

# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELLA ASL TARANTO – Anno 2017



**SERVIZIO SANITARIO REGIONE PUGLIA**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO**

Direttore Generale Avv. Stefano Rossi



## Presentazione

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2017, viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 150/2009 che prevedono la stesura di una Relazione sulla performance dell'Azienda Sanitaria rivolta sia ai cittadini che agli altri soggetti esterni, a vario titolo cointeressati, inerente alle principali attività svolte e risultati conseguiti dall'Azienda ASL di Taranto nel contesto della programmazione 2017.

Essa chiude il Ciclo di Gestione della Performance.

La Relazione sulla Performance è un provvedimento consuntivo con il quale l'ASL TARANTO attesta la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi definiti per l'anno 2017 e contenuti nel Piano della Performance, adottato con deliberazione D.G. n. 143 del 27/01/2017. Infatti, la rendicontazione dei risultati costituisce la conclusione del Ciclo di Gestione della Performance, avviato a seguito dell'approvazione del Piano della Performance.

La presente Relazione, sarà pubblicata sul sito web istituzionale dell'Azienda al seguente indirizzo:

<http://www.sanita.puglia.it/portal/page/portal/SAUSSC/AziendeSanitarie/ASL/ASLTaranto/Amministrazionetrasparente/Performance/RelazioneSullaPerformance>

La Relazione costituisce quindi lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano Aziendale della Performance 2017 è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione regionale e aziendale e di bilancio di previsione.

## Indice

<i>Presentazione</i> .....	<b>1</b>
<b>2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDERS ESTERNI</b> .....	<b>3</b>
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	<b>3</b>
2.2 L'AMMINISTRAZIONE.....	<b>7</b>
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	<b>15</b>
2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ (ANALISI SWOT).....	<b>56</b>
<b>3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI</b> .....	<b>57</b>
3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	<b>57</b>
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI, OPERATIVI.....	<b>60</b>
<b>4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'</b> .....	<b>104</b>
<b>5 PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE</b> .....	<b>109</b>
<b>6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE</b> .....	<b>110</b>
6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'.....	<b>110</b>
6.2 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCA.....	<b>114</b>

## 2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDERS ESTERNI

### 2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

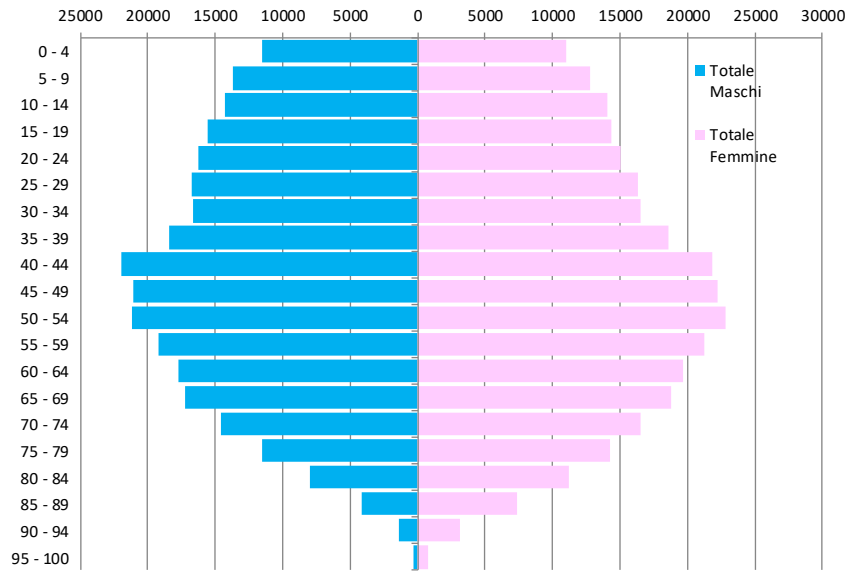
L'ambito territoriale provinciale dell'Asl Taranto si estende su un territorio di 2.436,67 Km<sup>2</sup> ed è caratterizzata dalla presenza di terreno pianeggiante per poco più della metà del totale (1.342,39 Km<sup>2</sup>), con una significativa estensione costiera, mentre per la rimanente parte il terreno è di natura collinare (1094,28 Km<sup>2</sup>).

Dal punto di vista amministrativo, la provincia consta di 29 comuni, dei quali cinque, caratterizzati da una notevole estensione territoriale.

Secondo i dati ISTAT, la popolazione residente della provincia di Taranto al 1° gennaio 2018 ammonta a **580.319** individui, di cui 281.478 uomini e 298.841 donne, di cui poco più di un terzo concentrati nel solo capoluogo di provincia.

Distretto S.S.	Comune	MASCHI	FEMMINE	TOTALE GENERALE
1	Castellaneta	8.373	8.696	17.069
	Ginosa	11.143	11.287	22.430
	Laterza	7.473	7.698	15.171
	Palagianello	3.798	4.036	7.834
<b>Distretto 1</b>		<b>30.787</b>	<b>31.717</b>	<b>62.504</b>
2	Massafra	16.121	16.740	32.861
	Mottola	7.744	8.098	15.842
	Palagiano	8.033	8.072	16.105
	Statte	6.765	7.043	13.808
<b>Distretto 2</b>		<b>38.663</b>	<b>39.953</b>	<b>78.616</b>
5	Crispiano	6.736	6.957	13.693
	Martina Franca	23.500	25.286	48.786
<b>Distretto 5</b>		<b>30.236</b>	<b>32.243</b>	<b>62.479</b>
6	Carosino	3.443	3.585	7.028
	Faggiano	1.712	1.787	3.499
	Grottaglie	15.396	16.494	31.890
	Leporano	4.043	4.042	8.085
	Monteiasi	2.708	2.872	5.580
	Montemesola	1.882	1.957	3.839
	Monteparano	1.166	1.213	2.379
	Pulsano	5.752	5.752	11.504
	Roccaforzata	890	929	1.819
	San Giorgio Ionico	7.323	7.778	15.101
	San Marzano di San Giuseppe	4.595	4.633	9.228
<b>Distretto 6</b>		<b>48.910</b>	<b>51.042</b>	<b>99.952</b>
7	Avertrana	3.173	3.431	6.604
	Fragagnano	2.535	2.697	5.232
	Lizzano	4.923	5.067	9.990
	Manduria	15.115	16.044	31.159
	Maruggio	2.600	2.641	5.241
	Sava	7.800	8.276	16.076
	Torricezza	2.066	2.117	4.183
<b>Distretto 7</b>		<b>38.212</b>	<b>40.273</b>	<b>78.485</b>
8	Taranto	94.670	103.613	198.283
<b>Distretto 8</b>		<b>94.670</b>	<b>103.613</b>	<b>198.283</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>281.478</b>	<b>298.841</b>	<b>580.319</b>

Fasce d'età	Totale Maschi	Totale Femmine
0 - 4	11.538	10.999
5 - 9	13.719	12.818
10 - 14	14.310	14.113
15 - 19	15.603	14.332
20 - 24	16.210	15.099
25 - 29	16.727	16.346
30 - 34	16.605	16.524
35 - 39	18.460	18.583
40 - 44	21.963	21.886
45 - 49	21.060	22.243
50 - 54	21.188	22.861
55 - 59	19.239	21.218
60 - 64	17.702	19.682
65 - 69	17.247	18.807
70 - 74	14.532	16.542
75 - 79	11.536	14.274
80 - 84	7.940	11.188
85 - 89	4.178	7.394
90 - 94	1.411	3.130
95 - 100	310	802



La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2017, è pari a 380.135 unità (di cui 317.732 risultano titolari di un'esenzione per reddito mentre 145.884 titolari di un'esenzione per patologia):

CONDIZIONE	TESTE PER CONDIZIONE		ESENZIONI	
	F	M	F	M
ESENZIONI PER CONDIZIONE SOGGETTIVA	23.406	22064	23.809	23154
ESENZIONI PER INVALIDITA'	4.481	3.426	4.481	3.433
ESENZIONI PER PATOLOGIA	80.828	65.056	124.344	106.355
ESENZIONI PER REDDITO O CONDIZIONE	168.980	148.752	262.541	219.485
MOTIVI UMANITARI	20	537	20	537

## LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Territorio	Taranto			
	2014	2015	2016	2017
<b>Selezione periodo</b>				
<b>Tipo indicatore</b>				
tasso di natalità (per mille abitanti)	8,3	7,6	7,5	7,3
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,1	9,4	9,5	10
crescita naturale (per mille abitanti)	-0,8	-1,8	-2	-2,7
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,4	3,3	3,4	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,8	-3	-3,4	-3,8
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	0,8	1	1,1	1,5
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-0,5	-0,1	-0,2	-0,5
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-2,5	-2,1	-2,4	-2,8
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-3,2	-3,9	-4,4	-5,5
numero medio di figli per donna	1,31	1,24	1,24	..
età media della madre al parto	31,1	31,2	31,6	..
speranza di vita alla nascita - maschi	80,4	80,2	80,6	80,5
speranza di vita a 65 anni - maschi	18,7	18,7	19,2	19,3
speranza di vita alla nascita - femmine	84,8	85	84,5	84,7
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,1	22	22,1	22
speranza di vita alla nascita - totale	82,5	82,6	82,5	82,5
speranza di vita a 65 anni - totale	20,4	20,4	20,6	20,6
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,2	14	13,8	13,6
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	65,8	65,1	64,8	64,5
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	20	20,9	21,4	21,9
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	52	53,7	54,3	54,9
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	30,4	32,1	33	33,9
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	140,7	148,9	154,5	161
età media della popolazione - al 1° gennaio	43	43,6	43,9	44,3

Dati estratti il 30 ott 2018 15:18 UTC (GMT) da I.Stat

Territorio		Taranto					
Selezione periodo		2015					
Tipo dato		morti			quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)		
Sesso		maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
<b>Causa iniziale di morte - European Short List</b>							
alcune malattie infettive e parassitarie		56	57	113	1,97	1,88	1,92
tumori		931	603	1534	32,73	19,91	26,12
tumori	tumori maligni	890	563	1453	31,29	18,59	24,74
	tumori maligni						
	di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	19	6	25	0,67	0,2	0,43
	di cui tumori maligni dell'esofago	9	2	11	0,32	0,07	0,19
	di cui tumori maligni dello stomaco	47	35	82	1,65	1,16	1,4
	di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	105	58	163	3,69	1,92	2,78
	di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	73	27	100	2,57	0,89	1,7
	di cui tumori maligni del pancreas	34	39	73	1,2	1,29	1,24
	di cui tumori maligni della laringe	17	..	17	0,6	..	0,29
	di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	241	52	293	8,47	1,72	4,99
	di cui melanomi maligni della cute	7	3	10	0,25	0,1	0,17
	di cui tumori maligni del seno	..	96	96	..	3,17	1,63
	di cui tumori maligni della cervice uterina	..	5	5	..	0,17	0,09
	di cui tumori maligni di altre parti dell'utero	..	34	34	..	1,12	0,58
	di cui tumori maligni dell'ovaio	..	25	25	..	0,83	0,43
	di cui tumori maligni della prostata	61	..	61	2,14	..	1,04
	di cui tumori maligni del rene	15	14	29	0,53	0,46	0,49
	di cui tumori maligni della vescica	45	10	55	1,58	0,33	0,94
	di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	20	13	33	0,7	0,43	0,56
	di cui tumori maligni della tiroide	4	2	6	0,14	0,07	0,1
	di cui morbo di hodgkin e linfomi	32	14	46	1,13	0,46	0,78
	di cui leucemia	26	19	45	0,91	0,63	0,77
	di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	18	17	35	0,63	0,56	0,6
	di cui altri tumori maligni	117	92	209	4,11	3,04	3,56
	tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)	41	40	81	1,44	1,32	1,38
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario		18	16	34	0,63	0,53	0,58
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche		141	188	329	4,96	6,21	5,6
disturbi psichici e comportamentali		54	111	165	1,9	3,67	2,81
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso		113	136	249	3,97	4,49	4,24
malattie del sistema circolatorio		976	1203	2179	34,32	39,73	37,11
malattie del sistema respiratorio		217	184	401	7,63	6,08	6,83
malattie dell'apparato digerente		110	97	207	3,87	3,2	3,53
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo		2	2	4	0,07	0,07	0,07
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo		5	22	27	0,18	0,73	0,46
malattie dell'apparato genitourinario		51	60	111	1,79	1,98	1,89
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale		8	3	11	0,28	0,1	0,19
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche		11	9	20	0,39	0,3	0,34
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite		30	47	77	1,05	1,55	1,31
cause esterne di traumatismo e avvelenamento		128	98	226	4,5	3,24	3,85
totale		2851	2836	5687	100,24	93,66	96,85

Dati estratti il 30 ott 2018 15:14 UTC (GMT) da I.Stat

Le cause di mortalità all'interno della provincia di Taranto vede tra le cause più frequenti le patologie dell'apparato cardiovascolare in accordo con quanto emerso anche a livello nazionale. Seguono i tumori maligni tra cui più frequentemente si presenta il tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni nei maschi e i tumori maligni della mammella nelle femmine.

Il quadro generale della distribuzione geografica delle varie patologie vede la conferma dell'interessamento del comune capoluogo in eccesso rispetto allo standard provinciale per tutte le cause, per le cause naturali, per tutti i tumori, per tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni, per il tumore maligno della pleura (che comprende il mesotelioma pleurico), per le malattie ischemiche, per le malattie infettive del sistema respiratorio, per le malattie dell'apparato digerente e nel sesso femminile per le broncopneumopatie cronico-ostruttive e per le demenze.

La standardizzazione all'interno del territorio provinciale fa emergere il coinvolgimento di alcuni comuni dell'area orientale della provincia principalmente, per le malattie del sistema circolatorio, per le malattie cerebrovascolari e per l'ipertensione arteriosa.

## 2.2 L'AMMINISTRAZIONE

### ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TARANTO

L'Azienda ASL TARANTO è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e svolge la funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa sia come diritto fondamentale dell'individuo, sia come interesse della collettività.

L'**organizzazione aziendale** è articolata nelle funzioni di prevenzione, territoriale, ospedaliera e amministrativa-tecnica-logistica.

Gli **organi aziendali** sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione.

La **Direzione Strategica** si avvale del supporto delle Tecnostrutture di Staff.

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

La **Funzione della Prevenzione** organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale.

Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita.

La **Funzione Territoriale**, organizzata attraverso i sei distretti di Ginosa, Massafra, Taranto, Martina Franca, Grottaglie e Manduria, si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Specialistica
- Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza alle Dipendenze Patologiche
- Assistenza alla Salute Mentale
- Altri servizi che rispondono al bisogno assistenziale locale.

a **Funzione Ospedaliera** si articola nei Quattro Presidi Ospedalieri:

- P.O. Occidentale – Ospedale San Pio di Castellaneta



- P.O. Centrale – Ospedale SS. Annunziata; Ospedale S.G. Moscati; Ospedale S.Marco di Grottaglie
- P.O. Valle d'Itria – Ospedale di Martina Franca
- P.O. Orientale – Ospedale di Manduria

Le **funzioni tecnico-amministrative** sono assicurate dalle seguenti UU.OO.:

Area Gestione Risorse Umane,  
Area Gestione del Patrimonio,  
Area Gestione Tecnica,  
Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie,  
Attività Legali e Affari Generali.

Lo svolgimento delle **funzioni direzionali** sono supportate dalla Tecnostruttura di Staff

E' utile specificare che l'ASL TARANTO adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità.

I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale.

I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.

Gli obiettivi generali dell'organizzazione dipartimentale sono:

- a) favorire un governo unitario dell'assistenza;
- b) assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari;
- c) perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- d) ricercare, realizzare, valutare le innovazioni organizzative capaci di sfruttare adeguatamente le innovazioni tecnologiche;
- e) promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- f) facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni.

## **GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

### **PREVENZIONE**

Organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale.

Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita. La struttura attuale rispecchia quanto previsto dal Regolamento Regionale adottato con Delibera di G.R. n. 2759 del 14-12-2012

SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA

SIAN -SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

SIAV AREA A - SANITÀ ANIMALE

SIAV AREA B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

SIAV AREA C - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE

SPESAL - PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

U.O.S. DIREZIONE AMMINISTRATIVA

U.O.S.V.D. EDUCAZIONE SALUTE

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

L'Azienda attraverso l'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico- terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti:

- pronto soccorso,
- ricovero ordinario per acuti,
- day surgery
- day hospital
- riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

### **L'OFFERTA DI POSTI LETTO**

#### **Assistenza ospedaliera diretta**

L'azienda opera mediante quattro presidi per acuti a gestione diretta (Presidio Ospedaliero Centrale, Presidio Ospedaliero Orientale, Presidio Ospedaliero Valle d'Itria, Presidio Ospedaliero Occidentale).

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa dei posti letto per acuti attivi nell'anno 2017 nelle strutture interne all'azienda.

I posti letto per acuti attivi nell'anno 2017 sono complessivamente 884 di cui 792 in regime ordinario e 92 in regime day hospital/day surgery

Presidio	Stablimento	Posti Letto di Degenza ordinaria	Posti Letto a degenza diurna	Posti letto TOTALI
<b>Centrale</b>	Grottaglie	72	8	80
	SGMoscati	116	17	133
	SSAnnunziata	328	30	358
<b>Centrale Totale</b>		516	55	571
<b>Occidentale</b>	Castellaneta	88	14	102
<b>Orientale</b>	Manduria	79	11	90
<b>Valle d'Itria</b>	MartinaFranca	103	10	113
<b>Totale complessivo</b>		<b>786</b>	<b>90</b>	<b>876</b>

Fonte: HSP 2 - Anno 2017 - I.P.L. fanno riferimento ai soli posti letto per acuti. Nel calcolo non sono ricompresi i così detti P.L. tecnici (NIDO)

Presidio	Stablimento	Disciplina	Posti Letto di Degenza ordinaria	Posti Letto a degenza diurna	Posti letto TOTALI	
Centrale	Grottaglie	CHIRURGIA GENERALE	7	1	8	
		GINECOLOGIA E OSTETRICIA	13	2	15	
		LUNGODEGENZA	15	0	15	
		MEDICINA GENERALE	22	2	24	
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	3	18	
	<b>Grottaglie Totale</b>			<b>72</b>	<b>8</b>	<b>80</b>
	SGMoscati	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	8	0	8	
		CARDIOLOGIA	7	1	8	
		EMATOLOGIA	15	5	20	
		GERIATRIA	14	1	15	
		MALATTIE INFETTIVE	22	3	25	
		OCULISTICA	8	1	9	
		ONCOLOGIA	15	5	20	
		OTORINOLARINGOIATRIA	8	1	9	
		PSICHIATRIA	15	0	15	
		UTIC	4	0	4	
		<b>SGMoscati Totale</b>			<b>116</b>	<b>17</b>
	SSAnnunziata	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10	1	11	
		CARDIOLOGIA	12	0	12	
		CHIRURGIA GENERALE	27	1	28	
		CHIRURGIA VASCOLARE	18	2	20	
		ENDOCRINOLOGIA	9	1	10	
		GASTROENTEROLOGIA	0	2	2	
		GINECOLOGIA E OSTETRICIA	39	3	42	
		MEDICINA GENERALE	58	3	61	
		MICROCITEMIA	0	6	6	
		NEFROLOGIA	9	1	10	
		NEONATOLOGIA	15	1	16	
		NEUROCHIRURGIA	19	1	20	
		NEUROLOGIA	23	1	24	
		NIDO (*)	25	0	25	
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	4	36	
		PEDIATRIA	19	1	20	
		UROLOGIA	18	2	20	
	UTIC	10	0	10		
	UTIN	10	0	10		
	<b>SSAnnunziata Totale</b>			<b>328</b>	<b>30</b>	<b>358</b>
	<b>Centrale Totale</b>			<b>516</b>	<b>55</b>	<b>571</b>
	Occidentale	Castellaneta	CARDIOLOGIA	8	2	10
			CHIRURGIA GENERALE	18	2	20
			GINECOLOGIA E OSTETRICIA	17	3	20
			MEDICINA GENERALE	23	1	24
			NIDO (*)	12	0	12
			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	4	18
			PEDIATRIA	8	2	10
	<b>Occidentale - Castellaneta Totale</b>			<b>88</b>	<b>14</b>	<b>102</b>
	Orientale	Manduria	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	0	2
			CARDIOLOGIA	8	2	10
			CHIRURGIA GENERALE	18	2	20
			MEDICINA GENERALE	25	2	27
			NEFROLOGIA	8	2	10
			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	3	15
	UTIC	6	0	6		
<b>Orientale - Manduria Totale</b>			<b>79</b>	<b>11</b>	<b>90</b>	
Valle d'Itria	MartinaFranca	CARDIOLOGIA	8	0	8	
		CHIRURGIA GENERALE	18	2	20	
		GINECOLOGIA E OSTETRICIA	7	1	8	
		LUNGODEGENZA	6	0	6	
		MEDICINA GENERALE	24	2	26	
		NEFROLOGIA	10	0	10	
		NIDO (*)	12	0	12	
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	2	18	
		PEDIATRIA	4	1	5	
UROLOGIA	10	2	12			
<b>Valle d'Itria - MartinaFranca Totale</b>			<b>103</b>	<b>10</b>	<b>113</b>	
<b>Totale complessivo</b>			<b>786</b>	<b>90</b>	<b>876</b>	

(\*) Posti Letto Tecnici - Non conteggiati nel totale dei Posti Letto

Assistenza ospedaliera indiretta

Codice struttura	Struttura	Codice disciplina	Disciplina	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)
160111	Bernardini	09	CHIRURGIA GENERALE	15	0	0
		26	MEDICINA GENERALE	22	0	0
		30	NEUROCHIRURGIA	10	0	0
		34	OCULISTICA	5	0	0
		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	0	0
		37	GINECOLOGIA E OSTETRICA	16	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA Bernardini</b>				<b>96</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160112	D'Amore	09	CHIRURGIA GENERALE	23	0	0
		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA D'Amore</b>				<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160114	S. Camillo	09	CHIRURGIA GENERALE	20	0	0
		26	MEDICINA GENERALE	24	0	0
		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	0	0
		43	UROLOGIA	6	0	0
		58	GASTROENTEROLOGIA	5	0	0
		68	PNEUMOLOGIA	10	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA S. Camillo</b>				<b>93</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160115	S. Rita	21	GERIATRIA	14	0	0
		26	MEDICINA GENERALE	16	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA S. Rita</b>				<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160116	Villa Verde	07	CARDIOCHIRURGIA	13	0	0
		08	CARDIOLOGIA	24	0	0
		21	GERIATRIA	28	0	0
		26	MEDICINA GENERALE	20	0	0
		49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	0	0
		50	UTIC	8	0	0
		56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	50	0	0
		64	ONCOLOGIA	3	0	0
68	PNEUMOLOGIA	12	0	0		
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA Villa Verde</b>				<b>164</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160141	Villa Bianca	56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	64	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA Villa Bianca</b>				<b>64</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160146	Centro Medico di Riabilitazione	56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	57	0	0
		68	PNEUMOLOGIA	10	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA Centro Medico di Riabilitazione</b>				<b>67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
160149	Cittadella Carità	08	CARDIOLOGIA	8	0	0
		56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	46	0	0
<b>POSTI LETTO TOTALI CASA DI CURA Cittadella Carità</b>				<b>54</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>POSTI LETTO TOTALI</b>				<b>608</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'azienda opera mediante 127 presidi a gestione diretta e 106 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

Gestione Diretta		TIPO DI ASSISTENZA									
Etichette di riga	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
AMBULATORIO E LABORATORIO								27		10	19
STRUTTURA RESIDENZIALE											
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1	1								
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE					6	6	20	18	17	1	1

Per le strutture a gestione indiretta (strutture convenzionate):

Gestione Diretta		TIPO DI ASSISTENZA									
Etichette di riga	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
AMBULATORIO E LABORATORIO								22		42	14
STRUTTURA RESIDENZIALE	11	1		1			9				
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE							6				
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE											

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26, L. n. 833/1978 sono 2 (OSMAIRM di Laterza e Casa di Cura Santa Rita di Taranto) ed operano con complessivi 290 posti letto per assistenza residenziale e 50 posti letto per assistenza semiresidenziali .

