere curate a domicilio.
- per l’assistenza protesica da strutture private e per rimborso ad assistiti il cui valore, in aumento, è determinato dalle istanze di rimborso presentate dagli assistiti aventi diritto (sono compresi i contributi erogati ai malati di SLA, gli indennizzi corrisposti ai soggetti danneggiati di cui alla L.210/92 ed i contributi e sussidi per i disabili psichici).
- per mobilità passiva ossia dei costi dei residenti della provincia di Brindisi che sono stati assistiti da strutture non appartenenti alla ASL BR.
- per servizi e oneri di gestione, che comprende i costi per servizi appaltati (pulizia, mensa, manutenzioni, ecc..) in diminuzione rispetto al 2014.

4.4

Analisi dei costi sostenuti per livello di assistenza

Le risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda vengono impiegate nell'acquisto dei fattori produttivi (beni, servizi, personale, ecc.) necessari per garantire all'utenza l'erogazione dei servizi sanitari. La Regione Puglia stabilisce attraverso il DIEF come destinare le risorse assegnate ad ogni azienda sanitaria nei vari livelli di assistenza. In particolare, per l'anno 2015 e 2014 è stato previsto di destinare il 44% delle risorse all'assistenza ospedaliera, il 51% all'assistenza territoriale ed il 5% all'assistenza collettiva (attività di prevenzione).

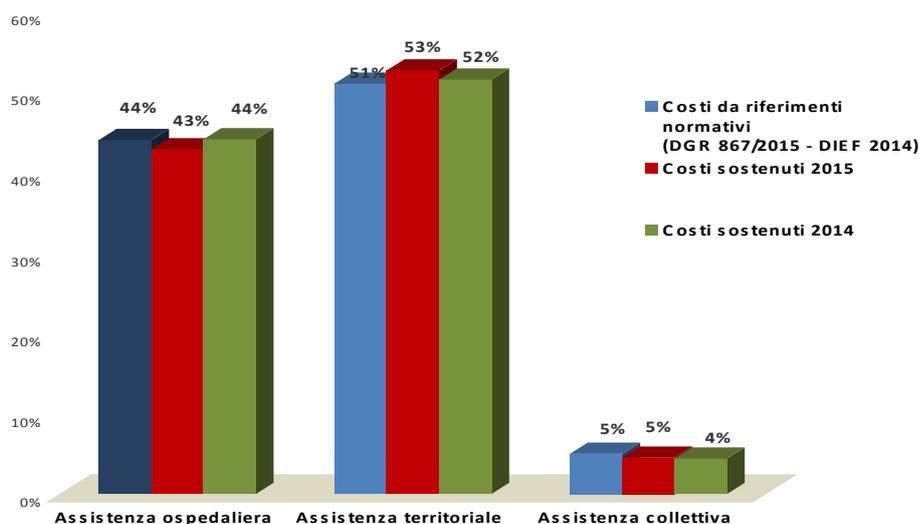
La tabella successiva, unitamente al grafico sottostante, confronta per gli anni 2014 e 2015, i costi effettivamente sostenuti per livello di assistenza, con i costi che si sarebbero dovuti sostenere, secondo i riferimenti normativi indicati nel Dief 2014.

Costi totali per livello di assistenza

	Esercizio 2015				Esercizio 2014			
	Costi da riferim. normativi		Costi sostenuti		Costi da riferim. normativi		Costi sostenuti	
	% comp.	Euro/000	% comp.	Euro/000	% comp.	Euro/000	% comp.	Euro/000
Assistenza ospedaliera	44%	327.991	43%	319.345	44%	319.491	44%	320.136
Assistenza territoriale	51%	380.171	53%	392.438	51%	370.320	52%	374.109
Assistenza collettiva	5%	37.272	5%	33.651	5%	36.306	4%	31.872
Totale	100	745.434	100	745.434	100	726.117	100	726.117

Fonte: Modello LA 2014 e 2015

Grafico Costi da riferimenti normativi e costi reali con ribaltamento per livello di assistenza



Il grafico sopra riportato evidenzia che i valori sono tutto sommato in linea con le ripartizioni stabilite dalla Delibera di Giunta Regionale n. 867 del 2015 (DIEF 2014).

Come specificato nel paragrafo precedente le risorse finanziarie vengono impiegate dall'Azienda per l'acquisto dei fattori produttivi che sono necessari al suo funzionamento e mirato al raggiungimento degli obiettivi gestionale.

L'approvvigionamento di beni e servizi produce una serie di effetti nella sfera di interesse dei vari stakeholders che gravitano intorno alla "vita" della ASL di Brindisi. Nella tabella che segue si evidenzia la distribuzione del costo della produzione (ossia il costo per l'acquisto di fattori produttivi impiegati nello svolgimento dell'attività ordinaria dalla ASL BR) tra i suddetti stakeholders.

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

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

171

Costo della produzione per Stakeholders (valori in euro/000) - confronto 2014 - 2015

	2014		2015	
	Valori in €/000	% d'incidenza	Valori in €/000	% d'incidenza
Risorse umane	189.551	26,85	190.033	26,10
Fornitori	235.813	33,41	248.069	34,07
Farmacie	70.987	10,06	70.966	9,75
Utenti	110.254	15,62	113.300	15,56
Medici convenzionati	56.182	7,96	57.110	7,84
Strutture convenzionate	40.692	5,77	43.377	5,96
Pubblica Amministrazione	2.086	0,30	5.085	0,70
Associazioni di volontariato	282	0,04	254	0,03
Totale	705.848	100,00	728.194	100,00

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

Il costo delle risorse umane è comprensivo degli oneri previdenziali.