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa per struttura convenzionata

OSMAIRM	Residenziali – Cronici stabilizzati	250
OSMAIRM	Residenziali – Post acuti	20
S.RITA	Residenziali – Estensivi	20
OSMAIRM	Semiresidenziali	50

Si evidenzia che attualmente tutte le strutture convenzionate operanti sul territorio di quest'Azienda sono accreditate.

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 462 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 503.939 unità, e 79 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 61.779 unità. (Fonte MMG e PLS – Edotto; estrazione: queryelencoalfabeticomedici 20181120.xls)

Distretto	GENERICO	PEDIATRA	Totale complessivo
1	51	9	60
2	55	12	67
5	50	8	58
6	76	14	90
7	63	10	73
8	167	26	193
<b>Totale</b>	<b>462</b>	<b>79</b>	<b>541</b>

**LE RISORSE UMANE**

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2017, è pari a 4.610 unità distinte come segue, con un lieve aumento rispetto all'anno precedente, in particolare del personale a tempo indeterminato e, nella fattispecie, della dirigenza medica.

DESCRIZIONE TIPO DIPENDENTE	RUOLO	T. IND	T. DET	Composizione % per colonna	
				T. IND	T. DET
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	2.317	341	74,9%	70,6%
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	6		0,2%	
COMPARTO	RUOLO TECNICO	339	142	11,0%	29,4%
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	431		13,9%	
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>3.093</b>	<b>483</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	RUOLO SANITARIO	817	57	85,5%	73,1%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO SANITARIO	113	20	11,8%	25,6%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO PROFESSIONALE	7		0,7%	0,0%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO TECNICO	5		0,5%	0,0%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	14	1	1,5%	1,3%
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>956</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>4.049</b>	<b>561</b>		

(Fonte: Trattamento economico)

## 2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

### STRATEGIA AZIENDALE

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare, potenziare, innovare e differenziare, compatibilmente con le risorse disponibili, l'offerta di azioni di carattere preventivo e clinico- assistenziale, in relazione alla identificazione dei bisogni di salute, valutare gli esiti;
- perseguire gli orientamenti ed utilizzare gli strumenti e le metodologie del governo clinico e dell'EBM;
- assicurare la continuità clinico – assistenziale e l'integrazione intra ed inter istituzionale;
- rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e inter - istituzionali, in particolare con gli enti locali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino;
- ricercare forme di integrazione con le altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali, nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio;
- valorizzare l'autonomia e la responsabilità dei propri operatori, con particolare riguardo alla dirigenza, anche al fine di dare tempestivi riscontri ai bisogni dell'utenza, coniugando i principi dell'efficienza e dell'efficacia con quelli dell'equità e della trasparenza;
- consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese;
- ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.

### PREVENZIONE

Le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, in base alle linee programmatiche e agli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Salute e dai Piani Locali, sono state sviluppate per fornire una risposta unitaria ed efficace alla tutela della salute della popolazione, inserita in un contesto socioambientale, lavorativo e culturale in continua evoluzione e attuando i propri interventi attraverso una nuova cultura centrata sulla Promozione e sulla Tutela della Salute delle comunità e degli individui negli ambienti di vita e di lavoro.

Per le strategie di prevenzione e per la promozione, la Direzione del Dipartimento di Prevenzione ha coordinato azioni e interventi diretti sulla salute della popolazione. Prioritario è stato il coinvolgimento di vari attori sociali per la definizione e attuazione di politiche per la salute: per ottenere ciò, è stata necessaria una stretta relazione con le Istituzioni locali e lo sviluppo di capacità di comunicazione con l'intera popolazione di riferimento, per affrontare compiutamente ogni aspetto dei problemi connessi alla programmazione e attuazione degli interventi di sanità pubblica.

Altro punto fondamentale delle attività svolte è stato il conseguire l'equilibrio e l'integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di profilassi, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione e la promozione della salute collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

In quest'azione la funzione di vigilanza e controllo, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, è stata valorizzata quale strumento specialistico nell'ambito delle discipline di riferimento di ciascuna Unità Operativa Complessa (U.O.C).

Gli obiettivi perseguiti, dal Dipartimento di Prevenzione, oltre ad un'integrazione operativa e strategica, sono stati finalizzati ad inserire la componente "salute" nella valutazione ambientale: tutto questo attraverso l'identificazione e le caratteristiche di pericolosità di fattori di rischio significativi per la salute umana presenti nell'ambiente e attraverso l'identificazione e la descrizione del destino ambientale degli inquinanti stessi.



Per raggiungere tali obiettivi, gli aspetti realizzati sono stati la programmazione congiunta delle attività di controllo ambientale, la valutazione periodica e sistematica dei risultati dei monitoraggi ambientali, la costruzione di un'organizzazione e di un sistema efficiente che operi in modo omogeneo sul territorio su temi di integrazione ambiente e salute.

Infatti, la specificità del territorio tarantino, nel cui ambito esiste peculiarità del tessuto produttivo, in generale, e industriale in particolare come aree a elevato rischio di crisi ambientale, è stata attentamente considerata dal Dipartimento di Prevenzione attraverso un'integrazione tra le attività epidemiologiche e quelle di controllo e monitoraggio. In particolare, un'attenta valutazione è stata fatta nell'identificare le condizioni d'esposizione della comunità e delle relative aree coinvolte, valutando l'esposizione della popolazione e la caratterizzazione del rischio per la salute determinato dalle specifiche situazioni.

Rilevante è stato, altresì, il coordinamento e l'effettuazione delle attività di promozione della salute e di educazione sanitaria rivolte alla popolazione generale e ai gruppi target sui problemi prioritari di salute e su determinate forme morbose. In particolare è stato compiuto un cospicuo sforzo per influenzare positivamente i comportamenti a rischio e gli stili di vita. Sono state, infatti, incrementate le iniziative di carattere preventivo, valorizzando, in particolare, l'intervento rivolto all'età evolutiva, in collaborazione con le altre strutture aziendali, privilegiando gli ambiti di attività attraverso la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni, la prevenzione delle malattie cronicodegenerative, la promozione di corretti stili di vita, l'informazione ed l'educazione sanitaria in tema di sicurezza alimentare, l'informazione ed educazione ambientale, l'informazione, educazione e prevenzione in tema di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro, informazione, educazione e prevenzione in tema di igiene negli ambienti di vita.

Riassumiamo nelle pagine seguenti le principali attività e azioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione, attraverso la Direzione Dipartimentale e le Strutture Complesse e Semplici pertinenti.

### SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) ha assicurato un importante livello di Assistenza Sanitaria Collettiva: oltre alle molteplici azioni nell'ambito delle competenze istituzionali che sono attribuite al SISP, sono state attuate attività specifiche volte al raggiungimento di obiettivi di salute individuati dalla Regione Puglia e dal Ministero della Salute.

Tra le attività più rilevanti, si annoverano quelle svolte nel campo della prevenzione primaria delle malattie infettive, l'igiene e la sicurezza degli ambienti di vita, la medicina legale, la formazione, l'informazione e la promozione della salute.

Di seguito, riportiamo le attività svolte dal SISP unitamente alla Direzione Dipartimentale.

#### ATTIVITÀ: PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

	2015	2016	2017
N. DENUNCE DI MALATTIE INFETTIVE REGistrate	198	179	184
N. INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE EFFETTUATE	138	141	134
N. SOGGETTI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA	108	57	69
N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	6	12	16

#### INTERVENTI DI PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE

Questi interventi sono stati svolti nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione Progetto Vaccinazioni: tutte le attività vaccinali eseguite, hanno mirato al raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi con numero di dosi somministrate e coperture vaccinali, ottenendo in entrambi i casi livelli soddisfacenti. I dati riportati sono stati estrapolati direttamente dal sistema informatico dell'anagrafe vaccinale GIAVA 5, implementato e aggiornato costantemente dagli operatori dei Servizi vaccinali.

Ciò ha portato a definire con precisione in termini quantitativi la risposta della popolazione target e quindi, l'efficacia degli interventi intrapresi. Per garantire il monitoraggio delle attività vaccinali è stato pertanto dato grande impulso all'anagrafe vaccinale informatizzata (GIAVA 5). In merito, occorre considerare che la ASL Taranto risulta, allo stato attuale, tra le prime Aziende Sanitarie in Puglia per numero totale di dati vaccinali inseriti.

	2015	2016	2017
N. SOMMINISTRAZIONI VACCINALI PRATICATE	93 184	103 897	148 567
N. DOSI VACCINALI EFFETTUATE	212 154	237 858	283 172
N. DI CERTIFICATI DI VACCINAZIONE RILASCIATI	5 138	7 131	13 777

Per ciascun nato della provincia di Taranto, da diversi anni è possibile stampare in tempo reale il certificato vaccinale informatizzato senza dover ricorrere agli archivi cartacei, ciò costituisce una risorsa per la gestione delle lettere da inviare a tutti quelli che sono in ritardo con le vaccinazioni previste dal calendario regionale pugliese (chiamata attiva).

Gli operatori del SISP hanno realizzato e raggiunti obiettivi considerevoli sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo delle attività, attraverso anche la promozione, la comunicazione, l'informazione e la formazione previste per la piena attuazione del progetto.

Inoltre dal mese di agosto, in seguito alla legge 119 del 31 luglio 2017 sull'obbligo vaccinale, i SISP hanno fatto fronte a un aumentato afflusso di utenza per regolare i cicli vaccinali incompleti.

Tutte le attività innanzi descritte sono state costantemente monitorate dal coordinamento generale ivi compreso il supporto organizzativo, amministrativo e operativo fornito dal personale medico e

dalla dirigenza amministrativa unitamente al personale di comparto (sanitario, amministrativo e tecnico) che opera a livello centrale (Nucleo Centrale di Coordinamento).

Nell'ambito delle attività del SISP è da annoverare la Gestione della Campagna vaccinale 2015-2016, 2016-2017 e 2017-2018 contro l'influenza stagionale, condotta in sinergia con i Distretti Socio-Sanitari (DSS) e con la partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Nell'ambito delle strategie per la vaccinazione antinfluenzale la Direzione Dipartimentale è stata impegnata a sostenere le attività di organizzazione generale e di coordinamento e a provvedere alla messa a punto di un piano d'interventi finalizzati all'ottimizzazione di tutte le fasi in cui si articola la campagna vaccinale stessa che anche quest'anno ha visto l'attuazione di un Progetto Aziendale.

L'intera attività con i vari momenti operativi, tutti improntati alla buona riuscita del Programma di vaccinazione, ha richiesto un particolare impegno sia per la cospicua fetta di popolazione interessata, sia per il coinvolgimento di un gran numero di figure come i DSS, MMG, PLS, Enti, Associazioni, e sia in considerazione dell'esiguo numero di personale che opera presso la Direzione Dipartimentale, la quale si è fatta carico di tutte le fasi logistiche e organizzative.

Il personale del SISP ha inoltre provveduto al servizio di gestione dei vaccini che comporta un notevole sforzo organizzativo e operativo considerata la vastità del territorio e la necessità di assicurare il costante approvvigionamento dei centri vaccinali mediante un'attenta programmazione e il governo dei fabbisogni.

Si è provveduto, altresì, all'organizzazione della distribuzione dei vaccini attraverso il trasporto e la consegna con l'utilizzo di automezzi e personale del Dipartimento di Prevenzione economizzando, così, sugli oneri per servizi resi da società esterne. Operando in tal modo si è registrato un miglioramento considerevole dell'organizzazione sia in termini di tempestività dell'approvvigionamento degli ambulatori vaccinali che di risparmio di tempo, di risorse umane ed economiche: infatti, il miglioramento dello standard organizzativo del sistema di gestione dei vaccini si è evidenziato in tutte le fasi dell'attività.

#### MEDICINA DEI VIAGGI

Questo campo di attività trova sempre più consenso tra la popolazione.

	2015	2016	2017
N. INTERVENTI DI CUNSELLING	251	284	348
N. SOMMINISTRAZIONI VACCINALI PRATICATE	421	617	598
N. INTERVENTI PROFILASSI FARMACOLOGICA	161	193	182

#### ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI VITA

Tra le attività autorizzative di verifica e di controlli più rilevanti si annoverano:

##### ATTIVITÀ DI VERIFICA DEGLI EFFETTI SANITARI E DEGLI INQUINAMENTO AMBIENTALE

	2015	2016	2017
N. PARERI PREVENTIVI SU IMPIANTI E/O ATTIVITA' A RILEVANTE IMPEGNO AMBIENTALE	66	51	50
N. PARERI RELATIVI A CONDUZIONE DI IMPIANTI DI SMALTIMENTI REFLUI O RIFIUTI	271	464	508
N. SOPRALLUOGHI SU IMPIANTI E/O ATTIVITA' A RILEVANTE IMPEGNO AMBIENTALE E SU IMPIANTI DI SMALTIMENTI REFLUI O RIFIUTI	174	516	498

**ATTIVITÀ SUL CONTENIMENTO DELL'IMPATTO SANITARIO E DEI FATTORI DI RISCHIO IN AMBIENTE ABITATIVO ED URBANO**

	2015	2016	2017
N. PARERI SU PIANI E/O REGOLAMENTI	4	0	12
N. PARERI NELL'AMBITO DI COMMISSIONI O CONFERENZE DI SERVIZI	281	291	284
N. PARERI PREVENTIVI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI PER AGIBILITÀ PER INSEDIAMENTI RESIDENZIALI, RURALI, COMMERCIALI, SERVIZI E PRODUTTIVI	910	646	695
N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITÀ'	198	145	71
N. SOPRALLUOGHI PER ATTIVITÀ' DI VIGILANZA	356	502	359
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	188	146	141
N. CONTROLLI SU INTERVENTI DISINFEZIONE O DISINFESTAZIONE	2	1	0
N. VERIFICHE BONIFICHE AMBIENTALI	72	2	6
N. PARERI PER RILASCIO AUTORIZZAZIONE A DETENZIONE E/O UTILIZZO GAS TOSSICO E SOSTANZE PERICOLOSE	3	11	1

**IGIENE E SICUREZZA EDIFICI USO SCOLASTICO E RICREATIVO**
*(compresi locali pubblico spettacolo, palestre, impianti sportivi)*

	2015	2016	2017
N. PARERI PREVENTIVI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI PER AGIBILITÀ	54	81	94
N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITÀ	4	14	15
N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	59	64	53
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	5	1	3

**IGIENE E SICUREZZA EDIFICI USO TURISTICO**

	2015	2016	2017
N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITÀ'	40	42	14
N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITÀ'	20	19	7
N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	31	70	74
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI,	9	0	9

**IGIENE E SICUREZZA IMPIANTI USO NATATORIO**

	2015	2016	2017
N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITÀ	5	9	4
N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITÀ	4	1	2
N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	13	9	2
N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	0	0	0
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	1	0	1

**IGIENE E SICUREZZA STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI**

	2015	2016	2017
N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITÀ STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	23	16	37
N. PARERI PER AUTORIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	43	27	32
N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AUTORIZZAZIONE SU STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	87	29	32
N. SOPRALLUOGHI PER VERIFICHE REQUISITI SU STRUTTURE SANITARIE	8	2	21
N. SOPRALLUOGHI PER VERIFICHE REQUISITI SU STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	74	30	28
N. VERIFICHE REQUISITI PER ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	0	3	7
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	2	0	0

**PROFESSIONI ED ARTI SANITARIE, ESTETISTI E AFFINI, AUTOAMBULANZE, TATUAGGI E PIERCING**

	2015	2016	2017
N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITÀ	144	174	31
N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITÀ/NULLA-OSTA	385	316	56
N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	255	187	97
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	3	0	0

**ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA MEDICINA LEGALE**

Numerose e articolate sono le prestazioni effettuate nell'ambito della medicina legale, impegnando tutto il personale sia a eseguire attività ambulatoriale come le certificazioni per l'idoneità alla guida, per l'idoneità per la patente nautica e per l'idoneità al rilascio o al rinnovo del porto d'armi, sia attività di medicina fiscale con visite mediche a lavoratori sia di ditte private sia pubbliche.

**ACCERTAMENTI E CERTIFICAZIONI MEDICO-LEGALI**

	2015	2016	2017
N. TOTALE CERTIFICAZIONI RILASCIATE	13.634	15.291	11.793
N. CERTIFICAZIONI PER IDONEITÀ PORTO D'ARMI	2.707	1.753	1.446
N. CERTIFICAZIONI PER IDONEITÀ ALLA GUIDA	9.355	7.507	6.730
N. CERTIFICAZIONE PER IDONEITÀ ALL'USO DI GAS TOSSICI	4	11	1

**MEDICINA FISCALE**

	2015	2016	2017
N. VISITE FISCALI EFFETTUATE PER ENTI PUBBLICI	417	253	63
N. VISITE FISCALI EFFETTUATE PER DATORI DI LAVORO PRIVATI	109	3	1
N. VISITE FISCALI EFFETTUATE SU RICHIESTA DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA	24	17	22
N. VISITE RICHIESTE DA ISPettorato DEL LAVORO PER ASTENSIONE ANTICIPATA LAVORATRICI MADRI	604	1.796	1.352

**MEDICINA NECROSCOPICA**

	2015	2016	2017
N. VISITE NECROSCOPICHE	4.576	3.881	4.248
N. ESAMI NECROSCOPICI SU RICHIESTA DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA	5	3	0
N. PARERI PER OPERAZIONI CIMITERIALI (traslazione, esumazione ecc.)	13	31	0
N. PRELIEVI MATERIALE BIOLOGICO PER CREMAZIONE E RELATIVA ATTESTAZIONE	0	174	204

**PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE**

Nel corso del 2017 sono stati pubblicati su riviste nazionali e internazionali i seguenti lavori scientifici:

- Desiante F, Caputi G, Cipriani R, Nanula C, Aprile I, Pesare A, Conversano M: ASSESSMENT OF COVERAGE AND ANALYSIS OF THE DETERMINANTS OF ADHERENCE TO INFLUENZA VACCINATION IN THE GENERAL PRACTITIONERS OF TARANTO. Ann Ig. 2017 JulAug;29(4):256-263. doi: 10.7416/ai.2017.2157;  
Desiante F, Russo C, Giorgino A, Caputi G, Battista T, Cipriani R, Conversano M: UNIVERSAL
- PROPOSAL STRATEGIES OF ANTI-HPV VACCINATION FOR ADOLESCENTS: COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN SCHOOL-BASED AND CLINIC IMMUNIZATION PROGRAMS. J Prev Med Hyg. 2017 Sep;58 (3):E225-E230

**SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPESAL)**

Le attività dello SPESAL si sono articolate sulla sorveglianza delle attività lavorative del territorio per la prevenzione e il controllo dei rischi e danni da lavoro, sulla sorveglianza degli infortuni e delle malattie professionali.

Sono stati eseguiti controlli e vigilanza nei luoghi di lavoro, indagini per infortuni e malattie professionali e provvedimenti autorizzativi e/o pareri a tutela dei lavoratori con valutazioni tecniche e successivi pareri.

Tutela della salute dai rischi per la popolazione, lavorativa e non lavorativa, derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, preparati ed articoli (REACH).

Nelle tabelle successive sono riportate dettagliatamente tutte le attività svolte.

**ATTIVITÀ DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO**

	EDILIZIA			AGRICOLTURA			ALTRI COMPARTI		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
N° COMPLESSIVO DI CANTIERI ISPEZIONATI	303	227	253	-	-	-	-	-	-
di cui non a norma al 1° sopralluogo	110	82	120	-	-	-	-	-	-
N° AZIENDE CON DIPENDENTI LAVORATORI AUTONOMI OGGETTO DI ISPEZIONE	190	300	310	45	88	60	396	362	500
N° SOPRALLUOGHI COMPLESSIVAMENTE EFFETTUATI	210	262	320	49	173	67	442	461	550
N° TOTALE VERBALI	93	35	240	22	93	20	195	164	200
N° VERBALI CON PRESCRIZIONI 758, SANZIONI AMMINISTRATIVE	93	36	240	22	93	20	195	164	200
N° VIOLAZIONI	42	7	120	10	18	12	90	31	100
N° SEQUESTRI	1	1	2	0	0	0	2	1	0
N° PIANI BONIFICA AMIANTO E N. NOTIFICHE PERVENUTE (EX ART.59 SEXIES D.LGS 257/06)	658	194	336	-	-	-	-	-	-
N° DI CANTIERI ISPEZIONATI PER AMIANTO	42	20	60	-	-	-	-	-	-

**ATTIVITÀ DI IGIENE INDUSTRIALE**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	40	18	113

**INCHIESTE INFORTUNI**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° INCHIESTE INFORTUNI CONCLUSE	500	150	218
N° INCHIESTE INFORTUNI CONCLUSE CON RISCONTRO DI VIOLAZIONE CORRELATA ALL'EVENTO	11	3	54

**INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI CONCLUSE	262	13	73
N° INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI CONCLUSE CON RISCONTRO DI VIOLAZIONE CORRELATA ALL'EVENTO	1	2	3

**PARERI**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° PARERI	142	121	43
N° AZIENDE OGGETTO DI SOPRALLUOGO PER L'ESPRESSIONE DI PARERI	110	90	30

**ATTIVITÀ SANITARIA**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° VISITE EFFETTUARE DAL SERVIZIO PSAL PER APPRENDISTI E MINORI	0	0	0
N° ALTRE VISITE EFFETTUATE DAL SERVIZIO PSAL DI PROPRIA INIZIATIVA O SU RICHIESTA	0	0	0
N° RICORSI AVVERO AL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE ART. 41 COMMA 9 D.LGS. 81/08	17	19	36

**ATTIVITÀ DI ASSISTENZA**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° INIZIATIVE DI CONFRONTO (SEMINARI, INCONTRI, ECC) CON LE FIGURE AZIENDALI PER LA PREVENZIONE (RSPP, MEDICI COMPETENTI, COORDINATORI PER LA SICUREZZA, ECC)	10	0	5

**ATTIVITÀ DI FORMAZIONE**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
N° ORE DI FORMAZIONE	233	100	300
N° PERSONE FORMATE	73	50	150

**PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI**

	TUTTI I COMPARTI		
	2015	2016	2017
PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI EX 758/94	71.130,40	47.018,40	106.031,79
PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI AMMINISTRATIVE	0,00	1.096,00	27.551,93

**SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)**

Le attività del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione svolte nell'anno 2017, si sono articolate su più macro aree di lavoro. Sono state eseguite verifiche sull'acqua per consumo umano, controlli sulle aziende alimentari, attività micologica, attività di gestione di situazioni di allerta, attività di U.P.G. e rilascio di certificazioni e pareri.

Si riportano alcune tabelle significative delle principali attività svolte.

**VERIFICA QUALITÀ ACQUE PER CONSUMO UMANO**

	2015	2016	2017
N. CAMPIONI ANALIZZATI PER INDAGINI CHIMICHE	127	138	120
N. CAMPIONI ANALIZZATI PER INDAGINI BATTERIOLOGICHE	0	71	0
N. INDAGINI BATTERIOLOGICHE CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	0	0	0
N. GIUDIZI D'IDONEITÀ AL CONSUMO ESPRESSI	0	0	0

**CONTROLLO AZIENDE ALIMENTARI**

	2015	2016	2017
N. CONTROLLI UFFICIALI SU AZIENDE ALIMENTARI	733	330	361
N. CONTROLLI UFFICIALI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	111	53	55
N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	247	281	495

**CONTROLLO PRODOTTI FITOSANITARI**

	2015	2016	2017
N. INTERVENTI DI CONTROLLO SUL COMMERCIO DI PRODOTTI FITOSANITARI	20	24	25
N. PARERI AUTORIZZATIVI AL COMMERCIO E DEPOSITO	0	0	0
N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI SU ALIMENTI	158	123	108
N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI SU PRINCIPI ATTIVI	3	2	0

**ATTIVITÀ MICOLOGICA**

	2015	2016	2017
N. INTERVENTI PER INTOSSICAZIONI DA FUNGHI	20	15	3
N. PERSONE INTOSSICATE DA FUNGHI	40	35	3
N. CERTIFICATI DI COMMESTIBILITÀ (PER COMMERCIO E PRIVATI)	70	110	47



### SERVIZIO DI SANITÀ ANIMALE (SIAV Area A)

Il Servizio di Sanità animale – SIAV A – ha eseguito sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali; Interventi di Polizia Veterinaria; gestione delle anagrafi animali e zootecniche per la parte di competenza; lotta al randagismo, controllo della popolazione canina e degli episodi di morsicature da cani.