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

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

4.6

Investimenti

Gli investimenti realizzati nel biennio 2014-2015, ossia l'acquisto di beni strumentali durevoli destinati al miglioramento della capacità assistenziale della Azienda, sono stati effettuati nell'ambito di una razionale e continua programmazione rivolta al rinnovamento-implementazione del parco di tecnologie sanitarie. A tal proposito nel biennio in esame quest'Azienda ha continuato ad effettuare gli interventi di cui al Programma Pluriennale di Attuazione (PPA) per il triennio 2007-2013 dell'Asse III del Programma Operativo (PO) FESR 2007-2013 "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale" che prevede una serie di interventi in sanità, già attivati dalla Regione Puglia e di conseguenza dalla ASL BR. Con riferimento a tale programma la Regione Puglia ha approvato lo schema di disciplinare per l'attuazione degli interventi per la linea di intervento 3.1 "Programma di interventi per la infrastrutturazione della sanità territoriale nei distretti socio-sanitari" e riguardanti sia interventi sugli immobili istituzionali della ASL BR che acquisti di attrezzature sanitarie.

Di seguito si riporta la tabella relativa agli investimenti effettuati nel 2015.

	Saldo al 31/12/2014	Acquisti	Riclassific. ad altre voci	Incrementi per rivalutaz.	Decrementi per svalutaz.	Alienazione Cessazione Capitalizz.	Saldo al 31/12/2015
	€/000	€/000	€/000	€/000	€/000	€/000	€/000
Costo storico	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(f=a+b+c+d+e+f)
Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	680.532	268.634					949.166
Migliorie su beni di terzi	561.505						561.505
Terreni disponibili	830.321						830.321
Fabbricati non strumentali (disponibili)	1.262.966						1.262.966
Fabbricati strumentali (indisponibili)	167.682.101	6.900					167.689.001
Impianti e macchinari	37.955.191	233.262					38.188.453
Attrezzature sanitarie e scientifiche	54.233.075	3.228.373					57.461.448
Mobili e arredi	13.861.963	137.754				- 23.249	13.976.467
Automezzi	1.575.132	208.205					1.783.337
Oggetti d'arte							-
Altre immobilizzazioni materiali	12.537.661	227.795				- 9.751	12.755.705
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	24.440.893	10.968.882					35.409.775
Totale	315.621.339	15.279.806	-	-	-	- 33.000	330.868.144

Si fornisce di seguito una sintetica descrizione dei principali acquisti effettuati nel corso del 2015.

Fabbricati Strumentali

Gli acquisti si riferiscono agli interventi di manutenzione straordinaria, effettuati sui fabbricati strumentali realizzati per il "miglioramento del bene". Si ricorda che quest'Azienda dispone di un patrimonio immobiliare particolarmente vetusto che determina continui interventi di manutenzione ordinaria finalizzati al mantenimento degli stessi in un buon stato d'uso.

Attrezzature sanitarie

Per quanto attiene al miglioramento della dotazione tecnologica sanitaria si rilevano acquisti pari ad euro/000 3.228 per l'acquisizione di attrezzature sanitarie. Si riportano i principali interventi:

- Fornitura di un tomografo a risonanza magnetica del P.O. Perrino (€/000 1.199);
- Acquisto attrezzature sanitarie per la neurochirurgia del P.O. Perrino (pari ad €/000 246);
- Fornitura di un ecografo modello IE33 per la cardiologia del P.O. Perrino (pari ad €/000 167);
- Riscatto del sistema ris pacs di radiologia (pari ad €/000 120);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per Otorinolaringoiatria P.O. Perrino (pari ad €/000 102);
- Acquisto di attrezzature per il P.O. di Francavilla Fontana (pari ad €/000 80);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per le Anestesi (€/000 182);
- Acquisto di comunicatore oculare ad alta tecnologia per assistiti affetti da SLA (€/000 45);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per la Neurochirurgia del P.O. Perrino (€/000 72);
- Acquisto di attrezzature sanitarie per la Chirurgia Generale e per la Cardiologia del P.O. Perrino (€/000 106);
- Altre attrezzature e strumentario sanitario destinato prevalentemente agli Stabilimenti Ospedalieri.

Si evidenzia che i nuovi scenari scientifici aperti dalla ricerca in campo sanitario impongono alle aziende che operano in questo settore di dotarsi di tecnologie adeguati agli stessi. A tal proposito si sottolinea che spesso le risorse ricevute per gli acquisti in beni durevoli (cosiddetti beni in conto capitale) sono insufficienti per fronteggiare le esigenze sanitarie emergenti. Per tale motivo si è provveduto, nel biennio 2014-2015, ad effettuare gli investimenti ritenuti indifferibili, utilizzando i cosiddetti "mezzi propri" ossia le risorse indistinte erogate in conto esercizio dalla Regione Puglia con DIEF.

A) Acquisto cespiti	4.310.924
B) di cui finanziati	2.630.410
C) Acquisti cespiti al netto dei finanziamenti (A-B)	1.680.513
D) Risorse economiche nette 2015	608.980.015
% Acquisti su Risorse Economiche nette indistinte C/D)	0,28

Valori in euro/000 - Fonte: Bilancio d'Esercizio 2015

In alcuni casi, inoltre, per le attrezzature sanitarie soggette a continuo aggiornamento tecnologico, ed in alternativa all'acquisto diretto, quest'azienda ha ritenuto più opportuno ricorrere allo strumento del noleggio, in modo da garantirsi il costante aggiornamento della tecnologia in dotazione.

Impianti e macchinari

Gli acquisti si riferiscono principalmente:

- agli interventi di ampliamento della rete LAN aziendale e per gli interventi di cablaggio di strutture varie dell'Azienda (€/000 74);
- agli interventi per lavori di adeguamento a norma degli impianti gas medicali dello S.O. di Fasano (€/000 41);
- agli interventi per la riqualificazione impiantistica - Realizzazione del telerilevamento su centrali di stoccaggio e distribuzione gas medicali (€/000 95);
- da esecuzione lavori per adeguamento impianti di elevazione del P.O. Perrino (€/000 60);
- da forniture di condizionatori c/o uffici del Distretto e del P.O. di Francavilla Fontana e della PUA di Brindisi (€/000 43)
- da svariati interventi non programmabili di importo inferiore ad €/000 10.

Altri Beni

Sono stati inoltre realizzati acquisti di mobili ed arredi, computer ad altri beni mobili necessari al fine di disporre di strutture amministrative maggiormente efficienti ed in linea con gli standard di funzionalità necessari. Sono stati realizzati, in particolare, acquisti per la Medicina Nucleare del P.O. Perrino (€/000 11) e per l'arredamento dei Poliambulatori del Distretto di Fasano (€/000 8) e diversi acquisti di piccolo importo.

Immobilizzazioni in corso e acconti

La voce esprime il valore degli interventi avviati per la riqualificazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie dell'Azienda e non ancora completati alla fine di ogni anno contabile. Tali interventi sono spesso effettuati utilizzando i finanziamenti ottenuti dalla ASL BR (Fondi FESR e fondi di cui all'art. 20 della legge 67/1988).



5

RAGGIUNGIMENTO
DEGLI OBIETTIVI

Raggiungimento degli obiettivi

Come illustrato nella prima parte del documento, 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.

Obiettivi specifici, che hanno orientato l'azione dell'Azienda, sono quelli individuati con atto Regionale di nomina del Direttore Generale, gli obiettivi annuali integrati e quelli contenuti nel Programma Operativo 2013-2015 emanato dalla Regione Puglia.

Scopo del presente capitolo è quello di presentare, in maniera molto sintetica, le attività intraprese in ordine ai principali obiettivi prefissati (D.G.R. n. 1295/2015), attraverso un'esposizione organica e razionale, coerente con il contenuto delle disposizioni regionali.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è stato fissato con Determinazione regionale n. 17/2016 secondo i seguenti criteri:

- *Raggiunto*: se il valore percentuale di conseguimento risulta pari al 100%
- *Parzialmente raggiunto*: se il valore percentuale è compreso tra il 60% e il 99%
- *Non raggiunto*: se il valore percentuale è inferiore al 60%

●1. OBIETTIVO GENERALE: POTENZIAMENTO DELLA QUALITÀ, EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Obiettivi specifici: a) miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, b) riduzione del ricorso al parto cesareo, c) miglioramento della qualità dell'assistenza, d) incremento complessità casistica

e) incremento dell'efficienza assistenziale.

Attività svolta: a) miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (Rapporto tra DRG non appropriati e DRG non a rischio in appropriatezza; % DRG ad alto rischio in appropriatezza trasferiti in Day service; Potenziamento controlli appropriatezza), b) riduzione del ricorso al parto cesareo, c) miglioramento della qualità dell'assistenza (n° ricoveri pazienti con età maggiore 65 anni ed intervento di frattura di femore eseguito entro 2 giorni), d) incremento complessità casistica, e) incremento dell'efficienza assistenziale (degenza media pre-operatoria).

Struttura referente: Direzione Sanitaria, Direzioni Mediche PP.OO., Unità di Programmazione e Controllo di Gestione, UVAR

Grado di raggiungimento: 70% obiettivo parzialmente raggiunto

●2. OBIETTIVO GENERALE: GARANZIA DELL'OPERATIVITÀ DEL REGISTRO TUMORI, CARDIOCHIRURGIA E MALFORMAZIONI CONGENITE

Obiettivo specifico: esigenza di dimensionare il fenomeno delle patologie tumorali, monitorarne l'andamento e valutare le responsabilità dei fattori cancerogeni, programmare le attività di prevenzione primaria e secondaria e, partendo dai dati di incidenza, creare il fondamento per effettuare studi epidemiologici sulla popolazione residente, in una provincia che comprende un'area riconosciuta ad elevato rischio ambientale (Brindisi, Carovigno, S. Pietro V.co, Torchiarolo).

Attività svolta: partecipazione nel corso del 2015 nello "studio di coorte", promosso dal Centro Salute e Ambiente Regionale per i comuni di Brindisi, Carovigno, San

Pietro Vernotico, Torchiarolo, Cellino San Marco e Mesagne. E' proseguita l'attività del "Registro Malformazioni Congenite della Regione Puglia" con la costituzione dei tavoli di coordinamento aziendale. Nel 2015 sono state completate le procedure di accreditamento del Registro Tumori di Brindisi. Il registro Tumori di Brindisi ha inoltre collaborato con il Centro di Coordinamento regionale a numerosi studi (v. paragrafo Studi e Ricerca). Nel corso del 2015, nell'ambito del Programma degli Interventi 2015-2016 del Centro Salute e Ambiente, è stato avviato lo studio sulla macro area Jonico Salentina con l'obiettivo di identificare, in funzione delle esposizioni attuali a tutte le possibili sorgenti di inquinanti, i profili di rischio della popolazione.

Struttura referente: Direzione Sanitaria, Unità di Statistica ed Epidemiologia

Grado di raggiungimento: 100% obiettivo raggiunto

◎3. OBIETTIVO GENERALE: ADEGUAMENTO REQUISITI MINIMI DEI SERVIZI TRASFUSIONALI, DELLE UNITÀ DI RACCOLTA SANGUE E DELLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE

Obiettivi specifici: adeguamento requisiti Centri TrASFusionali, adeguamento requisiti Unità Raccolta Sangue.