Tra le attività principali svolte, gli operatori del SIAV A, hanno svolto incontri di educazione alla salute e sorveglianza epidemiologica nonché formazione e aggiornamento del personale sanitario, tecnico e amministrativo afferente al Servizio.

Si riportano alcune tabelle significative delle principali attività svolte.

#### ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEL SISTEMA INFORMATIVO PER PRODUZIONI ZOOTECNICHE

	2015	2016	2017
N. ALLEVAMENTI BOVINI-BUFALINI IMMESSI IN BDN E GEOREFERENZIATI NELL'ANNO	34	32	27
N. ALLEVAMENTI OVI-CAPRINI IMMESSI IN BDN NELL'ANNO	59	52	36
N. ALLEVAMENTI SUINI IMMESSI IN BDN GEOREFERENZIATI NELL'ANNO	15	19	10
N. ALLEVAMENTI OVI-CAPRINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NELL'ANNO	59	12	36
N. ALLEVAMENTI EQUINI IMMESSI IN BDN NELL'ANNO	195	190	186
N. ALLEVAMENTI AVICOLI IMMESSI IN BDN NELL'ANNO	10	10	4
N. ALLEVAMENTI AVICOLI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NELL'ANNO	10	10	4
N. ALLEVAMENTI DI ACQUACOLTURA IMMESSI IN BDN NELL'ANNO	13	10	9

#### LOTTA AL RANDAGISMO E CONTROLLO BENESSERE ANIMALI D'AFFEZIONE

	2015	2016	2017
N. CANI CATTURATI	3.763	1.617	1.156
N. CANI CATTURATI ANAGRAFATI	3.763	1.617	1.156
N. CANI STERILIZZATI DAL PERSONALE DIPENDENTE	157	124	139
N. GATTI STERILIZZATI DAL PERSONALE DIPENDENTE	131	91	40
N. STERILIZZAZIONI CANI EFFETTUATE DA SPECIALISTI AMBULATORIALI	1.011	936	985
N. STERILIZZAZIONI GATTI EFFETTUATE DA SPECIALISTI AMBULATORIALI	695	663	800
N. CANI STERILIZZATI LIBERATI SUL TERRITORIO A SEGUITO DI POLIZZA ASSICURATIVA	386	170	78
N. CANI CATTURATI SENZA MICROCHIP	2.558	1.251	924
N. CANI AFFIDATI A RIFUGI	1.048	628	371
N. CONTROLLI CANI MORSICATORI	148	61	50
N. CANI RESTITUITI AL DETENTORE	0	0	0
N. CANI ANAGRAFATI ED INSERITI IN ACIR	3.763	4.625	4.481
N. CANI AFFIDATI A NUOVO PROPRIETARIO (ADOZIONI)	1.748	891	468
N. CANI VAGANTI RECUPERATI E ASSISTITI NEI CANILI SANITARI	1.127	1.275	948
N. CANI STERILIZZATI DAL PERSONALE IN CONVENZIONE	0	0	0

**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (SIAV Area B)**

L'attività del Servizio dell'igiene degli alimenti di origine animale (SIAV-B) si è articolata in numerosi controlli ufficiali, ispezione, verifica, audit, monitoraggio, campionamento e sorveglianza in materia di sicurezza alimentare, su imprese/industrie alimentari che svolgono attività di produzione, preparazione, trasformazione, commercializzazione, deposito, trasporto, vendita di alimenti di origine animale e/o loro derivati. Controlli ufficiali di tipo ispettivo, sono stati eseguiti, anche, su imprese/industrie alimentari di non esclusiva competenza SIAV B, che svolgono una qualsiasi delle attività di produzione, preparazione, trasformazione, commercializzazione, deposito, trasporto, vendita e somministrazione di alimenti, organizzati in modo congiunto e coordinato con il SIAN competente per gli alimenti di origine non animale. E' stata fatta sorveglianza e controllo sul latte e sui suoi prodotti derivati nelle fasi di produzione, trasformazione, distribuzione e vendita e sugli stabilimenti di depurazione, di stabulazione e sulle zone di produzione e di allevamento di molluschi bivalvi.

Importante, è stata la sorveglianza e il controllo sulle attività degli operatori del settore alimentare in tutte le fasi della produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti di origine animale finalizzati alla prevenzione della propagazione di malattie trasmissibili agli animali e delle zoonosi.

Si riportano alcune tabelle significative delle principali attività svolte.

**ATTIVITÀ DI CONTROLLO SU OPERATORI SETTORE ALIMENTARE SOGGETTI A RICONOSCIMENTO**

	2015	2016	2017
N. CONTROLLI UFFICIALI NELL'ANNO CONSIDERATO	424	326	1.379
N. CONTROLLI UFFICIALI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ NELL'ANNO CONSIDERATO	5	5	28
N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI NELL'ANNO CONSIDERATO	237	210	344
N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ NELL'ANNO CONSIDERATO	0	12	5

**AUTORIZZAZIONE E CONTROLLO DALLA PRODUZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE**

	2015	2016	2017
AZIENDE ALIMENTARI (ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI) ANAGRAFATE	1.831	1.268	1.725
N. REGISTRAZIONI OPERATE NELL'ANNO CONSIDERATO	185	150	-

**CAMPIONAMENTI RELATIVI AD ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI NELLE AZIENDE REGistrate**

	2015	2016	2017
N. CAMPIONAMENTI NELL'ANNO CONSIDERATO	368	338	200
N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ NELL'ANNO CONSIDERATO	4	4	1

**ISPEZIONE IMPIANTI MACELLAZIONE BOVINI-BUFALINI, SUINI, OVICAPRINI, EQUINI, LAGOMORFI**

	2015	2016	2017
N. EQUINI ISPEZIONATI	2.980	2.987	2.723
N. EQUINI NON IDONEI AL CONSUMO	2	14	2
N. OVICAPRINI ISPEZIONATI	1.880	2.491	2.193
N. BOVINI-BUFALI ISPEZIONATI	248	495	281
N. BOVINI-BUFALI NON IDONEI AL CONSUMO	0	1	0
N. LAGOMORFI ISPEZIONATI	72.678	69.774	69.000
N. LAGOMORFI NON IDONEI AL CONSUMO	61	45	0

### SERVIZIO IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (SIAV Area C)

L'attività del Servizio di igiene e delle produzioni zootecniche si è svolta essenzialmente attraverso il controllo ufficiale, ispezioni, verifiche, audit, monitoraggi e sorveglianza, sui depositi, vendita, distribuzione ed impiego, del farmaco veterinario anche attraverso i programmi per la ricerca dei residui di farmaco veterinario con particolare riguardo alla repressione dei trattamenti illeciti ed impropri.

Le ispezioni, le verifiche, i monitoraggi e la sorveglianza sull'alimentazione animale, sulla produzione e distribuzione dei mangimi, sugli allevamenti in genere e sul benessere degli animali da reddito sono state oltre 400 nel corso del 2017 e oltre 500 sopralluoghi effettuati.

Nel corso dell'anno 2017, in seguito alla segnalazione di alcuni soggetti ricoverati presso il Presidio Ospedaliero di Castellaneta per sospetta malaria nel territorio di Ginosa; è stato attivato un tavolo interdisciplinare coordinato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione con i veterinari del SIAV C, gli Ematologi dell'Istituto Superiore di Sanità ed esperti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata.

In seguito a questa emergenza i veterinari del SIAV C hanno eseguito nei territori interessati 9 sopralluoghi, durante i quali sono state posizionate 8 trappole per le zanzare. Inoltre sono stati fatti 17 campionamenti di insetti adulti e 4 campionamenti di acqua per ricerca larvale.

## ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE ORGANIZZATE DIRETTAMENTE DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

### PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'anno scolastico 2016/17 ha visto l'attuazione del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole.

Il rapporto di collaborazione instauratosi tra l'Assessorato alle Politiche della Salute e la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale, grazie alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa del 2011, si è progressivamente consolidato nel corso degli anni permettendo di giungere alla definizione della terza edizione del Catalogo Regionale dei Progetti per l'Educazione alla Salute nelle Scuole.

Il modello di governance individuato dal Protocollo d'Intesa e concretamente operativo comprende:

- una cabina di regia regionale, denominata Gruppo Tecnico Interistituzionale (GTI), costituito dall'Assessorato, dalla Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia, dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), dalle Unità Operative di Educazione alla Salute delle ASL e dagli Uffici Scolastici degli ambiti territoriali;
- una struttura presso ciascuna sede provinciale della ASL, denominata Gruppo Interdisciplinare Aziendale (GIA) costituita dai rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti Socio Sanitari, del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e dell'Ufficio Scolastico Territoriale.

Le Aree Tematiche di intervento del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole sono state le seguenti:

- a. nutrizione e attività motoria
- b. contrasto alle dipendenze
- c. comportamenti a rischio
- d. sicurezza in casa, in strada e al lavoro
- e. benessere mentale
- f. azioni informative
- g. nutrizione e attività motoria
- h. salute e ambiente
- i. corpo in salute
- j. affettività, sessualità e MST
- k. sperimentazioni

Per numerosi di questi, l'U.O. Epidemiologia e Coordinamento delle Attività di Promozione della Salute del Dipartimento di Prevenzione della ASL TA ha anche realizzato i materiali didattici diffusi nell'intera Regione.

Si precisa, inoltre, che sono state realizzate anche alcune importanti progettualità di interesse provinciale. Complessivamente gli interventi, diversificati per argomenti di salute, hanno avuto notevoli riscontri qualitativi e quantitativi.

### **Area Tematica: NUTRIZIONE E ATTIVITÀ MOTORIA**

#### ***FOOD & GO: "A Scuola di Alimentazione con...MISTER FOOD E MISS FROG"***

Obiettivo generale: promuovere conoscenze e competenze sulla corretta alimentazione e sull'attività fisica al fine di favorire una crescita sana negli alunni della Scuola Primaria (classi III, IV e V).

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, attraverso strumenti e metodi (attività pratiche, ludiche e animazione teatrale) da integrare nella didattica scolastica per incentivare scelte alimentari e stili di vita salutari negli alunni, attraverso 4 linee di sviluppo.

#### ***FOOD & GO: "#RISCOPRIAMOISAPORI"***

Obiettivo generale: promuovere stili di vita sani attraverso la diffusione di un'ampia conoscenza sulla corretta alimentazione, sui luoghi e i modi della produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti agro-alimentari, negli alunni della Scuola Secondaria di I grado (classi I e II).

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, attraverso strumenti e metodi (attività pratiche e di ricerca, animazione teatrale) che guideranno i ragazzi ad affrontare il tema della corretta alimentazione e sicurezza alimentare, al fine di tutelare i giovani consumatori e stimolarli ad una scelta consapevole ed autonoma degli alimenti, attraverso tre linee di sviluppo.

#### ***FOOD & GO: "Un nuovo look a metà mattina"***

Obiettivo generale: promuovere la corretta alimentazione e l'attività fisica negli studenti della Scuola Secondaria di II grado (classi I e II), al fine di prevenire sovrappeso e obesità in adolescenza e sensibilizzare al consumo di alimenti salutari, creando una forte alternativa ai soliti "junk food" – "cibo spazzatura" presenti nei distributori automatici.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati sulle tematiche riguardanti la corretta alimentazione e uno stile di vita attivo e sulle metodologie e gli strumenti, da utilizzare per la realizzazione di percorsi didattici attivi articolati in 4 linee di sviluppo e un'attività pratica conclusiva.

### **Area Tematica – CONTRASTO ALLE DIPENDENZE**

#### ***"LIBERA IL RESPIRO": programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo***

Obiettivo generale: informare gli adolescenti della Scuola Secondaria di I grado (classi II e III) sui danni del fumo e promuovere competenze socio-comportamentali al fine di prevenire o ritardare l'iniziazione al fumo di tabacco. Sensibilizzare alla salvaguardia e tutela dell'ambiente.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, e utilizza come strumento didattico di base la storia di "Marika e i suoi amici" (suddivisa in 4 moduli), arricchito di attività-stimolo (video, attività di gruppo, brainstorming, esperimenti, ecc.) che favoriscono nei ragazzi lo sviluppo delle life skills e la promozione di stili di vita corretti.

#### ***"UNPLUGGED": programma di lotta alle dipendenze***

Obiettivo generale: prevenire e/o ritardare l'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive nei ragazzi della Scuola Secondaria di I grado (classi III) e della Scuola Secondaria di II grado (classi I) con il coinvolgimento di docenti e famiglie.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, attraverso la realizzazione di 12 unità in classe, da integrare nel curriculum scolastico.

È previsto un monitoraggio a supporto dei docenti da parte degli operatori sanitari per rilevare eventuali criticità riscontrate nella realizzazione delle attività.

*"IL GIOCO DELLA RETE...CHE PROMUOVE SALUTE": programma di prevenzione da dipendenza da Telefoni Cellulari, Internet, Videogiochi e Gioco D'Azzardo*

Obiettivo generale: prevenire e/o ritardare le dipendenze da telefoni cellulari, internet, videogiochi e gioco d'azzardo nei ragazzi della Scuola Primaria (classe V) e della Scuola Secondaria di I e II grado con il coinvolgimento di docenti e famiglie.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, attraverso la realizzazione di 5 Attivazioni da realizzare in classe.

#### **Area Tematica - COMPORTAMENTI A RISCHIO**

*"TEEN EXPLORER": programma di prevenzione dei pericoli per la salute associati all'uso eccessivo del web*

Obiettivo generale: Prevenire i pericoli associati all'uso improprio del web (es. cyber-bullismo, adescamento on line, ecc.) nei ragazzi della Scuola Secondaria di I e II grado con il coinvolgimento di docenti e famiglie.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, attraverso la realizzazione di 5 unità didattiche da realizzare in classe.

*"OLTRE IL SEGNO": progetto educativo/formativo sui rischi connessi alla pratica del tatuaggio e del piercing*

Obiettivo generale: prevenzione dei rischi derivanti dalla pratica di tatuaggi e piercing nei ragazzi della Scuola Secondaria di II grado.

Il Programma prevede la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione attraverso un seminario informativo/formativo tenuto presso la scuola, dedicato sia agli studenti che ai docenti.

#### **Area Tematica – SICUREZZA IN CASA, STRADA E A LAVORO**

*"INSIEME X LA SICUREZZA": i moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali*

Obiettivo generale: Prevenzione degli incidenti stradali dovuti all'uso e/o abuso di sostanze psicotrope nei ragazzi della Scuola Secondaria di I grado (classi III) e della Scuola Secondaria di II grado (classi I e II), con il coinvolgimento dei docenti e delle famiglie.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati. Attraverso la proiezione di strumenti audiovisivi dedicati e giochi interattivi si approfondisce il tema della sicurezza stradale in relazione all'uso di alcool e sostanze, ai dispositivi di protezione (casco, cinture di sicurezza, seggiolino) e all'uso del cellulare alla guida.

*"DAL PALCOSCENICO ALLA REALTÀ": a scuola di prevenzione*

Obiettivo generale: sensibilizzare gli studenti (IV e V classi degli Istituti Licei, Tecnici e Professionali) sul tema della sicurezza negli ambienti di lavoro.

Il Programma prevede tre fasi operative, a conclusione del percorso gli studenti partecipano ad un concorso che li vede impegnati nella realizzazione di prodotti culturali aventi come tema centrale la sicurezza nei luoghi di lavoro (attraverso microclip, cortometraggi, racconti brevi, foto pictures).

#### **Area Tematica - BENESSERE MENTALE**

*"ARMONIE PER LA SALUTE": le arti per non disperdere risorse: programma di promozione del benessere e prevenzione del disagio giovanile*

Obiettivo generale: diffondere le diverse espressioni musicali al fine di favorire il benessere scolastico e prevenire e/o ridurre il disagio giovanile.

La metodologia è quella collaudata della peer-education e del Sistema delle Orchestre infantili ispirato al metodo ideato dal Maestro Josè Antonio Abreu. Ciò altresì in attuazione del Protocollo nazionale sottoscritto da Sistema Nazionale dei Cori e delle orchestre Giovanili d'Italia" con il MIUR per "attuare un sistema integrato di formazione musicale nelle scuole in Italia basato sul valore sociale ed educativo della musica come risposta al disagio giovanile". L'attività musicale è intesa, dunque, come "motore di sviluppo" della sicurezza individuale e della capacità di integrarsi con gli altri e, in senso più generale, come mezzo per promuovere e sviluppare la capacità di "star bene insieme".

## Area Tematica – LE AZIONI INFORMATIVE

### *“IN TESTA ..... MA NON PER MOLTO” Campagna informativa di informazione per la prevenzione e il controllo della pediculosi*

Obiettivi generali: aumento delle informazioni corrette sulla prevenzione e controllo della pediculosi alle famiglie e ai docenti.

La campagna educativa, oltre ad approfondire la tematica e ad informare sulle corrette pratiche igieniche, ha lo scopo di prevenire i rischi della pandemia all'interno della scuola e di favorire il superamento di problematiche che possono generare fenomeni di esclusione.

La distribuzione di un opuscolo, realizzato in forma narrativo-figurativa e destinato ai piccoli alunni ed alle famiglie, integra utilmente gli interventi coordinati tra scuola e servizio sanitario territoriale.

## I PROGETTI PROVINCIALI

### Area Tematica - NUTRIZIONE E ATTIVITÀ MOTORIA

#### *“INSIEME A SCUOLA PER NUTRIRE LA MENTE”: progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi del comportamento alimentare per preadolescenti*

Obiettivo generale: Fornire a genitori e insegnanti informazioni finalizzate a prevenire i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) al fine di riconoscere precocemente le situazioni di rischio.

Aumentare negli alunni della Scuola Secondaria di I grado (classe I) la conoscenza e l'accettazione di sé e degli altri le abilità di coping, il riconoscimento e l'espressione delle emozioni e la conoscenza di stili di vita salutari.

#### *“PROCESSO AL BULLISMO”*

Obiettivo generale: promuovere strategie per prevenire e ridurre il fenomeno del bullismo al fine di migliorare il benessere psicofisico, sociale e relazionale del preadolescente.

Si utilizzano lezioni frontali, momenti di studio e di riflessioni individuali, nonché percorsi diversificati; si realizzano cartelloni, drammatizzazioni, giochi di ruoli, proiezioni di film, cui seguono dibattiti e discussioni su specifiche situazioni che spontaneamente vengono riportate.

### Area Tematica - CONTRASTO ALLE DIPENDENZE

#### *“NO DOPING”: progetto educativo/informativo sui rischi connessi all'uso di sostanze per migliorare l'immagine del proprio corpo*

Obiettivo generale: informare gli studenti della scuola secondaria di II grado (classi III, IV e V) sulle sostanze dopanti e gli integratori, sui danni che possono arrecare alla salute e sulla corretta assunzione di alimenti e nutrienti utili durante i periodi di attività sportiva.

### Area Tematica - SALUTE E AMBIENTE

#### *“ACQUA FONTE DI VITA”: guida all'uso responsabile delle principali risorse nella nostra vita*

Obiettivo generale: aumentare le informazioni agli alunni, alle loro famiglie e ai docenti relativamente al risparmio idrico ed alle piccole azioni per grandi risultati al fine di modificare gli atteggiamenti personali sull'uso dell'acqua.

L'intervento, rivolto agli alunni della Scuola Primaria (classe V) e della Scuola Secondaria di I grado, si fonda sul concetto che l'acqua è un prezioso bene comune, l'accesso ad essa è un diritto universale e che di conseguenza le modalità del suo consumo, per poterne assicurare continuità e salubrità, devono ispirarsi all'uso razionale e sostenibile. L'attività educativa è rivolta agli studenti ma, indirettamente, anche e soprattutto alle loro famiglie.

#### *“ATLANTIDE”: guida all'uso responsabile delle principali risorse nella nostra vita e tutela dell'ambiente*

Obiettivo generale: approfondire le problematiche legate allo sviluppo tecnologico e stimolare la consapevolezza dell'equilibrio degli ecosistemi.

Indirizzare i giovani verso scelte e comportamenti a favore dell'ambiente creando le basi di una cittadinanza attiva e responsabile.

Accrescere la consapevolezza, negli alunni della Scuola Secondaria di I grado, che solo con un corretto agire quotidiano si può salvaguardare l'ambiente. Aumentare le conoscenze delle problematiche legate allo sviluppo tecnologico, le differenze tra ritmi biologici e ritmi tecnologici e l'importanza dell'equilibrio all'interno degli ecosistemi.

Il progetto di educazione riguarda: acqua, alimentazione, aria, rifiuti, compostaggio.

***"CHIMICA & VITA": conoscere le sostanze chimiche per la salvaguardia della salute e dell'ambiente***

Obiettivo generale: approfondire le conoscenze sulla sicurezza delle sostanze chimiche per la tutela della salute umana e dell'ambiente sulla base del nuovo Regolamento CE per sviluppare una maggiore sensibilità dei rischi legati all'uso incauto di sostanze dannose per l'organismo.

### **Area Tematica - CORPO IN SALUTE**

***"UNA COLONNA FORTE... SOSTIENE TUTTA LA VITA!"***

Obiettivo generale: prevenzione delle patologie a carico della colonna vertebrale attraverso l'adozione di adeguati comportamenti nell'età evolutiva destinato agli alunni della scuola primaria (classi V) e secondaria di I grado (classi I e II).

Il programma prevede n. 2 incontri per ciascuna classe in cui si trattano i principi di anatomia, fisiologia e patologia della colonna vertebrale, con riferimento alla postura per il mantenimento di un buon rachide, all'attività fisica e, successivamente, si approfondiscono in particolare i temi relativi al buon uso dello zainetto ed alla postura corretta mediante esercitazioni, esperimenti e osservazioni, sollecitando commenti e impressioni.

### **Area Tematica - AFFETTIVITÀ, SESSUALITÀ E MST**

***"AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ"***

Obiettivo generale: promuovere il benessere e la salute dei pre-adolescenti (studenti del III anno della scuola secondaria di I grado) attraverso interventi formativi/informativi nelle scuole sui corretti stili di vita, per ridurre comportamenti a rischio.

Il Programma è sviluppato dai docenti, inizialmente formati, con metodi e strumenti didattici adeguati per affrontare con i ragazzi, i temi legati all'affettività e alla sessualità nell'era di internet, per migliorare le loro capacità e competenze (life skills), attraverso la realizzazione di 3 moduli. Il 4° modulo del Programma prevede l'intervento degli Esperti quali: Ginecologo e Psicologo.

### **Area Tematica - SPERIMENTAZIONI**

***"LA SCUOLA ADOTTA"***

Obiettivo generale: promuovere l'accoglienza e l'integrazione per la prevenzione del disagio.

Operatori Sanitari Esperti forniranno agli insegnanti metodi e strumenti didattici adeguati per affrontare con i ragazzi, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie, i temi legati all'affettività e alla sessualità nell'era di internet per migliorare le loro capacità e competenze (life skills) al fine di fare scelte autonome e responsabili, riducendo i comportamenti a rischio.

***"ACCOGLIERE SE STESSI PER ACCOGLIERE GLI ALTRI"***

Obiettivo generale: promuovere l'inclusione e valorizzare le diversità (tra stereotipi e pregiudizi).

Promuovere atteggiamenti e comportamenti finalizzati alla conoscenza di sé, all'accettazione della diversità propria e altrui, al fine di rimuovere gli ostacoli di natura socio-culturale ed emotivo-affettiva che impediscono ai ragazzi di relazionarsi in modo positivo e di interagire in maniera costruttiva all'interno di ogni contesto comunitario.



**ANALISI DEGLI OUTCOMES RELATIVA A TUTTI I PROGRAMMI SOPRAELENCATI**

ANNO SCOLASTICO 2015/2016				
Totale Scuole	Totale Classi	Totale Docenti	Totale Alunni	Totale Genitori
122	647	861	14.559	300
ANNO SCOLASTICO 2016/2017				
Totale Scuole	Totale Classi	Totale Docenti	Totale Alunni	Totale Genitori
101	587	990	11.530	1.422

**ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DI STUDI DI SORVEGLIANZA E DI INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE**

Il Dipartimento di Prevenzione di Taranto ha aderito ad una serie di studi di sorveglianza epidemiologica sulla popolazione sostenuti dalla Regione Puglia e dal Ministero della Salute. Sono state altresì effettuate indagini epidemiologiche ad hoc per l'analisi delle problematiche emergenti di salute nei soggetti in età scolare e per la conoscenza degli stili di vita, fornendo elementi oggettivi per orientare le attività verso efficaci programmi di prevenzione e promozione della salute nella popolazione.

**STUDI DI SORVEGLIANZA**

La Sorveglianza PASSI nasce dalla crescente esigenza di conoscere comportamenti e stili di vita non corretti, diventati una vera e propria emergenza sanitaria. L'obiettivo di Passi è quindi quello di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta, attraverso una raccolta permanente e sistematica di dati con la finalità di realizzare interventi mirati di Sanità Pubblica.

La raccolta di questi dati avviene attraverso interviste telefoniche ad utenti campionati, precedute da una lettera di presentazione al MMG del cittadino campionato. La Sorveglianza Passi è attiva nella ASL di Taranto dal settembre 2007 e da tale data ha sempre ottenuto il riconoscimento dell'avanzamento del 100% dall'OER. Nell'anno 2017 sono state eseguite, per il Progetto PASSI, complessivamente 330 interviste telefoniche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda fortemente la realizzazione di attività di Sorveglianza post-marketing degli eventi avversi a vaccino, in quanto: la valutazione del profilo di sicurezza delle vaccinazioni, eseguita nella fase pre-autorizzazione e basata unicamente su trials clinici, non risulta idonea a identificare effetti a lungo termine dei vaccini; nei trials pre-autorizzativi, alcuni sottogruppi di potenziali vaccinandati (per esempio le donne) potrebbero essere esclusi e pertanto il profilo di sicurezza dei vaccini potrebbe non essere definito in questi sottogruppi; inoltre alcuni eventi avversi rari potrebbero non essere osservati nei trials pre-autorizzativi.

Una trasparente sorveglianza post-marketing è altresì elemento centrale per aumentare la confidenza della popolazione generale e degli operatori sanitari sulle vaccinazioni in Italia. Le attività di sorveglianza postmarketing dei farmaci e dei vaccini sono coordinate in Italia dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Per migliorare questa attività la Regione Puglia in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha avviato in tutte le ASL Pugliesi, nel mese di Maggio 2017, una sorveglianza attiva sul vaccino MPRV in due ambulatori vaccinali per ciascuna ASL. La nostra ASL vede la partecipazione degli ambulatori di Martina Franca e di Taranto (Viale Magna Grecia e supporto quello di Via Diego Peluso) e ad oggi sono stati arruolati circa 300 bambini.

**CENTRO SALUTE E AMBIENTE PER TARANTO PROGETTO JONICO-SALENTINO**

Macroarea 2 (DGR 889/2015)

Le attività previste nelle Linee di Intervento afferenti hanno l'obiettivo di definire le relazioni tra la dose esterna dei principali inquinanti e la dose interna, con l'obiettivo di individuare appropriate strategie di prevenzione.



LINEA DI INTERVENTO 2.1: DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESPOSITIVI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, ATTRAVERSO LO STUDIO DEI CARICHI CORPOREI DEGLI INQUINANTI (METALLI PESANTI, IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI E DIOSSINE).

*Studio di monitoraggio di policlorodibenzodiossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF), e policlorobifenili (PCB) nel latte materno di donne residenti a Taranto e provincia.*

Per quanto riguarda lo studio di biomonitoraggio sui campioni di latte materno, l'obiettivo è quello di definire l'esposizione a PCDD/F e PCB di 60-80 donne residenti a Taranto e Statte e di 60-80 donne residenti in un'area a esposizione "di fondo".

A maggio 2016 la ASL Taranto ha ricevuto comunicazione da parte dell'ISS dell'avvio dello studio e pertanto si è proceduto alla notifica dello Studio al Comitato Etico di Brindisi/Taranto nella seduta del 21 luglio 2016.

Nel mese di settembre 2016 si è svolto il primo incontro tecnico operativo che ha visto la partecipazione in qualità di relatori di esponenti della Chimica Tossicologica dell'Istituto Superiore di Sanità, della Neonatologia del P.O. Centrale di Taranto, del Dipartimento di Prevenzione e della Pediatria territoriale.

L'incontro ha avuto la finalità di definire obiettivi e modalità dello studio di monitoraggio di policlorodibenzodiossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF), e policlorobifenili (PCB) di donne residenti a Taranto e Statte e di donne residenti in un'area a esposizione "di fondo" agli inquinanti oggetto dello studio (area di controllo, comuni a distanza superiore ai 30 km da Taranto quali Laterza, Ginosa, Castellaneta, Martina Franca, Manduria, Maruggio, Avetrana).

L'incontro è stato rivolto ai Pediatri ospedalieri della Neonatologia di Taranto e della Pediatria - Nido di Castellaneta e di Martina Franca, ai Pediatri di Libera Scelta dei comuni coinvolti nello studio, agli Operatori Sanitari dei Consultori familiari impegnati nei "Corsi di preparazione alla nascita", agli operatori dei Servizi vaccinali.

Il 20 ottobre 2016 è stato siglato l'Accordo di collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità e ASL di Taranto. Successivamente si è provveduto alla pianificazione sul territorio delle attività previste nella prima fase dello Studio.

Dal mese di gennaio 2017 è iniziata la fase di reclutamento delle donne che ha visto coinvolti gli Operatori Sanitari dei Consultori, gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita e i Pediatri di Libera Scelta dei comuni coinvolti dallo studio, tutti coordinati da Medici e Assistenti Sanitari del Dipartimento di Prevenzione i quali hanno svolto le seguenti attività:

- contatti continuativi con tutti gli operatori sanitari coinvolti;
- visita settimanale nei Punti Nascita per il ritiro delle check list e per il reclutamento diretto di donne ricoverate;
- raccolta di tutte le check list da consultori e PLS e chiamata attiva delle donne che rientrano nei criteri di inclusione;
- consegna dei tiralatte alle donne che hanno aderito allo studio e ritiro del consenso informato.
- Nella fase successiva, quella di ritiro dei campioni del latte, il Personale Sanitario preposto del Dipartimento di Prevenzione è stato impegnato nelle attività di seguito riportate: □ seguire le mamme nel prelievo del campione del latte;
- provvedere al ritiro del campione recandosi presso l'abitazione della donna;
- compilare il questionario dell'ISS sulle abitudini di vita della donne;
- provvedere al trasporto del campione fino alla sede della direzione del Dipartimento di Prevenzione, garantendo la catena del freddo, conservandolo fino all'invio all'Istituto Superiore di Sanità.

A luglio 2017 sono stati raccolti e spediti all'Istituto Superiore di Sanità i primi 78 campioni di latte. Nei mesi successivi è continuata la fase di reclutamento e ritiro dei campioni. A dicembre 2017 il Dipartimento di Prevenzione aveva ritirato altri 69 campioni, conservati all'interno della struttura in attesa di essere spediti all'Istituto Superiore di Sanità.

#### Macroarea 2 (DGR 889/2015)

LINEA DI INTERVENTO 2.2: VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLE ATTUALI EMISSIONI DI PCDD/F E DIOSSINA SIMILI SULLE PRODUZIONI ALIMENTARI DESTINATE AL CONSUMO UMANO – ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E MANGIMI PIANO STRAORDINARIO PER IL CONTROLLO NELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE DEGLI ALLEVAMENTI DELLA PROVINCIA DI TARANTO

Il Programma per il monitoraggio della catena alimentare è attuato attraverso la sorveglianza attiva delle aziende zootecniche e agro-alimentari dell'area e al prelievo di campioni di prodotti di origine animale (mitili, latte, formaggi, carne), foraggi destinati all'alimentazione del bestiame nonché alcuni ortaggi coltivati, secondo il piano di controllo sulle matrici alimentari, peraltro già da tempo in atto nelle aree di interesse nei confronti dei contaminanti.

Particolare attenzione è posta sugli allevamenti di mitili nelle zone adibite alla molluschicoltura di Taranto, secondo le attuali indicazioni dell'apposito Tavolo Tecnico Regionale ed il vigente Piano di monitoraggio delle zone adibite alla molluschicoltura nei mari di Taranto elaborato dal Dipartimento di Prevenzione.

In merito agli alimenti di origine vegetale si fa presente che la numerosità di campioni di ortaggi, risulta essere fortemente vincolata dal fatto che nel circondario di Taranto e, segnatamente, nelle vicinanze della zona industriale, non insistono terreni dediti alla coltura di prodotti agricoli in quantità tali da poter essere commercializzati nei mercati comunali o comunque nei circuiti della grande distribuzione. Pertanto quando è possibile i prelievi vengono effettuati in piccoli appezzamenti agricoli, posti nelle zone limitrofe dell'area industriale, dediti alla produzione di ortaggi di esclusivo consumo familiare.

Il Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche ha eseguito una serie di campionamenti volti ad individuare la eventuale contaminazione di alimenti di origine animale e mangimi da parte di diossine e PCB.

Nel corso del 2017 sono stati eseguiti 334 campioni su diverse matrici alimentari di cui 17 non conformi.

#### Macroarea 4 (DGR 889/2015)

Le attività previste nelle Linee di Intervento afferenti hanno come obiettivo il potenziamento delle attività di formazione degli operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione.

LINEA DI INTERVENTO 4.3: COMUNICAZIONE E CREAZIONE PORTALE WEB DEDICATO

In relazione alle iniziative di Comunicazione e Informazione rivolte alla popolazione contenute nella macro area 4 del Piano Salute e Ambiente il Dipartimento di Prevenzione della ASL Ta ha ritenuto utile realizzare una serie di attività, di cui ne riportiamo di seguito una sintesi.

Le iniziative intraprese hanno avuto tutte l'obiettivo principale di restituire informazioni e dati di quanto realizzato e in fase di realizzazione, alla popolazione di riferimento. Pertanto si è inteso, di concerto con la AReS Puglia di attivare un "sotto portale" (denominato CENTRO SALUTE AMBIENTE TARANTO) all'interno del medesimo sito di respiro regionale. In questo spazio web, per il quale il Dipartimento di Prevenzione ha realizzato lo spazio logico concettuale, sono state pubblicate molte delle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del Piano Straordinario Salute e Ambiente.

Nel corso dell'anno 2017 tra i servizi realizzati ricordiamo quelli dedicati a:

- Programma di Sorveglianza Cardio-Vascolare e di Salute Respiratoria;
- al counseling nutrizionale;
- ai corretti stili di vita;
- al monitoraggio dei mitili;
- alla sorveglianza degli allevamenti zootecnici.

Una particolare attenzione è stata riservata nella homepage alla pubblicazione dei "wind day". L'informazione infatti non si è limitata alla pubblicazione nelle news della notizia relativa alla previsione delle giornate di "wind day" ma ha visto anche la produzione da parte del Dipartimento di Prevenzione di un decalogo di misure cautelative per la popolazione da adottare durante le giornate interessate dal "wind day".

La promozione delle attività legate al Piano Straordinario Salute e Ambiente sono state altresì illustrate e promosse anche aderendo a diversi inviti provenienti dalle Istituzioni locale e dal mondo associativo del territorio.

*Centro Salute Ambiente – Piano di offerta di prestazioni per la Prevenzione e l’Assistenza delle patologie associate all’inquinamento ambientale a Taranto e Statte (art. 2 comma 4 quinquies legge 6/2014)*

#### SORVEGLIANZA SALUTE RESPIRATORIA E CARDIOVASCOLARE

L’analisi di fattibilità e di congruità del Programma di Prevenzione primaria del rischio cardiovascolare ha considerato diverse fonti di dati routinari e di studi ad hoc sulla popolazione di Taranto. Dalla valutazione multidimensionale sono scaturite le fasce di età della popolazione da prendere in esame anche in relazione al sesso.

Gli obiettivi di questa linea di intervento sono rappresentati da:

- riduzione degli eventi cardiovascolari acuti (IMA) tramite l’attivazione di un programma di prevenzione cardiovascolare attraverso l’utilizzo dello score del rischio cardiovascolare individuale (considerando come soggetti a rischio potenziale coloro che hanno RCI >5-9%) in definite fasce di età e in aree a maggior incidenza di IMA;
- diagnosi precoce della malattie broncopolmonari croniche mediante la spirometria (con gold standard affidabile di riferimento).

Il Dipartimento di Prevenzione ha curato lo start-up, gli aspetti di accordo tra MMG e vertici aziendali, l’implementazione della “rete interna”, attraverso la formazione di assistenti sanitari, assunti ad hoc, fino alla costruzione di un software dedicato realizzato dai Tecnici Informatici.

In particolare, la prima fase operativa ha visto una fase di affiancamento degli assistenti sanitari neoassunti con il personale del Dipartimento di Prevenzione (medici igienisti e infermieri) per la formazione didattico-pratica relativa anche all’utilizzo degli strumenti clinici. Il personale suddetto è stato appositamente formato anche presso il Presidio Pneumologico da parte di specialisti pneumologici e ha eseguito un Corso teorico-pratico sulla fisiopatologia respiratoria e sull’esecuzione ed interpretazione dell’esame spirometrico.

Per la gestione informatica del Programma è stato predisposto da tecnici informatici assunti ad hoc un software gestionale dedicato, modulare e flessibile, creando un sofisticato ambiente informatico. La realizzazione dell’ambiente informatico è avvenuta in maniera sequenziale mediante fasi successive:

- fase 1: Studio, si è proceduto all’individuazione dei processi del flusso di lavoro, delle possibili criticità e delle attività previste dal progetto.
- fase 2: Analisi dei dati, ha riguardato tutte le attività di reperimento dei dati necessari all’avviamento delle procedure di selezione dei soggetti da sottoporre a screening, all’elaborazione degli stessi per il reclutamento e alla predisposizione dei ruoli sanitari nelle aree di intervento (medici, assistenti sanitari, operatori ...).
- fase 3: Progettazione dell’ambiente informatico e dello sviluppo embrionale dello stesso, sono stati messi in opera i primi algoritmi per testare l’approccio automatico ai principali processi di progetto e per verificarne la reale rispondenza con le specifiche raccolte.

Successivamente è stata realizzata una piattaforma di servizi atta a seguire le varie fasi di processo, affinché possano essere svolte in maniera collaborativa e regolamentate mediante schemi gerarchici e di workflow. Il programma di screening del rischio cardiovascolare e respiratorio, rivolto universalmente a uomini e donne residenti a Taranto e Statte, rispettivamente a partire dall’età di 40 anni per il sesso maschile e 45 anni per quello femminile.

La somministrazione di un questionario anamnestico ha permesso di rilevare abitudini e stile di vita dei soggetti (fumo, alimentazione, attività fisica).

Per ciascun soggetto sottoposto a visita di primo livello sono stati valutati pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia totale, curva spirometrica, peso e altezza.

Inoltre attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato vengono valutati gli stili di vita. I dati rilevati sono raccolti in una scheda valutativa (“bilancio di salute preventivo”).

Il profilo di salute cardiovascolare è stato valutato attraverso il linkage di questi parametri alle carte del rischio cardiovascolare (RCV) del "Progetto Cuore".

La visita di screening (visita di primo livello) è effettuata dagli assistenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione, inizialmente presso gli studi di alcuni MMG, successivamente presso gli ambulatori territoriali del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Socio Sanitario.

L'impianto metodologico del programma è stato condiviso con i MMG. Nella fase di avvio (coorti 40enni uomini e 45enni donne) è stata eseguita la "pulizia delle liste" degli assistiti, secondo condivisi criteri di esclusione, dalla comunicazione all'esito della valutazione, fino al counselling motivazionale al cittadino, per incoraggiarlo ad entrare nei percorsi attivi di "benessere e salute".

A seguito dell'estensione su larga scala del Programma a tutte le coorti di assistiti dai 40 ai 60 anni di età sono stati presi in considerazione i codici di esenzione ticket per patologia ai fini di una prima selezione secondo i criteri di esclusione previsti dal programma.

Nell'ambito di questo programma, per i soggetti a rischio sono stati attivati dei percorsi nutrizionali, di disassuefazione dall'abitudine tabagica, nonché delle visite specialistiche di secondo livello (cardiologiche e pneumologiche), finalizzate alla riduzione del rischio cardio-respiratorio, attraverso la promozione di stili di vita corretti e un potenziamento dell'offerta sanitaria gratuita.

Ad oggi, sono stati sottoposti a visita preventiva 12.273 utenti su un totale di circa 23.596 utenti oggetto di chiamata attiva, che è stata attuata sulla totalità degli arruolabili, prevedendo l'invio di una lettera di invito e anche successive azioni di recall cartaceo e telefonico.

Lo stato dell'arte delle visite preventive aggiornate al 31 dicembre 2017 è descritto nella tabella seguente:

Il programma di sorveglianza cardiovascolare e di salute respiratoria ha previsto altresì la realizzazione di tutti quei materiali indispensabili per la conduzione del Programma: dalle lettere di invito alla modulistica per il consenso informato, dalla reportistica degli esiti della visita fino alla gestione dell'invio attraverso il web delle newsletter ai soggetti arruolati.

#### VISITE SPECIALISTICHE DI APPROFONDIMENTO: METODOLOGIA E RISULTATI

Lo screening ha visto la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione, nel ruolo di struttura di coordinamento tra i MMG, con i suoi assistenti sanitari, i tecnici informatici (che hanno elaborato una piattaforma modulare per l'elaborazione dei dati sanitari in veste statistica), lo specialista cardiologo, lo pneumologo in staff al Dipartimento di Prevenzione.

##### *Approfondimento Cardiologico*

L'utenza informata tramite lettere d'invito in giorni prestabiliti, viene valutata negli ambulatori ASL o dei MMG con un primo incontro da un assistente sanitario che dopo aver fatto firmare il consenso informato, somministra un questionario sullo stile di vita (redatto dal gruppo specialistico e sanitario del Dipartimento di Prevenzione) e rileva i parametri clinici e strumentali: pressione arteriosa, stick glicemico, colesterolemico, dati antropometrici e spirometria.

Sono state individuate per lo screening zone con rischio ambientale ed è stato valutato nei residenti il grado di rischio cardiovascolare, lo score del rischio assoluto CV (definendo la possibilità di ammalare di patologia CV a 10 anni (Carta del Rischio Europeo linee Guida ESC 2015) e la predisposizione a patologie respiratorie.

Per gli utenti con parametri laboratoristici fuori range è stato istituito il codice di esenzione DO1 per

ASSISTITI	ESCLUSI PER PATOLOGIA	ARRUOLABILI	LETTERE INViate	RIFIUTO ESPRESSO	NON SI PRESENTA INSEGUITO A RECALL	SOTTOPOSTI A VISITA	% ADESIONE ALLE VISITE	IN ATTESA
24.269	673	23.596	23.596	2.185	6.759	12.273	52%	2.379

una rivalutazione in forma gratuita del valore patologico con prelievo ematico.

Per i valori della pressione fuori range (Linee Guida ESC Ipertensione 2014) l'utente viene inviato al MMG e se associate altri fattori di rischio invitato a visita cardiologica.

L'utente con BMI patologico o fumatore con o senza spirometria patologica viene indirizzato a counseling nutrizionale disassuefazione dal fumo o visita pneumologica.

Gli utenti con fattore di rischio medio-alto vengono indirizzati a visita cardiologica ASL, escludendo chi preferisce un cardiologo personale privato.

Agli utenti durante la visita cardiologica viene rivalutata la anamnesi recente, il peso, la pressione arteriosa in concomitanza della valutazione specialistica.

Tabella riassuntiva visite cardiologiche eseguite al 31 dicembre 2017

ARRUOLABILI PER L'APPROFONDIMENTO CARDIOLOGICO	VISITE ESEGUITE	GIÀ SEGUITI DA CARDIOLOGO PRIVATO	RIFIUTI	IN ATTESA DI VISITA	NON RAGGIUNGIBILI
942	366	212	155	92	117

La valutazione dei dati fa notare l'importanza di una coordinazione territoriale della prevenzione primaria, dove al Dipartimento di Prevenzione compete un ruolo di sanità pubblica centrale attraverso le valutazioni epidemiologiche e di screening ai fini di individuare i soggetti a rischio.

**Approfondimento Pneumologico**

Per quanto riguarda l'APPROFONDIMENTO PNEUMOLOGICO, la Direzione Sanitaria aziendale ha delineato un percorso per avviare la valutazione specialistica di secondo livello attraverso l'esecuzione di visite pneumologiche finalizzate ad un accertamento diagnostico e strumentale per i soggetti già sottoposti a spirometria "semplice" nel corso della visita preventiva.

L'accertamento pneumologico di approfondimento (successivo alla visita preventiva eseguita dagli assistenti sanitari) prevede una visita e una spirometria da parte dello specialista pneumologo. La visita specialistica pneumologica tiene conto della indicazione riportata sul referto di screening a seguito della esecuzione di una spirometria risultata anomala.

Prospetto delle attività dall'avvio del percorso pneumologico al 31 dicembre 2017

ARRUOLABILI PER L'APPROFONDIMENTO PNEUMOLOGICO	VISITE ESEGUITE	GIÀ SEGUITI DA PNEUMOLOGO PRIVATO	PRIME VISITE	VISITE SUCCESSIVE ALLA PRIMA	RIFIUTI
656	557	30	476	81	34

**PROGRAMMA DI PREVENZIONE PRIMARIA SUI CORRETTI STILI DI VITA RIVOLTA ALLA POPOLAZIONE TARANTINA**

L'obiettivo generale del Programma di prevenzione primaria sui corretti stili di vita rivolta alla popolazione tarantina è rappresentato dalla riduzione del rischio delle patologie cronico degenerative correlate agli scorretti stili di vita. Questa linea di intervento è strettamente correlata alla precedente e ne rappresenta la risposta operativa ai fini della prevenzione nei confronti dei fattori di rischio comportamentali.

Per quanto riguarda la parte relativa all'articolato percorso della promozione della corretta alimentazione, in fase di avanzata realizzazione, si stanno ottenendo degli ottimi risultati in termini di adesione e di efficacia. Lo stato dell'arte in merito all'adesione ai percorsi di counselling nutrizionale al 31 dicembre 2017 ha visto la partecipazione di oltre 3.348 utenti che hanno aderito al programma e che hanno eseguito la prima visita, per un totale di oltre 6.678 visite dietistiche eseguite incluse le visite eseguite successivamente alla prima.

Per la conduzione informatica del Programma è stato messo a punto un gestionale dedicato. Anche per questa Linea di Intervento sono stati prodotti vari materiali informativi e di supporto al percorso di counseling.

Per quanto attiene la disassuefazione al fumo di sigaretta, è stato organizzato dal Dipartimento di Prevenzione un Corso di formazione ad hoc sul "Counseling breve motivazionale di 1° livello per

fumatori in setting sanitari opportunistici” con l’obiettivo di aumentare le conoscenze e le competenze degli operatori sanitari sul tabagismo, cui è seguito un successivo Corso sul 1° livello di “Trattamento in setting sanitari opportunistici” al fine di attivare lo specifico e già previsto percorso di salute. Il gruppo operatori sanitari della ASL di Taranto formato è costituito da operatori sanitari afferenti a varie Strutture della ASL TA - medici igienisti, medici pneumologi, psicologi, infermieri, assistenti sanitari ed educatori - hanno già avviato sul campo le attività secondo una rete di collaborazione.

Per quanto attiene i percorsi di disassuefazione dall’abitudine tabagica al 31 dicembre 2017 hanno aderito circa 3.843 soggetti che hanno ricevuto il counseling breve e 180 hanno partecipato ai trattamenti di gruppo e individuali.