Attività svolta: sono state intraprese tutte le azioni necessarie alla verifica e adeguamento dei requisiti dei Centri TrASFusionali e delle Unità Raccolta Sangue, compresa la formazione del personale. Nel 2015 è stata acquistata una nuova autoemoteca e organizzate attività di promozione per la donazione del sangue in collaborazione con le associazioni di volontariato di settore.

Struttura referente: Servizio di Medicina Immunotrasfusionale, Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Grado di raggiungimento: 100% obiettivo raggiunto

◎4. OBIETTIVO GENERALE: CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Obiettivo specifico: contenimento e riduzione della spesa attraverso la razionalizzazione dei consumi di farmaci da parte dei cittadini.

Attività svolta: E' stata condotta un'analisi sulla spesa farmaceutica per centro di costo, al fine di individuare i farmaci ad alto costo che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica complessiva aziendale ed avviare un percorso di verifica dell'appropriatezza e di monitoraggio di questi particolari farmaci; particolare attenzione è stata rivolta al monitoraggio della spesa per farmaci anti HCV, con la creazione di centri di costo dedicati, al fine di programmare la spesa per il 2016. Per il tramite dell'Area Gestione Servizio Farmaceutico, nell'ambito delle attività di verifica sull'appropriatezza delle prescrizioni emesse dai MMG e PLS e in relazione alle specifiche linee guida regionali riguardanti alcune categorie terapeutiche di farmaci, è stato effettuato il monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata per ciascuna categoria di farmaci. Monitoraggio dei consumi e attività di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni e delle dispensazioni, informative ai Medici di Medicina Generale per favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci.

Struttura referente: Farmacie Ospedaliere, Area Gestione Servizio Farmaceutico, Unità di Programmazione e Controllo di Gestione

Grado di raggiungimento: 45% obiettivo non raggiunto

◎5. OBIETTIVO GENERALE: CONTENIMENTO DELLA SPESA DEL PERSONALE PER INCARICHI DI DIREZIONE E COORDINAMENTO

Obiettivo specifico: Contenimento spesa personale con incarichi dirigenziali

Attività svolta: i parametri standard dettati dalla DGR n. 3008/2012 sono rispettati per le Unità Operative Complesse e per i Coordinamenti ma non sono rispettati in riferimento alle Unità Operative Semplici ed alle Posizioni Organizzative. Avviate le procedure per la riorganizzazione aziendale per la completa attuazione del rispetto dei parametri standard.

Struttura referente: Area Gestione del Personale

Grado di raggiungimento: 50% obiettivo non raggiunto

◎6. OBIETTIVO GENERALE: SOTTOSCRIZIONE E RISPETTO ACCORDI CONTRATTUALI CON STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Obiettivi specifici: Accordi contrattuali per tipologia di Struttura. Corretta applicazione. Fabbisogno Az/volume prestazioni.

Attività svolta: Sono stati sottoscritti gli Accordi contrattuali per tipologia di Struttura in relazione al Fabbisogno Az/volume delle prestazioni.

Struttura referente: Area Gestione del Personale - U.O. Convenzioni

Grado di raggiungimento: 94% obiettivo parzialmente raggiunto

◎7. OBIETTIVO GENERALE: SISTEMA TESSERA SANITARIA

Obiettivi specifici: Verifica delle esenzioni ticket per il tramite del sistema TS anno 2012

Attività svolta: E' stato avviato il recupero del ticket non pagato per prestazioni effettuate da utenti esenti per reddito che, a seguito di accertamenti da parte dal Ministero delle Finanze, sono risultati non aventi diritto. Percentuale riscossione importi inseriti nel sistema TS: Autocertificazioni 2011 = 48,27%; completata la verifica per l'anno 2011 è stata avviata la verifica per il 2012: Autocertificazioni 2012 = 19,34%. Nonostante sia stato raggiunto un ottimo risultato per il 2011 (uno dei migliori in Puglia), la valutazione è stata effettuata per l'attività di controllo sull'anno 2012, pertanto l'obiettivo risulta non raggiunto.

Struttura referente: Affari Generali

Grado di raggiungimento: 4,5% obiettivo non raggiunto

◎8. OBIETTIVO GENERALE: ATTUAZIONE PROGRAMMI DI SCREENING

Obiettivi specifici: Ripresa degli screening cervice uterina, mammella, colon-retto.

Attività svolta: Nel 2014 è stato approvato il Piano Organizzativo aziendale degli screening oncologici e nel 2015 avviate le procedure per la riorganizzazione del Servizio con l'individuazione di risorse dedicate. Per il tumore della mammella alcuni centri sono stati dotati di mammografi digitali e sistemi Ris-Pacs e tomosintesi. Lo screening della cervice uterina, interrotto dal 2009, procede solo con le adesioni spontanee, mentre quello del Colon-retto è l'unico screening che non è mai partito nella ASL di Brindisi, come in molte altre ASL pugliesi, per carenza di standard qualitativi.

Struttura referente: Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Distretti Socio-Sanitari

Grado di raggiungimento: 60% obiettivo parzialmente raggiunto

◎ 9. OBIETTIVO GENERALE: SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Obiettivi specifici: Predisposizione di piani di azioni correttive, sistema di gestione dipartimentale dei controlli

Attività svolta: Sono stati predisposti Piani di controllo In materia di sicurezza alimentare e piani di monitoraggio.

Struttura referente: Dipartimento di Prevenzione - S.I.A.N e S.I.A.V. B

Grado di raggiungimento: 40% obiettivo non raggiunto

◎ 10. OBIETTIVO GENERALE: RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO DEI FORNITORI

Obiettivi specifici: Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori

Attività svolta: La reingegnerizzazione dei processi di pagamento ha consentito all'Area Gestione Economico finanziaria una notevole riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori, risultando al 31/12/2015 pari a 36 giorni.