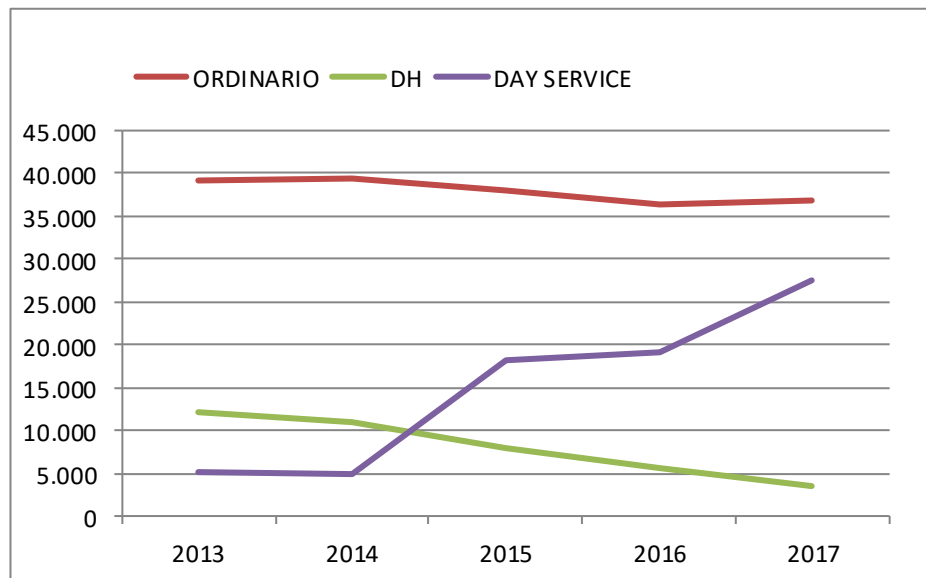
**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Anche l'ASL Taranto ha in atto la verifica dell'organizzazione della propria rete ospedaliera. E' questo infatti un aspetto molto importante per gli impatti che può determinare sull'adeguatezza e l'efficacia dell'offerta di cure secondarie, sui costi per il sistema sanitario pubblico con conseguente impatto sulla politica fiscale e sulle finanze pubbliche. Il nuovo modello organizzativo verso cui tende la rete ospedaliera è la riorganizzazione degli ospedali contestualmente al sistema del soccorso territoriale e dei trasporti sanitari tra i nodi della rete, in una logica unitaria che garantisca uniformità di accesso e di servizio su tutto il territorio aziendale, attraverso il sistema Hub ed Spoke.

In altri Paesi, l'adozione di tale modello ha permesso di verificare come effettivamente la concentrazione dei servizi sanitari ad alta complessità in un numero limitato di centri Hub e la conseguente razionalizzazione del rapporto con i centri Spoke abbia consentito di raggiungere importanti risultati in termini di efficienza, accessibilità ai servizi, qualità nell'assistenza e riduzione della frequenza di esiti avversi ed appropriatezza delle prestazioni erogate per ogni singolo nodo della rete

In termini assoluti l'assistenza Ospedaliera è oramai avviata verso trend decrescenti con spostamento delle attività su setting assistenziali più appropriati.

Regime	2013	2014	2015	2016	2017
ORDINARIO	39.222	39.486	38.079	36.427	36.924
DH	12.028	11.069	7.918	5.628	3.444
DAY SERVICE	5.203	4.910	18.165	19.222	27.527



Si riporta inoltre un dato di sintesi relativo agli indici di attività e di struttura.

Presidio	Stabilimento	Casi Trattati Degenza		Peso Medio		Degenza Media		Tasso di Occupazione	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Centrale	SSAnnunziata	17.357	18.462	1,11	1,14	6,85	6,88	96%	90%
	SGMoscati	3.780	3.624	1,35	1,27	11,57	11,86	97%	98%
	Grottaglie	2.037	1.195	0,93	1,10	8,12	10,79	55%	95%
Occidentale	Castellaneta	4.593	5.002	0,87	0,87	5,85	5,68	74%	76%
Orientale	Manduria	3.325	3.075	1,17	1,23	8,33	8,87	91%	97%
Valle d'Itria	MartinaFranca	5.335	5.567	0,94	0,98	6,01	6,29	87%	83%
Totale Azienda		36.427	36.925	1,07	1,10	7,30	7,41	88%	89%

Il percorso di miglioramento nell'appropriatezza prestazionale e assistenziale prosegue, soprattutto nel trasferimento su altri setting di prestazioni altrimenti inappropriate.

Il peso medio delle prestazioni tende verso un lieve aumento, soprattutto in relazione alle casistiche di specifiche discipline, quali la Chirurgia Generale del P.O. Centrale. La degenza media è pressochè costante, mentre diminuisce il tasso di occupazione.

Aumenta l'offerta di prestazioni ambulatoriali, con un aumento generale del 3%: l'aumento è più consistente se si considerano le singole tipologie di prestazioni, in particolare la Patologia Clinica con un più 6,3%, la Radiologia Diagnostica con un più 12,2%.

Particolarmente consistente è l'aumento delle prestazioni ambulatoriali complesse, effetto del passaggio delle prestazioni di ricovero afferenti ai 108 DRG a rischio di inappropriatezza al setting assistenziale corretto: si è registrato infatti un aumento del 41% rispetto all'anno precedente.



**PRESTAZIONI AMBULATORIALI: TUTTE**

STABILIMENTO	Prestazioni			[D]=[C/A] Var %	Tariffato			[D]=[C/A] Var %
	[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017		[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017	
Castellaneta	912.211	712.628	740.638	3,9%	8.212.131	7.866.310	8.219.652	4,5%
Manduria	720.276	642.900	678.863	5,6%	7.282.179	7.579.906	8.091.193	6,7%
MartinaFranca	440.268	462.841	573.025	23,8%	9.135.642	10.836.340	11.312.597	4,4%
Grottaglie	460.100	339.690	288.715	-15,0%	3.541.890	3.095.242	3.514.717	13,6%
SGMoscati	833.752	618.315	548.733	-11,3%	8.253.201	7.776.115	8.580.858	10,3%
SSAnnunziata	1.234.219	1.112.443	1.061.930	-4,5%	18.880.683	15.710.376	14.551.334	-7,4%
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.600.826</b>	<b>3.888.817</b>	<b>3.891.904</b>	<b>0,1%</b>	<b>55.305.726</b>	<b>52.864.289</b>	<b>54.270.351</b>	<b>2,7%</b>

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI: PATOLOGIA CLINICA**

STABILIMENTO	Prestazioni			[D]=[C/A] Var %	Tariffato			[D]=[C/A] Var %
	[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017		[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017	
Castellaneta	607.319	414.999	410.532	-1,1%	1.936.682	1.356.108	1.340.954	-1,1%
Manduria	426.649	310.740	343.667	10,6%	1.530.970	1.162.966	1.289.908	10,9%
MartinaFranca	118.114	102.277	197.455	93,1%	406.867	370.912	648.400	74,8%
Grottaglie	307.061	224.855	219.556	-2,4%	950.756	759.966	745.782	-1,9%
SGMoscati	535.887	425.260	447.694	5,3%	1.991.435	1.586.129	1.624.678	2,4%
SSAnnunziata	508.290	436.467	477.515	9,4%	2.828.083	2.489.298	2.558.538	2,8%
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.503.320</b>	<b>1.914.598</b>	<b>2.096.419</b>	<b>9,5%</b>	<b>9.644.792</b>	<b>7.725.378</b>	<b>8.208.258</b>	<b>6,3%</b>

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**

STABILIMENTO	Prestazioni			[D]=[C/A] Var %	Tariffato			[D]=[C/A] Var %
	[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017		[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017	
Castellaneta	37.127	34.909	38.786	11,1%	1.757.664	1.721.349	1.905.139	10,7%
Manduria	11.564	12.096	11.555	-4,5%	590.965	599.527	628.253	4,8%
MartinaFranca	18.644	17.786	17.736	-0,3%	1.571.234	1.538.777	1.562.807	1,6%
Grottaglie	10.136	9.018	9.322	3,4%	608.465	537.406	565.728	5,3%
SSAnnunziata	36.355	31.258	30.725	-1,7%	2.813.096	2.049.734	2.572.504	25,5%
<b>Totale complessivo</b>	<b>113.826</b>	<b>105.067</b>	<b>108.124</b>	<b>2,9%</b>	<b>7.341.423</b>	<b>6.446.794</b>	<b>7.234.431</b>	<b>12,2%</b>

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI: PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSE (PAC)**

STABILIMENTO	Prestazioni			[D]=[C/A] Var %	Tariffato			[D]=[C/A] Var %
	[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017		[A] 2015	[B] 2016	[C] 2017	
Castellaneta	3.151	2.134	2.351	10,2%	1.100.327	978.537	1.098.197	12,2%
Manduria	1.899	2.562	3.385	32,1%	1.131.157	1.154.703	1.546.041	33,9%
MartinaFranca	1.908	3.018	4.392	45,5%	1.108.366	1.732.519	2.222.726	28,3%
Grottaglie	178	360	1.095	204,2%	131.801	315.112	1.111.633	252,8%
SGMoscati	8.910	7.998	12.401	55,1%	2.360.594	2.684.916	3.960.754	47,5%
SSAnnunziata	2.119	3.150	3.903	23,9%	944.299	1.007.771	1.183.887	17,5%
<b>Totale complessivo</b>	<b>18.165</b>	<b>19.222</b>	<b>27.527</b>	<b>43,2%</b>	<b>6.776.544</b>	<b>7.873.558</b>	<b>11.123.237</b>	<b>41,3%</b>

## Accessi di Pronto Soccorso

Nell'estate del 2016, si è proceduto alla chiusura dei PS di Grottaglie e del S.G. Moscati, con riconversione degli stessi in Punti di primo intervento.

La chiusura dei due punti non ha determinato, di fatto, la redistribuzione degli accessi sugli altri punti di PS ed, in particolare, sul SS. Annunziata. Sono calati infatti, in maniera considerevole i codici bianchi e i codici verdi, ovvero i codici maggiormente sensibili ad accessi inappropriati.

Struttura d'accettazione d'urgenza	ACCESSI		
	[A] 2016	[B] 2017	[C]=[B/A] Var %
Castellaneta	22.407	25.207	12,5%
Manduria	23.908	24.335	1,8%
MartinaFranca	25.796	28.311	9,7%
<i>Grottaglie (*)</i>	9.266		
<i>SGMoscati (*)</i>	14.203		
SSAnnunziata	65.317	69.159	5,9%
<b>ACCESSI TOTALE</b>	<b>160.897</b>	<b>147.012</b>	<b>-8,6%</b>

Dal 1 luglio 2016 i PP.SS. Dello stabilimento di Grottaglie e del S.G.Moscati sono stati convertiti in P.P.I.

TRIAGE	ACCESSI		
	[A] 2016	[B] 2017	[C]=[B/A] Var %
bianco - non critico	4.016	3.861	-3,9%
verde - poco critico	106.315	89.661	-15,7%
giallo - mediamente critico	46.904	48.323	3,0%
rosso - molto critico	3.134	4.578	46,1%
nero - deceduto	8	11	37,5%
non rilevato per accesso diretto	476	541	13,7%
non specificato	44	37	-15,9%
<b>ACCESSI TOTALE</b>	<b>160.897</b>	<b>147.012</b>	<b>-8,6%</b>

Fonte: SID Edotto

**ASSISTENZA TERRITORIALE**

Il potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali è stato costante ed ha consentito un miglioramento generale dell'efficienza organizzativa distrettuale e dell'appropriatezza clinica nell'ottica dell'ottimizzazione della spesa sanitaria.

Per ciò che riguarda il Servizio di cure domiciliari integrate, è possibile registrare il miglioramento in termini di efficienza ed appropriatezza del servizio.

La specialistica ambulatoriale, è stata potenziata nell'offerta (ore di attività, numero di branche specialistiche attive, day service) con il conseguente incremento dei consumi di prestazioni ambulatoriali ed il miglioramento degli indicatori di efficienza operativa.

Sono stati adottati nuovi modelli assistenziali (es: day service per il diabete) che hanno consentito di ottimizzare la gestione delle patologie ad alto impatto socio-sanitario ed economico. Nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza farmaceutica, sono state rafforzate le relazioni e le sinergie con i medici di medicina generale, al fine del perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

	2016	2017
Punti	31	34
Medici titolari	134	134
Medici indennità piena disponib.	0	0
Ore totali	186.562	193.688
Contatti effettuati	82.523	89.104
Ricoveri prescritti	1.094	1.287
Medici disponibilità domiciliare	11	38
Ore apertura servizio	144.903	124.769

ASSISTENZA DOMICILIARE

<b>Assistenza Domiciliare</b>		
<b>Anno</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Casi trattati	6.896	7.117
Casi trattati - anziani	4.910	5.071
Casi trattati - terminali	1.303	1251
Casi trattati - ALTRI	683	795
Utenti in lista di attesa	35	390
Accessi del personale medico	62.487	60.531
Accessi personale medico - anziani	37.618	39120
Accessi personale medico - terminali	18.569	14199
Accessi personale medico - ALTRI	6.300	7.212
Ore di assistenza erogata - Terapisti della riabilitazione	6.937	358
Ore di assistenza erogata - Infermieri professionali	110.252	10.897
Ore di assistenza erogata - Altri operatori	169.602	23.993
Ore di assistenza erogata -Totale	286.791	35.248
Ore di assistenza erogata - anziani - Terapisti della riabilitazione	6.370	294
Ore di assistenza erogata - anziani - Infermieri professionali	75.728	1.765
Ore di assistenza erogata - anziani - Altri operatori	136.825	16.637
Ore di assistenza erogata - anziani - Totale	218.923	18.696
Ore di assistenza erogata - terminali - Terapisti della riabilitazione	102	33
Ore di assistenza erogata - terminali - Infermieri professionali	15.449	7845
Ore di assistenza erogata - terminali - Altri operatori	3.003	516
Ore di assistenza erogata - terminali - Totale	18.554	8394
Accessi degli operatori - Terapisti della riabilitazione	6.376	2202
Accessi degli operatori - Infermieri professionali	123.444	69909
Accessi degli operatori - Altri operatori	127.456	59395
Accessi degli operatori - Totale	257.276	131506
Accessi degli operatori - anziani - Terapisti della riabilitazione	5.722	2083
Accessi degli operatori - anziani - Infermieri professionali	81.679	47746
Accessi degli operatori - anziani - Altri operatori	101.984	50347
Accessi degli operatori - anziani - Totale	189.385	100176
Accessi degli operatori - terminali - Terapisti della riabilitazione	109	42
Accessi degli operatori - terminali - Infermieri professionali	16.821	13060
Accessi degli operatori - terminali - Altri operatori	2.574	710
Accessi degli operatori - terminali - Totale	19.504	13812

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Anno	2016	2017
N° ricette medicinali e galenici	7.172.471	7.009.106
Importo ricette medicinali e galen.	102.973.458	98.611.907
Importo assistenza integrativa	7.580.178	8.194.524
Importo ticket e quote fisse	21.324.974	21.231.098
Distribuzione farmaci PHT	2.045.985	2.444.368

**DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Di seguito si riporta una serie di tabelle che evidenziano l'attività svolta dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti Tossicodipendenti in carico DDP ASL TA	2188	1977	2281
Utenti gioco patologico in carico DDP ASL TA	189	172	120
Utenti alcolodipendenti DDP ASL TA	477	159	172
Accertamenti legali per assenza di dipendenza	393	585	
Accertamenti legali Commissioni patenti	1156	405	
Segnalazioni Prefettura	239		52
Affidamento e/o con benefici alternativi alla detenzione	300	233	102

*Prestazioni ambulatoriali*

descrizione	2015	2016	2017
n° medio giorni di apertura SERT (mese)	21,10	21,1	22,5
n° medio ore giornaliere di apertura dei Sert	7,80	7,3	6,9
n° operatori Sert (medio annuale)	50	55,5	61,3
n° utenti Sert (medio)	1.995	2.240	1576
n° utenti nuovi ingressi	507	758	645
n° utenti che hanno concluso il trattamento	325	101	
n° utenti inviati in CT	162	135	160
n° prestazioni mediche ambulatoriali	40.581	24.758	40612
n° prestazioni ambulatoriali infermieristiche	60.011	95.842	56543
n° somministrazioni farmacologiche	148.034	79.482	218181
n° prestazioni ambulatoriali psicologiche	6.305	6.455	3512
n° prestazioni ambulatoriali socio-educative	25.122	19.723	21557
n° visite domiciliari	1.444	461	
n° attività varie di riduzione del danno	614	2682	

*Attività intramuraria (Casa Circondariale)*

Descrizione	2015	2016	2017
n° medio ore giornaliere di apertura Sert intramurario (Casa Circondariale)	4	4	4
n° operatori Sert intramurario (casa circondariale)	6	6	7,5
N° utenti nuovi ingressi casa circondariale	214	299	343
n° prestazioni mediche ambulatoriali casa circondariale	1647	1.522	3005
N° somministrazioni farmacologiche casa circondariale	5584	6.364	13235
n° prestazioni ambulatoriali psicologiche casa circondariale	1101	1103	1679
N° prestazioni ambulatoriali socio-educative casa circondariale	744	630	1379

**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**

Unità Operative	UTENTI IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO					
	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	Ambulatoriali	Domiciliari	Ambulatoriali	Domiciliari	Ambulatoriali	Domiciliari
S.C. -E.A. *	180	55	253	45	233	48
s.s. -E.E. o	111	18	115	15	109	15
U.T.R. n. 1	135	91	120	70	126	75
U.T.R. n. 2	194	111	128	97	135	78
U.T.R. n. 3	290	93	155	64	168	76
U.T.R. n. 4	229	50	279	19	263	30
U.T.R. n. 5	109	94	100	103	99	123
U.T.R. n. 6	230	59	215	54	229	55
U.T.R. n. 7	107	56	105	54	83	69
TOTALE	1.585	627	1470	521	1.445	569

	2015	2016	2017
Pazienti	2.150	2.212	2.014
Tattamenti	158.838	163.418	165.305

*Attività svolta dall'UO Riabilitazione Psicosociale (Centro Diurno)*

Utenti semiresidenziali	2015	2016	2017
Utenti semiresidenziali	35	35	35
Visite neurologiche	120	180	160
Visite fisiatriche	105	85	95
Interventi psicologici	105	105	105

**SC DISABILITÀ DELL'ETÀ ADULTA**

Descrizione	2015	2016	2017
Visite neurologiche	1.214	1.190	1.169
Visite fisiatriche	415	395	437
E.E.G.	205	95	/
Utenti in trattamento domiciliare	55	48	48
Utenti in trattamento ambulatoriale	180	170	233
Stesura piani riabilitativi	6.800	7.200	7.632
Prescrizioni protesiche	205	195	283
Partecipazione U. V.M.	95	120	171
Attività Servizio Sociale	950	1.250	1.450
Prime visite	590	780	805
Visite di controllo	580	530	612
Collaudi	205	195	283
Controllo appropriatezza	4.900	5.800	7.000
Progetti Riabilitativi inviati allo O.S.M.A.I.R.M.	4.900	5800	7.000
Prog. riabt di ric a tempo pieno strut accr (prov.li extraprov.li. extrare)	78	105	112
Idoneità Centri Diurni sani e extra socio sanitari	800	780	809
Anagrafe Sanitaria Utenti (nuovi accessi)	1815	-	-

**SC DISABILITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	18	15	15
Trattamenti domiciliari	753	1.186	1.186
Utenti in trattamento ambulatoriale	111	115	109
Trattamenti ambulatoriali	2.803	2.014	1.908
Prestazioni extramurali	31	114	128
Attività Servizio Sociale	750	880	980
Attività psicologica	607	650	693
Visite domiciliari	255	144	151
Prime visite	522	563	571
Visite multidisciplinari			/
Visite di controllo	357	398	408
Prescrizioni	260	305	329
Collaudi	82	218	241
Valutazioni ortesiche	27	65	73
Controllo appropriatezza	979	328	379
Relazioni cliniche e per ausili scolastici	53	74	83
Diagnosi Funzionali	12	6	7
Assist. per inoculazione interventi tossina botulinica	22	30	12
Progetti riabilitativi inviati allo O.S.M.A.I.R.M.			
Progetti di ricovero tempo pieno strutture extraprovinciali	20	14	16
Partecipazione U. V. M.	5	5	6

*Servizio integrazione sociale lavorativo SISL Taranto- Martina Franca*

ATTIVITÀ DI AREA	2015	2016	2017
Contatti	440	988	970
Sportello Informativo	880	239	245
Accesso Utenti	119	42	51
Valutazione multidisciplinare	96	120	126
Consulenze di mediazione al lavoro	96	305	310
Contatti con Aziende	349	150	154
Presentazione in Aziende	20	42	43
Rapporti con Enti	185	190	187
Tirocini in Azienda Finalizzato (A) ; Non Finalizzato (B)	79	42	40
	A-69; B-10	A-69; B-10	A-70; B-08
Progetto di Vita	96	250	248
Colloqui utenti	109	150	162
Assunzioni	0	76	37

*Utenti idroterapia*

	2016	2017
Idroterapia	94	179
Trattamenti in acqua	1.198	2.282



**Attività UTR n. 1 – Castellaneta, Ginosa, Laterza e Palagianello**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	91	70	75
Utenti in trattamento ambulatoriale	135	120	126
Visite fisiatriche	-	-	/
Diagnosi funzionali	70	73	79
U.V.M. adulti -Verifiche C.D.	13	33	41
U. V.M. minori	2	/	/
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	38	38	38
Utenza Integrazione Scolastica	266	317	329
Relazioni diagnostiche e di trattamento (C.D. / commissioni etc)	16	21	25
Incontri gruppi H (ai sensi del D.P.R. del 24.02.1994 per l'Integrazione Scolastica)	598	613	654
BES -D.S.A.	42	38	39
Psicoterapia ambulatoriale	54	35	31
Appropriatezza O.S.M.A.I.R.M.	1.030	0	/
Autorizzazioni trasporto	115	145	131

**Attività UTR n. 2 – Massafra, Statte, Mottola e Palagianio**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	111	53	78
Utenti in trattamento ambulatoriale	194	101	135
Visite fisiatriche	63	53	40
Diagnosi funzionali -D. F. gravi	47 -73	44 -0	38 - 00
U. V.M. adulti -Verifiche C.D.	14 -73	35	41
U. V.M. minori	0	2	3
Relazioni e certificazione D.S. A. -BES	*	48 -22	51 - 23
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	13	11	11
Utenza Integrazione Scolastica	222	257	227
Incontri gruppi H (ai sensi del D.P.R. del 24.02.1994 per l'Integrazione Scolastica)	444	514	498
Appropriatezza O.S. .M.A.I.R.M. minori	9	15	18
Appropriatezza O.S. .M.A.I. R.M.	1.033	1.069	1.125
Autorizzazione al trasporto	12	18	18
Verifiche Centri Diurni	4	4	5

**Attività UTR n. 3 – Taranto-Tamburi, Via Viola, Viale Magna Grecia**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	93	64	76
Utenti in trattamento ambulatoriale	290	155	168
Visite fisiatriche	25	0	/
Diagnosi funzionali	290	312	329
Relazioni diagnostiche e di trattamento (C.D. -commissioni etc)	97	119	125
U.V.M. adulti -Verifiche per C.D.	0	0	/
U.V.M. minori	0	0	/
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	24	27	27
Utenza Integrazione Scolastica	667	687	703
Incontri Gruppi H (ai sensi del D.P.R. del 24.02.94 per l'Integrazione Scolastica)	1.085	1.183	1.208

**Attività UTR n. 4 – Taranto-Tramontone, Via Bergamini**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	50	19	30
Utenti in trattamento ambulatoriale	229	279	263
Diagnosi Funzionali	104	85	86
Visite fisiatriche	79	87	43
U.V.M. adulti		0	/
U.V.M. minori	9	2	2
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	22	21	21
Utenza Integrazione Scolastica	459	454	483
Appropriatezza O.S.M.A.I.R.M.	170	184	190
Incontri di G.L.H. e G.H.I. (ai sensi del D.P.R. del 24.02.94 per l'Integrazione Scolastica)	1.049	1.005	1.127
Valutazioni Neuropsicologiche (per disturbi di apprendimento, per DSA, per N.P.I. e per B.E.S.)	50	46	85

**Attività UTR n. 5 – Martina Franca, Crispiano**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	94	103	123
Utenti in trattamento ambulatoriale	109	100	99
Utenti sottoposti a valutazioni multidisciplinari	149	159	138
Diagnosi Funzionali (nuove certificazione e aggiornamenti)	69	72	64
Certificazioni DSA e BES	19	10	17
Visite fisiatriche	347	328	315
Utenti trasporto assistito (verificati e/o autorizzati)	16	30	34
U.V.M. adulti	56	38	8
U. V.M. minori	0	1	/
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	12	12	12
Utenza Integrazione Scolastica	250	277	281
Incontri di G.L.H. G.H.I. (ai sensi del D.P.R. del 24.02.94 per l'Integrazione Scolastica)	24 (G.L.H.)	16 (G.L.H.)	17 (G.L.H.)
	437 (G.H.I)	472 (G.H.I)	527 (G.H.I)
Utenti inserito nel Centro Diurno (monitoraggio e verifica)	30	28	27
Valutazioni appropriatezza O. S.M. A. I. R. M.	340	249	330
	3°	0	/

**Attività UTR n. 6 – Grottaglie, Monteiasi, Pulsano, San Giorgio, Leporano, Carosino, Faggiano, Monteparano, Roccaforzata, San Marzano**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	59	54	55
Utenti in trattamento ambulatoriale	230	215	229
Visite fisiatriche	173	83	95
Appropriatezza	/	0	/
Diagnosi Funzionali	180	202	215
U.V.M. adulti -Verifiche per C.D.	147	130	138
Relazioni diagnostiche e di trattamento (C.D. -commiss etc.)	380	383	401
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	55	55	55
Utenza Integrazione Scolastica	429	412	406
Incontri di Grup H (D.P.R. del 24.02.94 per l'Integr Scolastica)	1.287	1.236	1.201
U.V.M. minori	68	56	58

**Attività UTR n. 7 – Manduria, Sava, Fragagnano, Lizzano, Torricella, Maruggio, Avetrana**

Descrizione	2015	2016	2017
Utenti in trattamento domiciliare	56	54	69
Utenti in trattamento ambulatoriale	107	105	83
Visite fisiatriche domiciliari e ambulatoriali	/	0	/
Diagnosi Funzionali (nuove certificazioni e aggiornamenti)	90	73	64
Valutazioni multidisciplinari età evolutiva	320	300	300
U.V.M. adulti e minori	37	157	199
Relazioni e certificazione D.S.A.	15	25	27
Scuole interessate all'Integrazione Scolastica	24	24	24
Incontri GLH e GLI (ai sensi del DPR 24.02.1994)	1.000	1.000	1.000
Utenza Integrazione Scolastica	345	324	320
Appropriatezza O.S.M.A.I.R.M.	650	530	592
Utenti trasporto assistito (verifica e/o autorizzati)	39	44	40

**ALTRE ATTIVITA'**

TERAPIA FISICA	2015	2016	2017
Bendaggio Elasto	224	320	530
Consulenze	62	66	55
Elettroterapia diadinamica	10	0	/
Elettroterapia stimolazione faradica	540	220	270
7Esercizi assistiti in acqua	400	330	410
Esercizi respiratori	170	120	240
Idro massoterapia*	0	0	/
Esercizi posturali propriocettivi	850	630	1.060
Ionoforesi	466	180	170
Laserterapia	1.182	392	545
Linfodrenaggio	624	424	664
Magnetoterapia	2470	1.700	1.970
Massoterapia	636	238	549
Risoluzione delle aderenze	48	8	/
Radarterapia	46	0	55
Rieducazione funzionale	2644	1.920	2.480
Tens	856	280	420
Training deambulatori	180	260	260
Ultrasuoni	835	298	585
Visite fisiatriche	700	992	1.013
Servizi amministrativi	1495	1.525	1.582
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>14.234</b>	<b>9.863</b>	<b>12.720</b>
Prestazioni a totale carico dell' assistito	4403	1.718	2.734

## DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento per la Salute Mentale, struttura operativa dell'ASL finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria ed alla organizzazione e promozione degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale dei cittadini, è costituito attualmente dalle seguenti strutture operative:

- n.3 U.O.C. Centri di Salute Mentale così costituiti:
  - Centro di salute Mentale Polo Centrale con sede a Taranto e ambulatori a Martina Franca e Crispiano;
  - Centro di salute Mentale Polo Orientale con sede a Manduria e ambulatori a Grottaglie e Pulsano;
  - Centro di salute Mentale Polo Occidentale con sede a Castellaneta e ambulatorio a Ginosola e Massafra. □ n.1 U.O.C. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- n.1 U.O.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.);
- n.1 U.O.S.D. di Psicologia Clinica;
- n.1 U.O.S.D. di Disturbi del Comportamento Alimentare;
- n.7 Comunità Riabilitative ad Assistenza Psichiatrica (CRAP) (assistenza ad h.24, in gestione contrattualizzata a Cooperative).
- n.2 Comunità Alloggio (assistenza h.12 - in gestione contrattualizzata a Cooperative) □ n.7 Centri Diurni (apertura su 8 ore - in gestione contrattualizzata a Cooperative) □ n.2 Gruppi Appartamento (h.12).

I Centri di Salute Mentale (CSM) sono strutture che garantiscono l'assistenza psichiatrica su un'area determinata del territorio dell'Azienda riconducibile al Distretto Sanitario.

I Centri di Salute Mentale operano in modo integrato con le strutture socio-sanitarie in riferimento all'accoglienza ed alla valutazione della relativa domanda e all'orientamento dell'utenza complessiva (pazienti, familiari, cittadini) verso le opportune risposte.

Nell'ambito della propria area territoriale, il Centro di Salute Mentale è dotato, fermi restando le direttive regionali e aziendali e gli indirizzi del Responsabile del D.S.M., di autonomia operativa.

I CC.SS.MM. hanno effettuato nel corso del 2017 le seguenti attività:

- ambulatoriali, interventi domiciliari, consulenze;
- gestione e controllo dei ricoveri in SPDC delle persone di competenza territoriale;
- Gestione e controllo dell'utenza inserita presso comunità gestite da enti privati accreditati o con autorizzazione regionale;
- Gestione e controllo della spesa farmaceutica interna ai CC.SS.MM.;
- Gestione ed erogazione di sussidi terapeutico-riabilitativi, il sostegno alla vita domiciliare, l'aiuto alla gestione di alloggi comunitari, il supporto nella gestione e amministrazione del patrimonio concordata direttamente con la persona e, se ricorrono le fattispecie, con gli organi di tutela, la gestione di attività di tempo libero, soggiorni, attività di socializzazione, di animazione, ecc.;
- Il CSM, nei casi in cui si renda necessario, attua il trattamento sanitario obbligatorio attraverso diversificate modalità di assistenza con la collaborazione della Polizia Municipale;
- attività riabilitative-risocializzanti, soprattutto di gruppo, spesso svolte in sedi esterne al CSM stesso;
- attività di sostegno per singoli pazienti in condizioni di particolare disagio, per nuclei familiari e per piccole comunità (case di riposo, cooperative sociali, centri di accoglienza, RSA, RSSA, UVM ecc.) con difficoltà relazionali o di convivenza;
- Ammissioni, dimissioni, monitoraggio, elaborazione e verifica dei programmi riabilitativi per utenti presso le Comunità Riabilitative Assistenziali Psichiatriche (CRAP);

- Ammissioni, dimissioni, monitoraggio elaborazione e verifica dei progetti terapeutici riabilitativi degli utenti dei Centri Diurni (C.D.);
- Partecipazione ai tavoli di concertazione territoriale per i Piani sociali di Zona con particolare attenzione a politiche volte al consolidamento ed incremento degli accessi nelle strutture residenziali Case per la Vita, destinate a persone con problematiche psicosociali definitivamente uscite dal circuito psichiatrico, privi di riferimenti familiari ovvero per i quali il rientro in famiglia si riveli inopportuno; □ alimentazione del flusso informativo regionale e del Ministero della Salute attraverso l'utilizzo del SISM (nuovo Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale) ex DISAMWEB , a partire dall'anno 2012E in fase di piena attuazione nelle varie strutture operative del DSM).

Di seguito la tabella che evidenzia le ore di apertura delle varie strutture operative del DSM:

STRUTTURA OPERATIVA DEL DSM	n. ore di apertura settiman.
CSM Polo Centrale Taranto	72
CSM Polo Centrale Ambulat. Martina Franca	72
CSM Polo Centrale Ambulat. Crispiano	36
CSM Polo Occidentale Castellaneta	72
CSM Polo Occidentale Ambulat. Massafra	72
CSM Polo Occidentale Ginosa	36
CSM Polo Orientale Manduria	48
CSM Polo Orientale Ambulat. di Grottaglie	72
CSM Polo Orientale Ambulat. di Pulsano	48
Servizio di Neuropsichiatria Infantile	66
Servizio Psicologia Clinica Taranto	66
Servizio Disturbi del Comportamento Aliment.	72

### **Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC),**

unità operativa complessa allocata presso lo S.O. S.G. Moscati di Statte, svolge le seguenti attività:

- Lavoro di equipe, nell'ottica di ottimizzare le risorse umane e professionali del Servizio, valorizzando il contributo di ciascun operatore attraverso l'assunzione di compiti e responsabilità specifiche, individuali e collettive, seppure nel rispetto tra interdipendenza e autonomia operativa;
- Attuazione di monitoraggio finalizzate al miglioramento della qualità assistenziale e del soddisfacimento di operatori, utenti e familiari;
- Formulazione e attuazione di progetti terapeutici finalizzati al superamento della crisi attraverso approcci multidisciplinari;
- Supporto e consulenza alle famiglie dei pazienti ricoverati;
- Attività di consulenza nel P.S. ed in tutti i reparti insistenti sui due presidi ospedalieri di per consultazioni di pazienti affetti da dipendenze patologiche.
- Progetto di implementazione del sistema di qualità per l'ottenimento della Certificazione di Qualità ISO 9001/2008 riguardante l'intera U.O.C.,
- Clinica e terapia dei Disturbi dell'Umore, in particolare cura l'epidemiologia ed il monitoraggio dati,
- Attività ambulatoriali psichiatriche presso la Struttura complessa di Malattie Infettive, ambulatorio HIV, in collaborazione con il Servizio di Psicologia
- Attività ambulatoriale di Medicina Psicosomatica.

### **La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA),**

Struttura complessa del DSM, assicura la diagnosi la cura e la riabilitazione delle patologie psichiatriche, psicopatologiche, neuropsicologiche e neuromotorie dell'età evolutiva, , presa in carico dei minori in entrata al Centro di Prima Accoglienza (CPA) in accordo con le istituzioni giudiziarie e come previsto dalla Legge 30/98, integrazione scolastica, diagnosi e cura in favore di minori che presentano disturbi neurologici, cognitivi e psichiatrici.

Alla fine del 2017 risultava articolata in tre Poli funzionali così distinti:

- Polo Centrale con sede a Taranto;
- Polo Orientale con sede a Manduria - Polo Occidentale con sede a Ginosa

A Partire dal 2017 è stato attivato, inoltre, un Centro Autismo Territoriale (CAT) con sede a Mottola.

L'attività clinica è strutturata in attività ambulatoriale e attività di consulenza ospedaliera. Le aree d'intervento sono:

- disturbi neuropsicologici in età evolutiva;
- la psicopatologia;
- la disabilità neuro-psicomotoria in età evolutiva;
- la riabilitazione dei disturbi psichiatrici;
- le nuove disabilità gravissime da dipendenza tecnologica.

Nell'ambito degli interventi la NPIA si avvale dell'integrazione e della complementarietà della Psicologia Clinica e del Dipartimento di Riabilitazione usufruendo di una équipe multidisciplinare con competenze specifiche.

### **Il Servizio di Psicologia Clinica dell'età adulta e dell'età evolutiva (UOSD),**

opera in sinergia con i due CSM di Taranto e svolge attività su 12 ore da lunedì al venerdì ed il sabato dalle ore 8.00 alle 14,00.

Il Servizio garantisce le seguenti attività:

- accoglienza front-office, attività di psicometria;
- psicodiagnosi dell'età adulta e dell'età evolutiva; □ psicoterapia dell'età adulta e dell'età evolutiva; □ psicoterapia di gruppo;
- diagnostica neuropsicologica per i quadri neurodegenerativi congeniti ed acquisiti;
- psicodiagnostica per la valutazione delle idoneità alla guida e per l'invalidità;
- prevenzione e riabilitazione psico-sociale nell'età adulta e nell'età evolutiva;
- Progetti di ricerca a carattere nazionale e regionale;
- Monitoraggio con il Tribunale dei minorenni;
- Assistenza psicologica domiciliare ai malati di SLA.

### **Il Servizio di Disturbi del Comportamento Alimentare (UOSD)**

L'Unità Operativa raccoglie l'utenza afferente da Taranto e Provincia sia in età evolutiva che in età adulta. L'UOSD DCA svolge le seguenti attività:

- Attività di front office, consulenza, prenotazioni;
- Attività di psicodiagnosi (somministrazione test di personalità specifici per DCA, scale di valutazione psichiatrica);
- Piani terapeutici riabilitativi per ricoveri in strutture residenziali;
- Consulenze psicologiche;
- Psicoterapia individuale e familiare;
- Consulenze medico specialistiche;
- Consulenze medico sportive e sugli stili di vita;
- Interventi di gruppo psicoeducazionali per adolescenti ed adulti;
- Interventi di prevenzione presso le scuole di Taranto e provincia;

- Attività di rete con MMG, PLS, Psichiatri e Neuropsichiatri Infantili;
- Attività di prevenzione e sensibilizzazione sui DCA.

Obiettivi specifici del DSM in relazione agli obiettivi gestionali assegnati al Direttore Generale:

- Contenimento della spesa farmaceutica in spdc e nelle strutture territoriali:

Durante l'anno 2016 il DSM ha posto particolare attenzione alla razionalizzazione dell'acquisto dei farmaci e a preferire, a parità di indicazione terapeutica, l'utilizzo di molecole meno costose e di farmaci equivalenti. In alcuni CSM si sperimenta la distribuzione diretta dei farmaci con conseguente risparmio sulla spesa

- Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di alimentazione dei flussi informativi regionali:

Nell'arco dell'anno 2017, si è avuto un notevole aumento delle informazioni inserite all'interno del flusso informatico, alimentando di fatto la registrazione di attività e statistiche utili a monitorare meglio il rapporto medico-utente.

Di seguito si indicano i dati di attività relativi al 2017 così come risultanti dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM):

**DATI DI ATTIVITA' DSM TARANTO 2017**

Unità operativa	Utenti afferti	Nuovi contatti	Utenti con almeno 3 prestazioni nell'anno	N.ro prestazioni totali	N.ro prestazioni in altro luogo diverso dall'ambulatorio	Percentuale prestazioni in altro luogo diverso dall'ambulatorio	N.ro prestazioni in equipe	Percentuale prestazioni in equipe	N.ro prestazioni diverse da "Somministrazione farmaci"	Percentuale prestazioni diverse da "Somministrazione farmaci"
CSM Polo Centrale – Taranto	1.361	652	927	17.081	2.498	14,62%	3.768	22,06%	16.128	94,42%
CSM Polo Occidentale – Castellaneta e ambul. Ginosa	430	182	270	4.759	1.430	30,05%	2.006	42,15%	4.441	93,32%
CSM Polo Occidentale – Massafra	762	369	434	8.845	2.311	26,13%	664	7,51%	5.518	62,39%
SM Polo Orientale – Ambul. Grottaglie/Pulsano	1.179	607	810	13.634	4.166	30,56%	2.362	17,32%	11.127	81,61%
CSM Polo Orientale – Manduria	665	385	538	9.400	2.568	27,32%	3.411	36,29%	6.645	70,69%
CSM Polo Centrale – Ambul. Martina Franca/Crispiano	736	351	524	15.036	2.933	19,51%	3.939	26,20%	12.628	83,99%
Servizio Psicologia Clinica Taranto	1.194	1.045	346	4.561	955	20,94%	227	4,98%	4.561	100,00%
DCA - Disturbi del Comp. Alimentare	150	84	113	1.880	6	0,32%	1	0,05%	1.880	100,00%
NPIA POLO CENTRALE TARANTO	89	88	4	103	0	0,00%	0	0,00%	103	100,00%
NPIA POLO OCCIDENTALE GINOSA	393	301	144	888	1	0,11%	39	4,39%	888	100,00%
NPIA POLO ORIENTALE MANDURIA	234	234	0	235	0	0,00%	0	0,00%	235	100,00%
C.A.T. MOTTOLA	85	85	0	85	0	0,00%	0	0,00%	85	100,00%
	<b>7.278</b>	<b>4.383</b>	<b>4.110</b>	<b>76.507</b>	<b>16.868</b>	<b>22,05%</b>	<b>16.417</b>	<b>21,46%</b>	<b>64.239</b>	<b>83,96%</b>

**Attuazione della programmazione regionale in materia di accordi contrattuali con le strutture private accreditate o in possesso di autorizzazione regionale: -**

Il DSM dal 2015, con l'istituzione del Nucleo di Governance della Riabilitazione, valuta l'appropriatezza del percorso indicato dai CC.SS.MM. e ne autorizza l'inserimento nelle Comunità Riabilitative a retta.

Si riporta di seguito la situazione rilevata al 31/12/2017:

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	NUMERO UTENTI PRESENTI AL 31/12/2017	AMMISSIONI DURANTE IL 2017	DIMISSIONI DURANTE IL 2017
CRAP	18	6	5
COMUNITA' ALLOGGIO	6	6	1
CASA PER LA VITA A MEDIA INT. ASSIST.	90	24	7
COMUNITA' PER DOPPIA DIAGNOSI	12	7	2
RSA/RSSACASA DI RIPOSO	11	2	3
COMUNITA' PER DCA	3	1	5
COMUNITA' SOCIO EDUCATIVE PER MINORI	16	3	3
CRAP DEDICATE PE AUTORI DI REATO	1	1	0
REMS	5	2	0
ALTRO Centri riab. Ecc	3	2	1
TOTALI	165	54	27

**PIANO DI UTILIZZO DELLE STRUTTURE RIABILITATIVE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI AFFIDATA DALLA ASL AL PRIVATO SOCIALE:**

Per quanto attiene le strutture pubbliche residenziali e semiresidenziali affidate al private sociale (cooperative in convenzione ASL), i posti attivati al 31.12.2017 erano i seguenti:

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	POSTI ATTIVATI
CRAP H24 ASL TA – A GEST. COOP. CONTRATTUALIZZATE.	98
COMUNITA' ALL. H12 ASL TA – A GEST. COOP. CONTRATTUALIZZATE	16
GRUPPI APPARTAMENTO	8
CENTRI DIURNI	20

UTENTI PRESENTI IN STRUTTURE IN APPALTO AL 31.12.2017		MOVIMENTAZIONE 2017	
TIPOLOGIA DI STRUTTURA	NUMERO UTENTI PRESENTI AL 31/12/17	DIMISSIONI DURANTE IL 2017	AMMISSIONI DURANTE IL 2017
CRAP	89	43	38
COMUNITA' ALLOGGIO	16	9	5
TOTALI	105	52	43



## 2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ (ANALISI SWOT)

ANALISI SWOT	
PUNTI DI FORZA (S)	PUNTI DI DEBOLEZZA (W)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo della cultura della programmazione e individuazione di strumenti efficaci per la valutazione della gestione aziendale in base ai risultati e alle evidenze</li> <li>- Applicazione di percorsi di qualità clinico assistenziali</li> <li>- Diffusione della cultura connessa al rischio clinico e alla qualità</li> <li>- Potenziamento dei sistemi informativi ed informatici</li> <li>- Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi</li> <li>- Riorganizzazione e ottimizzazione dei processi produttivi</li> <li>- Stabilizzazione del personale precario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Margini di manovra finanziaria legata ai vincoli di bilancio</li> <li>- Liste di attesa</li> <li>- Razionalizzazione della spesa farmaceutica</li> <li>- Rafforzamento dell'integrazione ospedale – territorio</li> <li>- Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo;</li> <li>- Età media della dirigenza</li> <li>- Carenza di personale</li> </ul>
OPPORTUNITA' (O)	MINACCE (T)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibile recupero della attrattività attraverso il ricambio dei responsabili delle discipline strategiche</li> <li>- Finanziamenti per l'attuazione di progetti specifici per obiettivi critici</li> <li>- Riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali</li> <li>- Legislazione nazionale e regionale in tema ambientale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilità passiva</li> <li>- Invecchiamento della popolazione</li> <li>- Contesto ambientale relativo ai macro insediamenti industriali con conseguente aumento delle patologie legate alle condizioni ambientali</li> <li>- Stato di disagio sociale ed economico di parte della popolazione</li> </ul>

### 3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

#### 3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

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

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

Già da diversi anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting", nell'ambito del più generale sistema di programmazione e controllo di gestione.

AREE		SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	
AREE STRATEGICHE ASL TARANTO	PREVENZIONE	IGIENE SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Potenziamento della copertura vaccinale	
		IGIENE DEGLI ALIMENTI	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	
		PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Sicurezza degli alimenti		
		SANITA' VETERINARIA	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro		
	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Sicurezza degli alimenti	Potenziamento degli screening oncologici	
	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Prevenzione delle patologie oncologiche	Riduzione dei tassi di ospedalizzazione Degenza Media Riorganizzazione della rete ospedaliera	
		AREA MATERNO INFANTILE	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riorganizzazione del Percorso nascita	
		PRONTO SOCCORSO - SET 118		Riorganizzazione rete emergenza urgenza	
		AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Miglioramento appropriatezza chirurgica Miglioramento appropriatezza medica Miglioramento qualità di processo Attrattività extra-regionale Complessità della casistica trattata Miglioramento qualità percepita	
		AREA MATERNO INFANTILE		Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	
		PRONTO SOCCORSO - SET 118		Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	
		AREE STRATEGICHE ASL TARANTO	ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) -
	POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE			Appropriatezza organizzativa	Programmazione e implementazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)
	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA			Efficacia assistenziale territoriale	Potenziamento dell'assistenza domiciliare
SALUTE MENTALE	Appropriatezza organizzativa			Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	
AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche			Efficacia assistenziale territoriale delle dipendenze	
ASSISTENZA FARMACEUTICA					Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
			Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza mediante la riduzione del consumo di antibiotici in età pediatrica.		
			Riduzione del consumo dei sartani con copertura brevettale		
			Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)		
			Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso		
			Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto		
ASSISTENZA FARMACEUTICA				Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA
		Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata			

OBIETTIVI OPERATIVI -> INDICATORI -> TARGET

AREE STRATEGICHE ASL TARANTO	AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI -> INDICATORI -> TARGET
	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza operativa Tempi di pagamento dei fornitori Costo dell'assistenza ospedaliera Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale: RSA; RSPA)	
	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	SANITA' DIGITALE	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi		
	RESPONSABILIZZAZIONE E CLIMA AZIENDALE	Monitoraggio e riduzione tempi di attesa	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa		
		Sicurezza per il paziente e l'operatore	Gestione del rischio clinico		
		Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi		
		Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. N.33/2013	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza		
		Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa		
		Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile Elaborazione, approvazione e pubblicazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione		

## 3.2 OBIETTIVI STRATEGICI, OPERATIVI

### AREA DELLA PREVENZIONE

#### **IGIENE E SANITA' PUBBLICA :**

I dati della verifica finale 2017 confermano che l'ASL consegue ottimi risultati nelle coperture vaccinali obbligatorie DTP3 (95%).

Per quanto riguarda quelle non obbligatorie (MPR e vaccinazione antinfluenzale over 64) l'obiettivo è quasi pienamente raggiunto per il vaccino MPR (95%) mentre per la vaccinazione antinfluenzale over 64 i risultati, restano ancora sotto la soglia minima di performance positiva, valutata nell'ordine del > 75%. La copertura vaccinale antinfluenzale, raggiunge il 59% confermandosi, comunque la più alta in regione. Pertanto è possibile affermare che in relazione a quest'ultimo punto l'obiettivo è parzialmente raggiunto.

Sono inoltre stati portati a compimento tutti gli interventi educativi previsti.

**CRITICITA' RILEVATE:** Il target di pieno conseguimento dell'obiettivo per la copertura vaccinale antinfluenzale (>75%) si presenta particolarmente ambizioso; infatti dai dati pubblicati dal Ministero della Salute relative alle coperture vaccinali per 100 ab. (Stagione 2017/2018) la media Italia si attesta sul 52% a fronte di un dato Puglia migliore di quello nazionale (59,4%).

**IGIENE DEGLI ALIMENTI:** Le attività del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione svolte nell'anno 2017, articolate su più macro aree di lavoro, ha portato all'esecuzione di una serie di verifiche sull'acqua per consumo umano, controlli sulle aziende alimentari, attività micologica, attività di gestione di situazioni di allerta, attività di U.P.G. e rilascio di certificazioni e pareri, con una copertura pressochè totale delle SCIA presentate.

**PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO:** Il dato registrato alla verifica finale 2017 sulle attività di controllo sui luoghi di lavoro (6%) certifica il pieno raggiungimento dell'obiettivo. Confermata pienamente l'attenzione agli eventi di educazione alla prevenzione: gli eventi formativi realizzati hanno rispettato l'obiettivo assegnato.

**SANITÀ VETERINARIA:** Il Servizio di Sanità animale ha eseguito sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali. Tutti gli obiettivi relativi alla sanità animale risultano pienamente conseguiti.

**PREVENZIONE SECONDARIA.**

L'Azienda ha intrapreso una intensa attività di riorganizzazione degli screening partecipando agli incontri di lavoro che si sono svolti a livello regionale, finalizzati a sviluppare su tutto il territorio pugliese un omogeneo modello organizzativo di detti screening ed a ricomporre positivamente tutte le energie coinvolte nella loro concreta gestione.

Si è intessuta una rete di relazioni e di confronto fra gli operatori impegnati negli istituendi Centri Screening Aziendali, i responsabili scientifici dei tre screening su indicati ed i professionisti a diverso titolo impegnati nelle tappe dei percorsi oncologici. Essendo tali programmi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la ASL TA si è impegnata a garantirli, con la modalità dell'*offerta attiva*, a tutta la popolazione bersaglio prevista, al fine di favorire un ottimale livello di adesione e di partecipazione da parte della popolazione interessata. L'estensione supera oramai mediamente il 60% della popolazione bersaglio; differenze permangono riguardo l'adesione: circa il 57% delle donne aderiscono allo screening mammografico; il 33% per quello citologico.

**CRITICITA' RILEVATE.**

L'attività di gestione degli screening ha ormai raggiunto un grado di autonomia e di routine tale per cui le criticità, seppure permangono rilievi dal punto di vista organizzativo, restano legati alla sensibilità della popolazione di riferimento. La bontà delle attività svolte sono state anche ratificate nell'ambito del Piano Operativo Regionale.

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Consuntivo 2017	Valutazione
PREVENZIONE	IGIENE SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Potenziamento della copertura vaccinale	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	95%	95%	Positiva
				Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (Ind. MES B7.1)	86%	95%	Positiva
				N.Cicli vaccinali (3°dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	85%	94%	Positiva
				N. Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimeningococcica /N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre (Ind. MES B7.5)	80%	88%	Positiva
				VACCINAZ. PAPPILLOMA VIRUS (HPV)_Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).	72%	80%	Positiva
				Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza. Denominatore: numero di soggetti di età >=65 anni residenti (Ind. MES B7.2)	75%	59%	Critica

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
IGIENE SANITA' PUBBLICA	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione
IGIENE DEGLI ALIMENTI	Sicurezza degli alimenti	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione
PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione
SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Consuntivo 2017	Valutazione
n.interventi educativi annui effettuati nelle scuole /n.interventi programmati	Manteniment o	<b>Relazione del Dipartimento (100%)</b>	Positiva
n. SCIA concluse nei termini/totale SCIA pervenute	90%	<b>100%</b>	Positiva
Unità produttive CONTROLLATE/Unità produttive ATTIVE presenti sul territorio e soggette a controllo	5%	<b>6%</b>	Positiva
num di eventi di educazione alla prevenzione/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro	Almeno 5 eventi	<b>5 eventi</b>	Positiva
Num allevamenti controllati*100/Num allevamenti da sottoporre a controllo	99%	<b>100%</b>	Positiva
Numero allevamenti controllati*100/Numero allevamenti da sottoporre a controllo	99%	<b>100%</b>	Positiva
Num totale aziende ovicaprine controllate*100/Num totale aziende ovicaprine	5%	<b>6%</b>	Positiva
Num campioni analizzati*100/Num campioni programmati	99%	<b>100%</b>	Positiva



AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Potenziamento degli screening oncologici

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Consuntivo 2017	Valutazione
Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).	35%	<b>56%</b>	Positiva
Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).	60%	<b>57%</b>	Critica, in miglioramento
Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).	40%	<b>87%</b>	Positiva
Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.2.2).	30%	<b>33%</b>	Positiva
Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1).	60%	ND	ND
Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).	7%	ND	ND

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

### CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA

#### *AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA*

##### *Riduzione dei tassi di ospedalizzazione*

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse. I tassi di ospedalizzazione sono ampiamente positivi, ben al di sotto del limite previsto dal D.M. 70, attestandosi al di sotto dei 100 ricoveri per 1000 residenti. Anche i tassi di ospedalizzazione pediatrici risultano positivi

##### *Degenza Media*

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel periodo di riferimento per la stessa tipologia di ricovero a livello nazionale. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.

La degenza media, a livello aziendale, pur se in miglioramento, presenta ancora delle criticità. Queste dovrebbero risolversi con l'attivazione dei nuovi posti letto di Lungodegenza e con quelli di riabilitazione

#### *AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA - Riorganizzazione della rete ospedaliera*

#### *AREA MATERNO INFANTILE - Riorganizzazione del Percorso nascita*

#### *PRONTO SOCCORSO - SET118 - Riorganizzazione rete emergenza urgenza*

L'azienda ha ottemperato ai deliberati regionali.

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riduzione dei tassi di ospedalizzazione

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (Ind. MES C1.1.1)	Performance 2016

	[A] N. Ricoveri Ordinari Acuti 2016	[B] N. Ricoveri Ordinari Acuti 2017	[C] Popolazione Pesata 2016	[D] Popolazione Pesata 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazio ne 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazio ne 2017	Valutazione
Risultato Aziendale	61.120	59.964	599.529	603.481	101,95	99,36	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso (Ind. MES C1.1.2.1)	Performance 2016

	[A] N. Ricoveri DH Medico 2016	[B] N. Ricoveri DH Medico 2017	[C] Popolazione Pesata 2016	[D] Popolazione Pesata 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazio ne 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazio ne 2017	Valutazione
Risultato Aziendale	4.083	3.029	599.529	603.481	6,81	5,02	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (Ind. MES C7.7)	Performance 2016

	[A] N. Ricoveri Pediatrico 2016	[B] N. Ricoveri Pediatrico 2017	[C] Popolazione Pesata 2016	[D] Popolazione Pesata 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazio ne 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazio ne 2017	Valutazione
Risultato Aziendale	7.129	6.770	33.978	33.081	20,98	20,46	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni (Ind. MES C8a.19.2)	Performance 2016

	[A] N. Ricoveri Pediatrico per gastroenterite 2016	[B] N. Ricoveri Pediatrico per gastroenterite 2017	[C] Popolazione 0-17 anni 2016	[D] Popolazione 0-17anni 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazio ne 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazio ne 2017	Valutazione
Risultato Aziendale	126	112	98.776	97.048	127,56	115,41	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni (Ind. MES C8a.19.1)	Performance 2016

	[A] N. Ricoveri Pediatrico per ASMA 2016	[B] N. Ricoveri Pediatrico per ASMA 2017	[C] Popolazione 2-17 anni 2016	[D] Popolazione 2-17 anni 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazio ne 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazio ne 2017	Valutazione
Risultato Aziendale	30	16	89.532	88.277	33,51	18,12	Positiva

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Plano 2017 Target
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Capacità di governo della domanda sanitaria	Degenza Media	Degenza media DRG medici (Ind. MES C2a,M)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	-353,99	-257,25	297	297	-1,19	-0,87	Positiva
Castellaneta	2611	MEDICINA GENERALE	1.411,11	1.271,41	773	835	1,83	1,52	Critica, in miglioramento
Castellaneta	3111	NIDO	-114,94	-166,27	87	124	-1,32	-1,34	Positiva
Castellaneta	3911	PEDIATRIA	-427,71	-415,00	455	398	-0,94	-1,04	Positiva
Grottaglie	2601	MEDICINA GENERALE	1.693,01	1.330,04	656	639	2,58	2,08	Critica, in miglioramento
Grottaglie	3101	NIDO	-154,53		96	0	-1,61	ND	
Manduria	0801	CARDIOLOGIA	641,54	485,21	373	417	1,72	1,16	Critica, in miglioramento
Manduria	2601	MEDICINA GENERALE	1.722,32	1.527,28	514	544	3,35	2,81	Critica, in miglioramento
Manduria	2901	NEFROLOGIA	1.037,59	883,74	203	207	5,11	4,27	Critica, in miglioramento
Manduria	3901	PEDIATRIA	-36,13		100	0	-0,36	ND	
MartinaFranca	0801	CARDIOLOGIA	-88,32	-93,76	302	280	-0,29	-0,33	Positiva
MartinaFranca	2601	MEDICINA GENERALE	942,58	1.266,72	868	935	1,09	1,35	Critica
MartinaFranca	2901	NEFROLOGIA	-317,81	-23,65	286	281	-1,11	-0,08	Positiva
MartinaFranca	3101	NIDO		-8,15	0	10		-0,81	Positiva
MartinaFranca	3901	PEDIATRIA	-389,29	-434,96	323	282	-1,21	-1,54	Positiva
SGMoscati	0812	CARDIOLOGIA	-4,01		187	0	-0,02	ND	
SGMoscati	1811	EMATOLOGIA	418,11	1.361,36	282	290	1,48	4,69	Critica
SGMoscati	2111	GERIATRIA	1.754,30	1.523,15	523	473	3,35	3,22	Critica, in miglioramento
SGMoscati	2411	MALATTIE INFETTIVE	2.409,47	1.994,98	467	530	5,16	3,76	Critica, in miglioramento
SGMoscati	4011	PSICHIATRIA	1.990,55	1.320,99	244	321	8,16	4,12	Critica, in miglioramento
SGMoscati	6411	ONCOLOGIA	1.520,78	1.465,59	638	657	2,38	2,23	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	0811	CARDIOLOGIA	-1.136,48	-1.732,83	803	795	-1,42	-2,18	Positiva
SSAnnunziata	1911	ENDOCRINOLOGIA	-173,14	-226,85	184	141	-0,94	-1,61	Positiva
SSAnnunziata	2611	MEDICINA GENERALE	2.142,63	1.264,53	1577	1778	1,36	0,71	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	2911	NEFROLOGIA	337,75	238,89	447	456	0,76	0,52	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	3111	NIDO	-10,96	-10,02	8	14	-1,37	-0,72	Positiva
SSAnnunziata	3211	NEUROLOGIA	880,69	868,26	818	867	1,08	1,00	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	3911	PEDIATRIA	-497,97	-630,26	1078	1137	-0,46	-0,55	Positiva
SSAnnunziata	6211	NEONATOLOGIA	-1.447,88	-1.465,19	674	816	-2,15	-1,80	Positiva

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			13.749,27	11.337,96	13263	13524	1,04	0,84	Critica, in miglioramento

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	594,46	608,69	517	541	1,15	1,13	Critica, in miglioramento
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-1.322,97	-1.454,81	397	526	-3,33	-2,77	Positiva
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	85,33	-45,33	324	313	0,26	-0,14	Positiva
Grottaglie	0901	CHIRURGIA GENERALE	0,26		3	0	0,09		
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-1.049,00	-413,30	321	177	-3,27	-2,34	Positiva
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	95,98		167	0	0,57		
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	-121,78	491,99	481	355	-0,25	1,39	Critica
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	550,20	857,07	503	499	1,09	1,72	Critica
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	-60,44	339,73	367	417	-0,16	0,81	Critica
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-611,67	-946,81	326	440	-1,88	-2,15	Positiva
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	-167,18	-179,13	536	501	-0,31	-0,36	Positiva
MartinaFranca	4301	UROLOGIA	-170,52	-139,32	501	558	-0,34	-0,25	Positiva
SGMoscati	3411	OCULISTICA	1.234,93	786,35	293	277	4,21	2,84	Positiva
SGMoscati	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	-88,77	-230,23	188	206	-0,47	-1,12	Positivo
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	362,67	-353,09	816	871	0,44	-0,41	Positiva
SSAnnunziata	1411	CHIRURGIA VASCOLARE	1.960,12	2.899,68	311	372	6,30	7,79	Critica
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	-272,87	175,57	465	437	-0,59	0,40	Critica
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.706,06	2.917,34	909	934	2,98	3,12	Critica
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	485,13	619,78	1275	1357	0,38	0,46	Critica
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	1.733,29	1.861,23	346	338	5,01	5,51	Critica

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Risultato Aziendale			5.943,24	7.795,39	9046	9119	0,66	0,85	Critica

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Valutazione
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riorganizzazione della rete ospedaliera	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera di cui al punto 3) della DGR n. 1933 del 30/11/2016	Partecipazione alla consultazione regionale per il riordino rete ospedaliera in ottemperanza al D.M. n. 70/2016, attraverso valutazioni di sostenibilità aziendale (SI/NO).	Ottemperante
AREA MATERNO INFANTILE	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riorganizzazione del Percorso nascita	Attivazione sistema trasporto emergenza neonatale (STEN) nei 3 centri hub del Percorso nascita di cui al R.R. 14/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	Ottemperante
			Attivazione sistema trasporto protetto gravida a rischio (STAM)	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	Ottemperante
PRONTO SOCCORSO - SETI 18	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riorganizzazione rete emergenza urgenza	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete di emergenza-urgenza di cui al punto 3) della relativa DGR n. 1933 del 30/11/2016 ed alla tabella D-bis della medesima DGR.	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 1 della DGR 2198/2016	Ottemperante

**APPROPRIATEZZA E QUALITA'****MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA (Chirurgica e Medica)****% ricoveri in day surgery (Ind. MES C4.7)**

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie strutture rispetto a tali indicazioni. Il dato è positivo. Lo spostamento nel setting del Day Service di gran parte delle attività che si svolgevano in Day Service ha fatto sì che si riducesse il ricorso a questo tipo di assistenza, residuando gli interventi appropriati.

**DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Ind. MES C4.13)**

L'indicatore, previsto dalla Griglia LEA, misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatazza. Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale.

Il dato è positivo. Quanto ancora residua rientra nell'ambito delle percentuali di ammissibilità come previste dalla DGR 1202/2014.

**DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MES C4.8)**

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore C4.8 misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Il dato è ampiamente positivo, con una riduzione superiore al 33%.

**Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a)**

I posti letto devono essere disponibili per gli eventi acuti; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso al ricovero ospedaliero. Questo indicatore intende misurare l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.

I risultati sono assolutamente positivi per l'Azienda: i casi che permangono fanno riferimento a casistica che, per comorbilità o motivazioni specifiche, necessitava quella tipologia di setting. Il tasso infatti (poco più di due casi per 1000 abitanti) si pone abbondantemente al di sotto del limite posto come obiettivo.

**% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età  $\geq 65$  anni (Ind. MES C14.4)**

L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (ad es., mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato "valore soglia di un DRG"; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, i risultati si limitano a questa fascia di età.

L'attuazione del Piano di Riordino, con le attivazioni delle Lungodegenze e delle Riabilitazioni renderà possibile il superamento delle residue criticità. Pur tuttavia, il dato nel complesso è positivo.

**% Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica [Patto per la Salute 2010-2012] (Ind. MES C14.2) - Stralciato****MIGLIORAMENTO QUALITÀ DI PROCESSO**

**Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento  $\leq 2$  giorni \*100/Numero interventi per frattura del femore (Età  $\leq 65$  anni) (MES c5.2)**

Le Linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24/48 ore dall'ingresso in ospedale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente.

La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale.

Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano, pertanto, una gestione articolata e complessa degli eventi. Per quanto concerne i risultati conseguiti nel 2017, solo un ospedale su cinque consegue pienamente l'obiettivo, uno risulta border line al conseguimento dell'obiettivo. L'analisi tra l'altro mostra che se il target è spostato in terza giornata, è pressoché raggiunto da tutte le ortopedie. Pertanto si sta operando in uno sforzo organizzativo in uno con le anestesie per rientrare il limite all'interno delle 24/48 ore.

#### **Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)**

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario. Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, al colon, al retto, al polmone e all'utero.

Il dato è positivo.

#### **ATTRATTIVITÀ EXTRA-REGIONALE**

##### **% Attrazioni extra-Regione - DRG alta complessità (Ind. MES C30.3.2.2)**

Il riordino del sistema ospedaliero ha previsto lo sviluppo e la riorganizzazione del sistema integrato delle funzioni ospedaliere avvalendosi del modello hub and spoke. La presenza di un HUB può essere identificato di riferimento per l'alta complessità. La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è il segno della presenza di servizi di eccellenza e di qualità. Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle strutture di essere attrattive per l'attività considerata di alta complessità. L'indicatore si focalizza dunque su tale attività e ne misura a livello aziendale la quota di ricoveri erogata per pazienti provenienti da altre regioni.

## COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA TRATTATA

### Indice di case-mix (Ind. MES C1.5)

L'indice di Case Mix misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il peso medio nazionale). Un ICM minore di 1 indica che l'erogato della struttura è meno complesso rispetto allo standard; un ICM superiore ad 1 indica, invece che la struttura eroga prestazioni più complesse rispetto al riferimento. Il dato di riferimento è quello regionale. Il dato è positivo.

## MIGLIORAMENTO QUALITÀ PERCEPITA

### % Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito degli studi sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente

Il dato in questione presenta ancora delle criticità, con alcuni picchi nell'ambito delle discipline mediche.

## MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA MATERNO-INFANTILE

### % Parti cesarei depurati (NTSV) (Ind. MES C7.1)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Evaluation of Cesarean Delivery, 2000]. La percentuale di parti cesarei NTSV rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero. Il dato è in miglioramento, ma pur sempre critico.

### % Episiotomie depurate (NTSV) (Ind. MES C7.3)

L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale [Viswanathan et al., 2005]. L'OMS considera buona pratica ostetrica una percentuale di episiotomie inferiore al 20%. Il dato azienda è positivo, ponendosi poco al disopra del limite considerato ottimale.

### % Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo ed un maggior ricorso al parto operativo. Il dato è ampiamente positivo.



SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Miglioramento appropriatezza chirurgica	% ricoveri in day surgery (Ind. MES C4.7)	-10%

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	171	160	242	268	70,66	59,70	Positiva
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	100	88	106	94	94,34	93,62	Critica, in miglioramento
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	6	10	79	65	7,59	15,38	Critica
Grottaglie	0901	CHIRURGIA GENERALE	265	61	269	61	98,51	100,00	Svolge Prevalente attività di DS per mandato
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	207	105	234	116	88,46	90,52	Svolge Prevalente attività di DS per mandato
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	106	0	150	0	70,67		ND
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	153	103	225	145	68,00	71,03	Critica
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	75	61	163	125	46,01	48,80	Critica
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	81	1	122	43	66,39	2,33	Positiva
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	46	8	68	20	67,65	40,00	Positiva
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	18	0	104	52	17,31	0,00	Positiva
MartinaFranca	4301	UROLOGIA	19	1	38	18	50,00	5,56	Positiva
SGMoscati	3411	OCULISTICA	2	1	287	262	0,70	0,38	Positiva
SGMoscati	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	266	194	353	337	75,35	57,57	Positiva
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	73	73	157	173	46,50	42,20	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	0	0	6	4	0,00	0,00	Positiva
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	200	163	307	268	65,15	60,82	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	408	408	586	607	69,62	67,22	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	0	0	42	36	0,00	0,00	Positiva
<b>Risultato Aziendale</b>			<b>2.196</b>	<b>1.437</b>	<b>3.538</b>	<b>2.694</b>	<b>62,07</b>	<b>53,34</b>	<b>Positiva</b>

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
DRG ad alto rischio di inappropriata (Ind. MES C4.13)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	39	51	344	361	0,11	0,14	Critica
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	225	303	951	1.087	0,24	0,28	Critica
Castellaneta	2611	MEDICINA GENERALE	167	118	921	1.002	0,18	0,12	Positiva
Castellaneta	3111	NIDO	1	0	91	125	0,01	0,00	ND
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	49	39	480	602	0,10	0,06	Positiva
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	144	130	946	992	0,15	0,13	Positiva
Castellaneta	3911	PEDIATRIA	29	41	539	465	0,05	0,09	Critica
Grottaglie	0901	CHIRURGIA GENERALE	6	0	7	0	0,86	0,00	ND
Grottaglie	2601	MEDICINA GENERALE	225	183	787	735	0,29	0,25	Positiva
Grottaglie	3101	NIDO	0	0	102	0	0,00	0,00	ND
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	69	31	398	229	0,17	0,14	Positiva
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	80	0	387	0	0,21	0,00	ND
Manduria	0801	CARDIOLOGIA	61	75	406	457	0,15	0,16	Critica
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	247	175	1.004	795	0,25	0,22	Positiva
Manduria	2601	MEDICINA GENERALE	52	64	645	687	0,08	0,09	Critica
Manduria	2901	NEFROLOGIA	12	2	273	270	0,04	0,01	Positiva
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	138	114	650	637	0,21	0,18	Positiva
Manduria	3901	PEDIATRIA	89	0	136	0	0,65	0,00	ND
Manduria	4902	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0	1	57	62	0,00	0,02	ND
Manduria	5001	UTIC	12	9	154	167	0,08	0,05	Positiva
MartinaFranca	0801	CARDIOLOGIA	15	3	373	344	0,04	0,01	Positiva
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	159	119	707	762	0,22	0,16	Positiva
MartinaFranca	2601	MEDICINA GENERALE	92	31	999	1.127	0,09	0,03	Positiva
MartinaFranca	2901	NEFROLOGIA	1	4	334	316	0,00	0,01	Positiva
MartinaFranca	3101	NIDO	0	0	1	17	0,00	0,00	ND
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	76	59	437	555	0,17	0,11	Positiva
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	128	80	1.014	974	0,13	0,08	Positiva
MartinaFranca	3901	PEDIATRIA	35	10	363	308	0,10	0,03	Positiva
MartinaFranca	4301	UROLOGIA	98	50	662	662	0,15	0,08	Positiva
SGMoscati	0812	CARDIOLOGIA	15	0	222	0	0,07	0,00	ND
SGMoscati	1811	EMATOLOGIA	192	163	393	382	0,49	0,43	Positiva
SGMoscati	2111	GERIATRIA	64	85	642	587	0,10	0,14	Critica
SGMoscati	2411	MALATTIE INFETTIVE	104	98	577	603	0,18	0,16	Positiva
SGMoscati	3411	OCULISTICA	325	312	387	388	0,84	0,80	Positiva
SGMoscati	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	207	237	428	440	0,48	0,54	Critica
SGMoscati	4011	PSICHIATRIA	35	53	316	377	0,11	0,14	Critica
SGMoscati	4912	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	3	80	66	0,05	0,05	Positiva
SGMoscati	6411	ONCOLOGIA	102	189	735	781	0,14	0,24	Critica
SSAnnunziata	0811	CARDIOLOGIA	62	68	1.501	1.859	0,04	0,04	Positiva
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	267	244	1.475	1.527	0,18	0,16	Positiva
SSAnnunziata	1411	CHIRURGIA VASCOLARE	81	60	463	504	0,17	0,12	Positiva
SSAnnunziata	1911	ENDOCRINOLOGIA	129	93	206	156	0,63	0,60	Positiva
SSAnnunziata	2611	MEDICINA GENERALE	205	247	2.154	2.401	0,10	0,10	Positiva
SSAnnunziata	2911	NEFROLOGIA	13	9	688	698	0,02	0,01	Positiva
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	133	108	1.203	1.163	0,11	0,09	Positiva
SSAnnunziata	3111	NIDO	0	0	8	14	0,00	0,00	ND
SSAnnunziata	3211	NEUROLOGIA	253	253	1.001	1.047	0,25	0,24	Positiva
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	213	196	1.149	1.143	0,19	0,17	Positiva
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	373	348	3.032	3.275	0,12	0,11	Positiva
SSAnnunziata	3911	PEDIATRIA	206	233	1.383	1.433	0,15	0,16	Critica
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	310	292	726	730	0,43	0,40	Positiva
SSAnnunziata	4911	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0	2	252	269	0,00	0,01	Positiva
SSAnnunziata	6211	NEONATOLOGIA	51	76	684	825	0,07	0,09	Critica
SSAnnunziata	7311	UTIN	1	0	14	16	0,07	0,00	Positiva
<b>Stabilimento</b>	<b>CodRep</b>	<b>Denominazione</b>	<b>[A] Num Anno 2016</b>	<b>[B] Num Anno 2017</b>	<b>[C] DEN Anno 2016</b>	<b>[D] DEN Anno 2017</b>	<b>[E]=[A/C] Anno 2016</b>	<b>[F]=[B/D] Anno 2017</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Risultato Aziendale</b>			5.594	5.061	33.887	34.422	0,17	0,15	Positiva