Struttura referente: Area Gestione Risorse Finanziarie

Grado di raggiungimento: 93% obiettivo parzialmente raggiunto

◎ 11. OBIETTIVO GENERALE: INSERIMENTO DEL PERSONALE SSR IN EDOTTO

Obiettivi specifici: inserimento dati del Personale nel sistema Edotto

Attività svolta: L'Area Gestione del Personale provvede periodicamente all'aggiornamento dei dati relativi al Personale (assunzioni, incarichi, cessazioni, trasferimenti, ecc.).

Struttura referente: Area Gestione del Personale

Grado di raggiungimento: 100% obiettivo raggiunto

◎ 12. OBIETTIVO GENERALE: ADOZIONE SISTEMI DI CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI (ALPI) E RELATIVO TARIFFARIO

Obiettivi specifici: adozione di un sistema di monitoraggio ALPI, Controllo volumi e tempi prestaz.ni ALPI, attivazione contabilità separata ALPI, tariffario delle prestazioni in ALPI.

Attività svolta: Sono stati predisposti sistemi di monitoraggio di prestazioni in ALPI a livello di centro di costo, per il controllo appropriato dei volumi di prestazioni, sia in regime istituzionale che in ALPI, fatta eccezione per le prestazioni ambulatoriali ospedaliere. La criticità al momento è rappresentata dalla individuazione del medico erogatore della singola prestazione eseguita in regime istituzionale in ambito ospedaliero tramite agende di equipe, che riguardano l'intera unità operativa e non il singolo medico adibito alle prestazioni ambulatoriali in un dato giorno. Ciò determina l'attribuzione della prestazione unicamente al centro di costo della U.O. erogante. Tale criticità non si presenta nelle strutture distrettuali, laddove lo specialista erogatore è individuato da una singola agenda. Per garantire adeguati controlli si sta valutando l'utilizzo del sistema Edotto per l'accettazione del paziente direttamente nell'ambulatorio con l'indicazione del medico

deputato a svolgere la prestazione.

Struttura referente: Ufficio ALPI

Grado di raggiungimento: 50% obiettivo non raggiunto

Altre attività riferite agli obiettivi prefissati sono ampiamente descritte nelle sezioni “Relazione Sociale” e “Accessibilità, Qualità, Equità”, con particolare riferimento alla promozione della salute e sani stili di vita della popolazione, consolidamento della Porta Unica di Accesso e realizzazione di programmi di assistenza domiciliare integrata, miglioramento dell’accesso ai servizi grazie a innovazione tecnologica.

APPENDICI

Glossario

- **Accantonamento:** è una scrittura contabile che definisce l'iscrizione in bilancio di fondi destinati alla copertura di rischi di natura determinata, esistenza certa o probabile, ma di ammontare o data di sopravvivenza indeterminati alla chiusura dell'esercizio.
- **Accountability:** è un aspetto del controllo di accesso e si basa sulla concetto di "responsabilità" all'interno di un sistema. Accountability è, in fondo, l'esatto contrario di arbitrio, essa presuppone trasparenza, garanzie, assunzione di responsabilità e rendiconto sulle attività svolte, nonché l'impegno a dichiararsi. Da ciò consegue, per tutti coloro che partecipano al progetto, la trasparenza, la condivisione e la capacità di fornire prestazioni.
- **Accreditamento:** è un procedimento attraverso il quale un organismo indipendente verifica il comportamento di enti e organismi di certificazione e, quando accerta che operano in conformità alle norme di riferimento, accredita l'ente o organismo, sorvegliandone il comportamento nel tempo. L'ente di accreditamento italiano per la certificazione volontaria (sistemi di gestione, prodotti, personale) è ACCREDIA.
- **A.D.I.:** Assistenza Domiciliare Integrata
- **A.D.E.I.:** Assistenza Domiciliare Ematologica Integrata
- **A.D.O. :** Assistenza Domiciliare Oncologica
- **A.D.P. :** Assistenza Domiciliare Programmata
- **A.D.S. :** Assistenza Domiciliare Sanitaria
- **A.G.R.E.F.:** Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
- **A.I.O.P.:** Associazione italiana ospedalità privata
- **ALPI:** Attività libero-professionale intramuraria, per l'erogazione di prestazioni a pagamento svolta dai medici per conto dell'Azienda
- **ALS:** Advances Life Support. Termine riferito alle postazioni medicalizzate del Servizio 118
- **ANAC:** Autorità Nazionale Anticorruzione
- **A.R.D.:** Assistenza Respiratoria Domiciliare
- **A.R.E.S.:** Agenzia Regionale Sanitaria
- **Ambiti Territoriali (anche Ambiti Territoriali Sociali):** sono le unità territoriali di base che, secondo il progetto di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto dalla Legge 328/00, costituiscono il livello di governo locale delle politiche sociali. Con Regolamenti attuativi della Legge Regionale 10 Luglio 2006 n. 19, emanati nel 2007 2 2008, la Regione Puglia ha ridefinito e completato il quadro normativo essenziale per la realizzazione dei sistemi integrati locali di welfare, dando centralità all'AMBITO, piuttosto che al singolo Comune.
- **BLSD:** Basic Life Support, con defibrillazione (D). Termine riferito alle postazioni non medicalizzate del Servizio 118.
- **B.P.C.O.:** Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- **Back-office:** letteralmente dietro ufficio, nel significato di retro-ufficio, è quella parte di un'azienda (o di un'organizzazione) che comprende tutte le attività proprie dell'azienda, come il sistema di produzione o la gestione. Il back office comprende sia le attività di gestione dell'organizzazione, sia quelle di gestione dei procedimenti amministrativi.
- **Briefing:** incontro volto alla definizione degli aspetti operativi e degli obiettivi di una

determinata iniziativa.

- **Budget:** un piano espresso in termini quantitativi (di solito monetari), riferito ad un periodo di tempo determinato (in genere un anno) ed articolato per centri di responsabilità. Nel budget sono indicati gli obiettivi dell'Azienda; permette di verificare i risultati conseguiti con grandezze standard di riferimento e di effettuare correzioni sulla base di procedure che consentono di ipotizzare l'andamento futuro del processo gestionale.
- **C.C.M.:** Comitato Consultivo Misto, organismo costituito da parte aziendale e rappresentanti di Associazioni di Volontariato accreditate.
- **C.E.:** Conto Economico
- **CO.CO.CO.:** tipologia di contratto di lavoro: Collaborazione Coordinata e Continuativa.
- **C.N.T.:** Centro Nazionale Trapianti
- **Costi Capitalizzati:** la voce contiene le sterilizzazioni effettuate sugli ammortamenti delle immobilizzazioni, se queste sono state pagate con risorse finanziarie provenienti dalla Regione. La sterilizzazione è effettuata per neutralizzare l'effetto sul risultato d'esercizio dei costi di ammortamento per gli acquisti effettuati con finanziamenti della Regione.
- **C.P.T.:** Centro Polinfuzionale Territoriale, riferito all'associazionismo della Medicina Generale.
- **C.R.R.:** Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti
- **C.R.T.:** Centro Regionale Trapianti
- **C.S.M.:** Centro di Salute Mentale
- **C.U.G.:** Comitato Unico di Garanzia
- **C.U.P.:** Centro Unico Prenotazioni
- **Customer Satisfaction:** Letteralmente "soddisfazione del cliente". E' riferito alle indagini effettuate per rilevare il gradimento dei servizi offerti.
- **D. Lgs.:** Decreto Legislativo
- **Database:** Banca dati
- **Day Hospital:** Letteralmente "ospedale di giorno", il day hospital è una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (di solito mezza giornata o una giornata) e poi ritorna al proprio domicilio senza occupare un posto letto.
- **Day Service:** modello organizzativo assistenziale in ambito ospedaliero o all'interno di una struttura ambulatoriale territoriale. Affronta problemi clinici di tipo diagnostico e/o terapeutico, che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse e che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi (DH) – in pazienti stabili.
- **Day Surgery:** regime di ricovero breve, limitato alle sole ore del giorno. Si possono effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive in anestesia locale, loco-regionale, e generale.
- **Densità di popolazione:** è una misura del numero di persone che abitano in una determinata area. Indica gli "abitanti per chilometro quadrato". Il valore si ottiene dividendo il numero di abitanti di un determinato territorio per la superficie del territorio stesso.
- **D.G.R.:** Delibera di Giunta Regionale
- **D.I.E.F.:** Documento di Indirizzo Economico e Finanziario
- **D.M.:** Decreto Ministeriale
- **D.S.M.:** Dipartimento di Salute Mentale
- **D.S.S.:** Distretto Socio Sanitario
- **EDOTTO:** denominazione del nuovo sistema informativo sanitario regionale attuato nell'ambito del Piano della Sanità Elettronica della Regione Puglia che ha previsto un programma di interventi e un percorso di ammodernamento e ampliamento delle

infrastrutture e dei sistemi informativi sanitari.

- **F.E.S.R.:** Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
- **FARMACUP:** Sistema di prenotazione presso le farmacie collegate al CUP aziendale.
- **Front-office:** (letteralmente ufficio davanti), indica l'insieme delle strutture/uffici di un'organizzazione che gestiscono l'interazione con l'utente. Si contrappone al back-office e può essere chiamato anche sportello.
- **Governance:** l'insieme di regole, di ogni livello, (leggi, regolamenti etc..) che disciplinano la gestione dell'azienda stessa. Include anche le relazioni tra gli stakeholders e gli obiettivi per cui l'azienda è amministrata.
- **G.R.:** Giunta Regionale
- **ICA:** infezioni correlate all'assistenza
- **I.C.T. (Information and Communication Technology):** l'insieme delle nuove tecnologie legate al mondo dell'informatica e delle telecomunicazioni che favoriscono l'integrazione di sistemi telematici complessi e lo sviluppo di applicazioni e servizi di rete, permettendo il reperimento, il controllo e la condivisione di dati e facilitando la comunicazione tra soggetti diversi.
- **Indice di vecchiaia:** L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.
- **I.N.P.S.:** Istituto Nazionale Previdenza Sociale
- **LAN:** Local Area Network, in italiano Rete Locale.
- **L.E.A.:** I Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono prestazioni e servizi garantiti a tutti i cittadini dal servizio sanitario nazionale, la cui erogazione è gratuita in compartecipazione alla spesa.
- **L.R. :** Legge Regionale
- **MAN:** Metropolitan Area Network, rete di trasmissione dati che serve un'area che corrisponde circa a quella di una grande città.
- **MEF:** Ministero dell'Economia e delle Finanze
- **M.M.G.:** Medico di Medicina Generale
- **Mobilità attiva:** i ricavi per mobilità attiva si riferiscono alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie della ASL nei confronti di utenti non residenti nella provincia di Brindisi.
- **Mobilità passiva:** i costi per mobilità passiva si riferiscono alle prestazioni sanitarie erogate da altre Aziende Sanitarie pubbliche o private convenzionate, regionali o nazionali, nei confronti di utenti residenti nella provincia di Brindisi.
- **MTA:** Malattie a trasmissione alimentare.
- **M.U.D.:** Modello Unico di Dichiarazione ambientale, attraverso il quale le aziende denunciano le quantità di rifiuti pericolosi da smaltire.
- **Network:** rete di calcolatori
- **N.I.A.T.:** Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale.
- **Non profit:** locuzione giuridica di derivazione inglese che significa senza scopo di lucro e si applica ad organizzazioni i cui avanzi di gestione utili sono interamente reinvestiti per gli scopi organizzativi.
- **N-SISR:** Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale.
- **Optical/radio:** collegamenti ottici (laser).
- **O.L.T.:** Ossigenoterapia a lungo termine
- **O.I.V.:** Organismo Indipendente di Valutazione delle Performance
- **O.M.S.:** Organizzazione Mondiale della Sanità
- **On line:** è un termine inglese che significa letteralmente in linea. Si riferisce a tutti i contenuti che sono disponibili o fruibili in via telematica.
- **OO.SS.** Organizzazioni Sindacali

- **O.S.R.:** Osservatorio Sanitario Regionale
- **P.A.I.:** Piano di Assistenza Individuale
- **PACC:** Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service
- **PCA:** Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale
- **Piano di Zona (anche Piano Sociale di Zona):** è lo strumento della definizione e programmazione del sistema integrato dei servizi negli Ambiti Territoriali.
- **P.L.S.:** Pediatria di Libera Scelta
- **P.O.:** Presidio Ospedaliero: stabilimento singolo mo più stabilimenti funzionalmente accorpate ed organizzate in un sistema di rete capace di garantire una organizzazione integrata o livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.
- **Profit:** locuzione giuridica di derivazione inglese che significa a scopo di lucro.
- **P.T.P.:** Presidio Territoriale Polifunzionale
- **P.U.A.:** Porta Unica di Accesso: strumento che consente all'utente di percorrere, a partire da un punto unico di accesso, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari, la cui realizzazione è gestita congiuntamente dal Comune e dalla ASL.
- **Recall:** servizio di richiamo telefonico attraverso il quale l'Azienda chiede all'utente conferma della prenotazione effettuata per usufruire di una prestazione sanitaria.
- **Risk management (clinical):** metodologia finalizzata alla prevenzione dei rischi legati alle attività sanitarie, che pone particolare attenzione sull'efficienza dei processi di erogazione delle prestazioni ed alla funzionalità di sistemi di controllo.
- **R.S.A.:** Residenza Sanitaria Assistenziale assicura i trattamenti sanitari in particolare di riabilitazione soprattutto a persone anziane non autosufficienti che non sono assistibili nel proprio ambito familiare o nel contesto ospedaliero. Prevede una permanenza per brevi periodi.
- **R.S.S.A.:** Residenza Socio Sanitaria Assistenziale
- **RUPAR- SPC:** Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale, come parte integrante del Sistema Pubblico di Connettività (SPC).
- **SER.T.:** Servizio per le tossicodipendenze
- **Server Farm:** locali, opportunamente attrezzate, dove sono ospitate Server Internet/ Intranet, presso i quali vengono centralizzare tutte le operazioni di manutenzione, gestione e sicurezza. Sinonimo di Centro Elaborazione Dati.
- **S.D.O.:** Scheda di Dimissione Ospedaliera
- **S.I.A.N.:** Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione. Svolge attività di tutela della salute pubblica dai rischi legati all'alimentazione.
- **SIATA:** Sistema integrato assistenza territoriale ambulatoriale
- **S.I.A.V.:** Servizio Veterinario
- **S.I.C.I.:** Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
- **SID:** Sistema Informativo Dipendenze
- **S.I.S.H.:** Servizio di Integrazione Scolastica per i diversamente abili.
- **S.I.S.P.:** Servizio Igiene e Sanità Pubblica. Svolge attività di tutela della salute pubblica nei luoghi di vita e di prevenzione delle malattie infettive.
- **S.I.S.R.:** Sistema Informativo Sanitario Regionale
- **S.O.:** Stabilimento Ospedaliero
- **S.P.D.C.:** Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
- **S.P.E.S.A.L.:** Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Svolge attività di tutela, prevenzione e sicurezza della salute pubblica negli ambienti di lavoro.
- **S.R.:** Strutture Residenziali
- **S.S.N.:** Servizio Sanitario Nazionale
- **S.S.R.:** Servizio Sanitario Regionale
- **Stakeholder:** Con il termine *stakeholder* si individua il soggetto "portatore di interesse"

nei confronti di una qualunque attività di un'impresa pubblica o privata.

- **Struttura Protetta per anziani non autosufficienti:** la struttura protetta a carattere residenziale assicura i trattamenti assistenziali e socio-sanitari di base a persone anziane non autosufficienti che non sono assistibili nel proprio ambito familiare. Prevede una permanenza per lunghi periodi, ha lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia, mantenere le capacità fisiche, mentali, affettive e relazionali dell'utente.
- **S.V.A.M.A.:** Scheda di valutazione multidimensionale. Analizza tutti gli aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica), rappresentando lo strumento di riferimento per decidere le azioni più opportune.
- **T.A.C.P.:** Terapia del Dolore e delle Cure Palliative
- **Tasso grezzo:** è il rapporto tra il numero di casi in cui si presenta la caratteristica in studio e la popolazione di riferimento.
- **T.B.:** Tubercolosi
- **T.S.E.:** Tavolo per la Sanità Elettronica
- **UCAD:** Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali
- **UDMG:** Ufficio programmazione e monitoraggio delle attività di Medicina Generale
- **UDPLS:** Ufficio programmazione e monitoraggio delle attività di Pediatria
- **U.O.** Unità Operativa
- **U.O.C.** Unità Operativa Complessa
- **U.O.S.** Unità Operativa Semplice
- **U.R.P.** Ufficio Relazioni con il Pubblico
- **UN.E.S.:** Unità di Epidemiologia e Statistica
- **UVM:** Unità di Valutazione Multidimensionale
- **WAN:** World Area Network, rete che collega computer distribuiti su vaste aree geografiche.
- **Welfare:** da welfare state (stato di benessere tradotto letteralmente dall'inglese), conosciuto anche come stato assistenziale o stato sociale, è un sistema di norme con il quale lo stato cerca di eliminare le diseguaglianze sociali ed economiche fra i cittadini, aiutando in particolar modo i ceti meno abbienti.
- **Whistleblower:** fa riferimento al dipendente pubblico che segnala - agli organi legittimati a intervenire - violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico.
- **Whistleblowing Policy:** procedura per la segnalazione di condotte illecite all'interno di un'azienda pubblica da parte dei dipendenti.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL BILANCIO SOCIALE ASL BR 2015

Gentile lettore, la invitiamo ad esprimere un parere sulla edizione del Bilancio Sociale aziendale riferito agli anni 2014 e 2015 compilando il presente questionario.

Raccogliere informazioni e suggerimenti è indispensabile per migliorare la prossima edizione del documento. Il gruppo di lavoro ringrazia per il suo prezioso contributo.

1. Quale sezione del documento ha letto? (risposta multipla)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contesto ed identità aziendale | <input type="checkbox"/> Rendiconto economico |
| <input type="checkbox"/> Relazione sociale | <input type="checkbox"/> Raggiungimento degli obiettivi |
| <input type="checkbox"/> Accessibilità, Qualità, Equità | |

2. Se ha letto la parte seconda - Relazione sociale, quali argomenti ha ritenuto più interessanti? (risposta multipla – max 3 risposte)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cittadini, assistibili, Utenti | <input type="checkbox"/> Farmacie |
| <input type="checkbox"/> Risorse umane | <input type="checkbox"/> Fornitori |
| <input type="checkbox"/> Personale convenzionato | <input type="checkbox"/> Enti e Istituzioni |
| <input type="checkbox"/> Strutture Private Accreditate | <input type="checkbox"/> Associazioni di Volontariato |

3. Se ha letto la parte terza – Accessibilità, Qualità, Equità, quali argomenti ha ritenuto più interessanti? (risposta multipla – max 3 risposte)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La funzione di Pubblica Tutela | <input type="checkbox"/> Accredimento delle Strutture Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> Informazione e Comunicazione | <input type="checkbox"/> Sistema ambientale |
| <input type="checkbox"/> Trasparenza a Anticorruzione | <input type="checkbox"/> La Gestione del Rischio Clinico |
| <input type="checkbox"/> Sistema Prenotazioni | |

4. Esprima un giudizio sui seguenti aspetti del Bilancio Sociale 2015 con un numero da 1 a 5 barrando le caselle sottostanti, tenendo conto che 1 è il valore più basso

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Completezza delle informazioni | <input type="checkbox"/> |
| Chiarezza espositiva | <input type="checkbox"/> |
| Chiarezza grafica | <input type="checkbox"/> |
| Trasparenza | <input type="checkbox"/> |

5. Quali sono, a suo parere, le informazioni mancanti che andrebbero trattate nel documento?

6. Se dovesse definire questa edizione del Bilancio Sociale quali aggettivi utilizzerebbe?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Utile | <input type="checkbox"/> Poco utile |
| <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Attendibile | <input type="checkbox"/> Autoreferenziale |

7. La lettura del documento è servita ad aumentare la sua conoscenza dell'Azienda?

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> molto | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> per niente |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

8. Dopo aver letto il documento la sua opinione sull'Azienda è:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> migliorata | <input type="checkbox"/> invariata | <input type="checkbox"/> peggiorata |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

187

9. Tra quelle elencate a quale categoria principale di stakeholder (portatore di interesse) appartiene?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cittadini assitibili/Utenti | <input type="checkbox"/> Farmacie |
| <input type="checkbox"/> Risorse umane | <input type="checkbox"/> Fornitori |
| <input type="checkbox"/> Personale convenzionato | <input type="checkbox"/> Enti e Istituzioni |
| <input type="checkbox"/> Strutture Private Accreditate | <input type="checkbox"/> Associazioni di Volontariato |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ | |

Il questionario può essere restituito via mail all'indirizzo bilanciosociale@asl.brindisi.it o consegnato all'Azienda ASL BR - Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, Via Napoli, 8 - 72100 Brindisi.

I risultati dei questionari saranno pubblicati sul portale regionale della salute www.sanita.puglia.it – sezione ASL BR.

Gruppo di Lavoro

Bilancio Sociale ASL BR anno 2015

Rosanna Anaclerio	Unità di Statistica ed Epidemiologia
Roberta Cocciolo	Dipartimento di Salute Mentale/NIAT
Valter De Nitto	Gestione Rischio Clinico
Grazia Fanelli	Coordinamento Consulteri
Giuseppina Scarano	Servizi Socio Sanitari
Luigi Malvaso	Area Gestione Patrimonio
Antonella Mancarella	Area Gestione del Personale
Prassede Marina Martina	U.O. Qualità e Accreditamento/Ufficio Formazione
Eugenio Mazzotta	Area Gestione Risorse Finanziarie
Gabriella Padolecchia	Unità Controllo di Gestione
Ida Santoro	Struttura Informazione e Comunicazione
Stefano Termite	Dipartimento di Prevenzione
Elvira Tafuri	Distretto Socio Sanitario Brindisi

Coordinamento: Ida Santoro - Stefano Termite

Per informazioni e contatti bilanciosociale@asl.brindisi.it

Foto: Ida Santoro

Grafica e stampa:

 **TipografiaLaConcordia.it**

Stampato su carta riciclata

Luglio 2017