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Miglioramento appropriatezza medica	DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MES C4.8)	Performance 2016

	[A] N. Ricoveri DRG LEA Medici 2016	[B] N. Ricoveri DRG LEA Medici 2017	[C] Popolazione 2016	[D] Popolazione 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazione 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazione 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	18.406	15.573	586.061	583.479	314,06	266,90	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a)	Performance 2016

	[A] N. ricovero diurno di tipo diagnostico 2016	[B] N. ricovero diurno di tipo diagnostico 2017	[C] Popolazione 2016	[D] Popolazione 2017	[E=A/C] Tasso Ospedalizzazione 2016	[F=B/D] Tasso Ospedalizzazione 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	2.060	1.262	586.061	583.479	3,51	2,16	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni (Ind. MES C14.4)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	2	1	255	255	0,01	0,00	Positivo
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	10	7	197	275	0,05	0,03	Positivo
Castellaneta	2611	MEDICINA GENERALE	35	31	697	746	0,05	0,04	Positivo
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1	50	43	0,02	0,02	Critico
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	5	4	0,00	0,00	Positivo
Grottaglie	0901	CHIRURGIA GENERALE	0	0	2	0	0,00	0,00	Positivo
Grottaglie	2601	MEDICINA GENERALE	44	28	579	584	0,08	0,05	Positivo
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	0	43	25	0,00	0,00	Positivo
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	2	0	0,00	0,00	ND
Manduria	0801	CARDIOLOGIA	13	6	273	319	0,05	0,02	Positivo
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	6	0	326	259	0,02	0,00	Positivo
Manduria	2601	MEDICINA GENERALE	20	28	537	532	0,04	0,05	Critico
Manduria	2901	NEFROLOGIA	20	22	200	213	0,10	0,10	Critico
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	3	43	49	0,00	0,06	Critico
Manduria	4902	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	2	34	39	0,06	0,05	Positivo
Manduria	5001	UTIC	2	4	96	116	0,02	0,03	Critico
MartinaFranca	0801	CARDIOLOGIA	7	5	275	269	0,03	0,02	Positivo
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	4	3	161	159	0,02	0,02	Positivo
MartinaFranca	2601	MEDICINA GENERALE	37	38	791	967	0,05	0,04	Positivo
MartinaFranca	2901	NEFROLOGIA	1	5	236	222	0,00	0,02	Critico
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	1	54	67	0,00	0,01	Critico
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	2	3	0,00	0,00	Positivo
MartinaFranca	4301	UROLOGIA	0	2	77	58	0,00	0,03	Critico
SGMoscati	0812	CARDIOLOGIA	4	0	161	0	0,02	0,00	ND
SGMoscati	1811	EMATOLOGIA	6	8	130	111	0,05	0,07	Critico
SGMoscati	2111	GERIATRIA	34	40	623	558	0,05	0,07	Critico
SGMoscati	2411	MALATTIE INFETTIVE	13	15	178	145	0,07	0,10	Critico
SGMoscati	3411	OCULISTICA	1	3	31	41	0,03	0,07	Critico
SGMoscati	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	2	9	62	62	0,03	0,15	Critico
SGMoscati	4011	PSICHIATRIA	3	3	22	22	0,14	0,14	Positivo
SGMoscati	4912	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7	17	39	47	0,18	0,36	Critico
SGMoscati	6411	ONCOLOGIA	26	34	354	391	0,07	0,09	Critico
SSAnnunziata	0811	CARDIOLOGIA	14	4	671	678	0,02	0,01	Positivo
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	8	4	336	316	0,02	0,01	Positivo
SSAnnunziata	1411	CHIRURGIA VASCOLARE	1	5	98	84	0,01	0,06	Critico
SSAnnunziata	1911	ENDOCRINOLOGIA	4	1	67	50	0,06	0,02	Positivo
SSAnnunziata	2611	MEDICINA GENERALE	53	66	1.627	1.849	0,03	0,04	Critico
SSAnnunziata	2911	NEFROLOGIA	23	29	461	470	0,05	0,06	Critico
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	5	10	343	387	0,01	0,03	Critico
SSAnnunziata	3211	NEUROLOGIA	20	27	600	660	0,03	0,04	Critico
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6	13	91	85	0,07	0,15	Critico
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	1	4	9	0,25	0,11	Positivo
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	20	29	166	181	0,12	0,16	Critico
SSAnnunziata	4911	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0	1	72	112	0,00	0,01	Critico

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			455	506	11.071	11.462	0,04	0,04	Positivo

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Miglioramento qualità di processo	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni * 100/Numero interventi per frattura del femore (Età ≤ 65 anni) (MES c5.2)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	138	171	163	203	84,66	84,24	Positivo
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	69	24	114	43	60,53	55,81	Critico
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	70	54	139	164	50,36	32,93	Critico
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	86	132	132	187	65,15	70,59	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	144	153	269	299	53,53	51,17	Critico

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			515	539	828	904	62,20	59,62	Critico

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Bernardini	0901	CHIRURGIA GENERALE	12	14	2	2	6,00	7,00	ND
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	143	65	8	7	17,88	9,29	Positivo (*)
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	33	3	1	1	33,00	3,00	Positivo (*)
D'Amore	0901	CHIRURGIA GENERALE	5.467	6.195	229	193	23,87	32,10	ND
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	6	16	1	1	6,00	16,00	Positivo (*)
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	155	18	3	6	51,67	3,00	Positivo (*)
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	12	21	4	1	3,00	21,00	Positivo (*)
S. Camillo	0901	CHIRURGIA GENERALE	8	50	1	4	8,00	12,50	ND
S. Camillo	5801	GASTROENTEROLOGIA	34		4	0	8,50		ND
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	260	1.478	15	58	17,33	25,48	Positivo (*)
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	954	991	35	37	27,26	26,78	Positivo (*)

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			7.084	8.851	303	310	23,38	28,55	Positivo (*)

Positivo (\*) - La valutazione si attesta su positivo essendo i tempi al di sotto dei 30 gg

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Attrattività extra-regionale	% Attrazioni extra-Regione - DRG alta complessità (Ind. MES C30.3.2.2)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	0	0		1		0,00	ND
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	0	2	74	69	0,00	0,03	Critica, in miglioramento
Castellaneta	2611	MEDICINA GENERALE	0	0	4	7	0,00	0,00	ND
Castellaneta	3111	NIDO	0	0	0	1		0,00	ND
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	35	33	153	166	0,23	0,20	Positiva
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	2	1	0,00	0,00	ND
Castellaneta	3911	PEDIATRIA	1	0	9	6	0,11	0,00	ND
Grottaglie	2601	MEDICINA GENERALE	0	0	7	3	0,00	0,00	ND
Grottaglie	3101	NIDO	0	0	3	0	0,00		ND
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	8	112	69	0,14	0,12	Positiva
Manduria	0801	CARDIOLOGIA	0	2	1	2	0,00	1,00	ND
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	11	8	76	74	0,14	0,11	Positiva
Manduria	2601	MEDICINA GENERALE	1	3	8	9	0,13	0,33	ND
Manduria	2901	NEFROLOGIA	0	0	0	1		0,00	ND
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21	27	133	152	0,16	0,18	Positiva
Manduria	4902	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	4	17	23	0,18	0,17	ND
MartinaFranca	0801	CARDIOLOGIA	4	0	7	0	0,57		ND
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	18	24	121	118	0,15	0,20	Positiva
MartinaFranca	2601	MEDICINA GENERALE	3	4	11	15	0,27	0,27	ND
MartinaFranca	2901	NEFROLOGIA	1	0	3	0	0,33		ND
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	18	81	154	0,19	0,12	Positiva
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	3	11	11	0,27	0,27	ND
MartinaFranca	3901	PEDIATRIA	1	0	3	1	0,33	0,00	ND
MartinaFranca	4301	UROLOGIA	15	21	55	82	0,27	0,26	Positiva
SGMoscato	0812	CARDIOLOGIA	0	0	3	0	0,00		ND
SGMoscato	1811	EMATOLOGIA	24	23	153	132	0,16	0,17	Positiva
SGMoscato	2111	GERIATRIA	1	2	11	8	0,09	0,25	ND
SGMoscato	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	0	2	20	26	0,00	0,08	ND
SGMoscato	4912	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	6	40	28	0,05	0,21	ND
SGMoscato	6411	ONCOLOGIA	2	1	13	29	0,15	0,03	ND
SSAnnunziata	0811	CARDIOLOGIA	10	4	104	126	0,10	0,03	Critica
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	46	54	288	328	0,16	0,16	Positiva
SSAnnunziata	1411	CHIRURGIA VASCOLARE	7	8	66	83	0,11	0,10	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	2611	MEDICINA GENERALE	1	2	22	81	0,05	0,02	Critica
SSAnnunziata	2911	NEFROLOGIA	0	0	3	2	0,00	0,00	ND
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	36	27	223	218	0,16	0,12	Positiva
SSAnnunziata	3211	NEUROLOGIA	0	2	6	5	0,00	0,40	ND
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6	18	211	259	0,03	0,07	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	7	5	90	97	0,08	0,05	Critica
SSAnnunziata	3911	PEDIATRIA	1	0	1	0	1,00		ND
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	2	2	27	33	0,07	0,06	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	4911	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	19	15	137	139	0,14	0,11	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	6211	NEONATOLOGIA	31	22	199	213	0,16	0,10	Critica, in miglioramento
<b>Stabilimento</b>	<b>CodRep</b>	<b>Denominazione</b>	<b>[A] Num Anno 2016</b>	<b>[B] Num Anno 2017</b>	<b>[C] DEN Anno 2016</b>	<b>[D] DEN Anno 2017</b>	<b>[E]=[A/C] Anno 2016</b>	<b>[F]=[B/D] Anno 2017</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Risultato Aziendale</b>			343	350	2.508	2.772	0,14	0,13	Critica, in miglioramento



SUB AREE	ESITI	OGGETTIVO STRATEGICO
AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Miglioramento qualità percepita

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	13	19	328	335	0,04	0,06	Critico
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	41	37	581	596	0,07	0,06	Critica, in miglioramento
Castellaneta	2611	MEDICINA GENERALE	57	80	887	950	0,06	0,08	Critico
Castellaneta	3611	ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	14	240	227	0,03	0,06	Critico
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	20	9	652	680	0,03	0,01	Positivo
Castellaneta	3911	PEDIATRIA	41	20	543	430	0,08	0,05	Critica, in miglioramento
Grottaglie	0901	CHIRURGIA GENERALE	0	0	40	12	0,00	0,00	ND
Grottaglie	2601	MEDICINA GENERALE	54	35	721	661	0,07	0,05	Critica, in miglioramento
Grottaglie	3601	ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	8	447	254	0,04	0,03	Critica, in miglioramento
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	6	0	345	0	0,02		ND
Grottaglie	6001	LUNGO DEGENZA	13	17	225	174	0,06	0,10	Critico
Manduria	0801	CARDIOLOGIA	26	27	389	437	0,07	0,06	Critica, in miglioramento
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	45	44	897	753	0,05	0,06	Critico
Manduria	2601	MEDICINA GENERALE	98	89	693	647	0,14	0,14	Critico
Manduria	2901	NEFROLOGIA	54	42	267	256	0,20	0,16	Critico
Manduria	3601	ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	25	438	558	0,02	0,04	Critico
Manduria	3901	PEDIATRIA	9	0	133	0	0,07		ND
Manduria	4902	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	0	67	43	0,04	0,00	Positivo
Manduria	5001	UTIC	22	19	140	151	0,16	0,13	Critico
Martina Franca	0801	CARDIOLOGIA	13	15	350	329	0,04	0,05	Critica, in miglioramento
Martina Franca	0901	CHIRURGIA GENERALE	26	11	562	484	0,05	0,02	Critica, in miglioramento
Martina Franca	2601	MEDICINA GENERALE	23	24	969	971	0,02	0,02	Critica, in miglioramento
Martina Franca	2901	NEFROLOGIA	10	13	332	296	0,03	0,04	Critico
Martina Franca	3601	ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	9	367	501	0,02	0,02	Critica, in miglioramento
Martina Franca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	8	14	902	837	0,01	0,02	Critica, in miglioramento
Martina Franca	3901	PEDIATRIA	8	11	303	304	0,03	0,04	Critico
Martina Franca	4301	UROLOGIA	3	1	740	629	0,00	0,00	Positivo
SGMoscati	0812	CARDIOLOGIA	10	0	211	0	0,05		ND
SGMoscati	1811	EMATOLOGIA	10	11	204	206	0,05	0,05	Critico
SGMoscati	2111	GERIATRIA	35	36	636	523	0,06	0,07	Critico
SGMoscati	2411	MALATTIE INFETTIVE	55	37	449	472	0,12	0,08	Critica, in miglioramento
SGMoscati	3411	OCULISTICA	7	12	183	163	0,04	0,07	Critico
SGMoscati	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	8	3	371	359	0,02	0,01	Positivo
SGMoscati	4011	PSICHIATRIA	21	19	138	141	0,15	0,13	Critico
SGMoscati	4912	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	0	77	29	0,03	0,00	Positivo
SGMoscati	6411	ONCOLOGIA	8	8	833	710	0,01	0,01	Positivo
SSAnnunziata	0811	CARDIOLOGIA	73	88	1.390	1.684	0,05	0,05	Critico
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	46	34	1.159	1.193	0,04	0,03	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	1411	CHIRURGIA VASCOLARE	16	12	284	315	0,06	0,04	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	1911	ENDOCRINOLOGIA	6	10	200	152	0,03	0,07	Critico
SSAnnunziata	2611	MEDICINA GENERALE	283	266	2.217	2.126	0,13	0,13	Critico
SSAnnunziata	2911	NEFROLOGIA	55	61	564	529	0,10	0,12	Critico
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	63	70	758	644	0,08	0,11	Critico
SSAnnunziata	3211	NEUROLOGIA	49	59	807	821	0,06	0,07	Critico
SSAnnunziata	3611	ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	9	580	630	0,02	0,01	Positivo
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	63	86	2.465	2.586	0,03	0,03	Critico
SSAnnunziata	3911	PEDIATRIA	268	243	1.356	1.402	0,20	0,17	Critico
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	27	20	433	364	0,06	0,05	Critico
SSAnnunziata	4911	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	1	278	82	0,01	0,01	Positivo
SSAnnunziata	6211	NEONATOLOGIA	0	4	485	565	0,00	0,01	Positivo
SSAnnunziata	7311	UTIN	0	0	10	6	0,00	0,00	Positivo
<b>Stabilimento</b>	<b>CodRep</b>	<b>Denominazione</b>	<b>[A] Num Anno 2016</b>	<b>[B] Num Anno 2017</b>	<b>[C] DEN Anno 2016</b>	<b>[D] DEN Anno 2017</b>	<b>[E]=[A/C] Anno 2016</b>	<b>[F]=[B/D] Anno 2017</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Risultato Aziendale</b>			1.761	1.672	29.044	27.444	0,06	0,06	Critico



SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
AREA MATERNO INFANTILE	Appropriatezza e qualità	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	% Parti cesarei depurati (NTSV) (Ind. MES C7.1)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	52	48	201	209	25,87	22,97	Critica, in miglioramento
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	44	0	76	0	57,89		ND
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	116	104	222	231	52,25	45,02	Critico
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	229	215	804	785	28,48	27,39	Critica, in miglioramento

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Risultato Aziendale			441	367	1.303	1.225	33,84	29,96	Critica, in miglioramento

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Episiotomie depurate (NTSV) (Ind. MES C7.3)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	88	83	201	209	43,78	39,71	Critica, in miglioramento
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	17	0	76		22,37		ND
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	105	54	221	232	47,51	23,28	Positivo
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	241	187	801	785	30,09	23,82	Positivo

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Risultato Aziendale			451	324	1.299	1.226	34,72	26,43	Positivo

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	335	397	0,00	0,00	Positivo
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	97	0	0,00		ND
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	0	277	287	0,00	0,00	Positivo
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	7	22	1.049	1.142	0,67	1,93	Positivo

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Risultato Aziendale			7	22	1.758	1.826	0,40	1,20	Positivo

## MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA AREA EMERGENZA-URGENZA

### **Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MES C16.11)**

L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). L'obiettivo non è valutabile in quanto il SID (Fonte) non fornisce gli elementi previsti dal Protocollo di Definizione del MES.

### **% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)**

I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso: questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage). Il dato permane critico solo per lo stabilimento Hub, sul quale si concentrano le maggiori criticità.

### **Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)**

Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, perché un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato. L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage). Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. In Azienda il dato permane critico. Le problematiche possono essere riconducibili anche al processo di assistenza del paziente più che alla soddisfazione dello stesso.

### **% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)**

L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico, rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. Questo indicatore mette in luce gli aspetti relativi all'appropriatezza della scelta del setting assistenziale da parte del personale del PS e, secondariamente, all'efficienza organizzativa dell'ospedale nel suo complesso. Il dato conferma purtroppo il PS come porta d'ingresso dell'inappropriatezza. Critico pur se in miglioramento

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
PRONTO SOCCORSO - SET118	Appropriatezza e qualità	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MES C16.1.1)	Performance 2016

**Valutazione**  
L'obiettivo non è valutabile in quanto il SID (Fonte) non fornisce gli elementi previsti dal Protocollo di Definizione del MES

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
pronto soccorso (dea 2° livello) - poc stabilimento - taranto (160172 - 01 - PS - 11)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	12.169	10.081	25.343	28.717	48,02	35,10	Critico
pronto soccorso (mecau) - castellaneta (160168 - 00 - PS - 11)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	5.126	5.851	6.027	6.987	85,05	83,74	Positivo
pronto soccorso (mecau) - manduria (160074 - 00 - PS - 01)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	3.860	4.222	4.710	5.041	81,95	83,75	Positivo
pronto soccorso (mecau) - martina franca (160075 - 00 - PS - 01)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	4.905	6.713	5.429	7.578	90,35	88,59	Positivo
pronto soccorso (ppio)-po s.marco-grottaglie (160191 - 00 - PF - 01)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	1.908		2.043		93,39		ND
pronto soccorso (ppio)-poc stabilimento moscati-statte (160172 - 03 - PF - 11)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	2.402		3.352		71,66		ND

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			30.370	26.867	46.904	48.323	64,75	55,60	Critico

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
pronto soccorso (dea 2° livello) - poc stabilimento - taranto (160172 - 01 - PS - 11)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	6.701	7.485	65.261	69.086	10,27	10,83	Critico
pronto soccorso (mecau) - castellaneta (160168 - 00 - PS - 11)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	860	1.086	22.398	25.194	3,84	4,31	Critico
pronto soccorso (mecau) - manduria (160074 - 00 - PS - 01)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	1.034	932	23.891	24.308	4,33	3,83	Critica, in miglioramento
pronto soccorso (mecau) - martina franca (160075 - 00 - PS - 01)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	1.011	1.232	25.786	28.297	3,92	4,35	Critico
pronto soccorso (ppio)-po s.marco-grottaglie (160191 - 00 - PF - 01)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	232		9.263		2,50		ND
pronto soccorso (ppio)-poc stabilimento moscati-statte (160172 - 03 - PF - 11)	PS01	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	2.237		14.193		15,76		ND

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			12.075	10.735	160.792	146.885	7,51	7,31	Critico

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Performance 2016

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Castellaneta	0911	CHIRURGIA GENERALE	294	345	659	799	0,45	0,43	Critico
Castellaneta	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	319	457	390	518	0,82	0,88	Positivo
Castellaneta	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	48	37	109	93	0,44	0,40	Critico
Grottaglie	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	213	121	274	160	0,78	0,76	Positivo
Grottaglie	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	18	0	39	0	0,46		ND
Manduria	0901	CHIRURGIA GENERALE	376	311	860	716	0,44	0,43	Critico
Manduria	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	392	397	448	451	0,88	0,88	Positivo
MartinaFranca	0901	CHIRURGIA GENERALE	184	269	461	534	0,40	0,50	Critica, in miglioramento
MartinaFranca	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	310	384	399	483	0,78	0,80	Positivo
MartinaFranca	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	64	42	101	79	0,63	0,53	Critico
MartinaFranca	4301	UROLOGIA	79	109	163	170	0,48	0,64	Positivo
SGMoscati	3411	OCULISTICA	151	105	225	195	0,67	0,54	Positivo
SGMoscati	3811	OTORINOLARINGOIATRIA	46	57	250	212	0,18	0,27	Critico
SSAnnunziata	0911	CHIRURGIA GENERALE	465	364	1.026	905	0,45	0,40	Critico
SSAnnunziata	1411	CHIRURGIA VASCOLARE	133	153	230	231	0,58	0,66	Positivo
SSAnnunziata	3011	NEUROCHIRURGIA	220	236	905	922	0,24	0,26	Critico
SSAnnunziata	3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	797	787	972	936	0,82	0,84	Positivo
SSAnnunziata	3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	103	108	213	202	0,48	0,53	Critica, in miglioramento
SSAnnunziata	4311	UROLOGIA	128	133	433	435	0,30	0,31	Critico

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>			4.340	4.415	8.157	8.041	53,21	54,91	Critica, in miglioramento

**"USO OSPEDALIERO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI AL FINE DEL CONTROLLO DELLE RESISTENZE BATTERICHE"**

Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri

L'eccessivo utilizzo degli antibiotici è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Si tratta di una situazione di particolare gravità nelle realtà ospedaliere, dove la fragilità dell'utenza e la convivenza di molteplici realtà cliniche rendono più facile lo sviluppo di infezioni incrociate. La prevenzione, da un lato, e il trattamento delle infezioni, dall'altro, spingono ad un sempre maggiore utilizzo di antibiotici, che andrebbe però limitato. Il dato è complessivamente positivo, con alcune criticità specifiche.

**INCREMENTO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEL PRIMO CICLO TERAPEUTICO A SEGUITO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA O VISITA AMBULATORIALE**

**Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico**

Ai sensi della l.n. 405/2001 e conformemente alle disposizioni del RR n. 3/2013, al fine di garantire la continuità del trattamento farmacologico ed al contempo di ridurre la spesa farmaceutica, all'atto della dimissione da ricovero le strutture ospedaliere pubbliche hanno l'obbligo di consegnare ai pazienti i farmaci necessari per il primo ciclo terapeutico. La distribuzione diretta dei medicinali (farmaci rimborsabili dal SSN e compresi nel prontuario ospedaliero), al fine di garantire la continuità del trattamento farmacologico, deve essere effettuata limitatamente al primo ciclo di terapia, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica presso gli ambulatori ospedalieri. Per il primo ciclo di terapia deve intendersi una terapia per un massimo di trenta giorni.

Il dato si presenta positivo se si considera l'incremento assoluto intervenuto sul numero di prescrizioni. Presenta pur tuttavia ampi margini di miglioramento.

**REDAZIONE DEI PIANI TERAPEUTICI ATTRAVERSO IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE EDOTTO**

% Piani terapeutici informatizzati

**REDAZIONE DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE OSPEDALIERE E TERRITORIALI ATTRAVERSO IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE EDOTTO**

% di prescrizioni specialistiche informatizzate

Il sistema SID, pur presentando le dimensioni e le misure necessarie al monitoraggio, non consente la rilevazione dell'indicatore.

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
TUTTE LE AREE	Appropriatezza Farmaceutica	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate e inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri	Non superiore al 2016

		Valore 2016	Valore 2017	Pesi 2016	Pesi 2017			
Stabilimento		[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
160074	HMANDURIA	44.018	53.823	5.920	6.393	7,44	8,42	Critico
160075	HMARTINAFRANCA	31.681	33.878	7.553	8.705	4,19	3,89	Positivo
160168	HCASTELLANETA	50.421	46.272	6.012	6.359	8,39	7,28	Positivo
160172	HSSANNUNZIATA	310.539	342.759	33.753	38.654	9,20	8,87	Positivo
160191	HGROTTAGLIE	24.287	25.030	3.263	2.422	7,44	10,33	Critico

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017	[C] DEN Anno 2016	[D] DEN Anno 2017	[E]=[A/C] Anno 2016	[F]=[B/D] Anno 2017	Valutazione
Risultato Aziendale			460.947	501.762	56.502	62.533	8,16	8,02	Positivo

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	Incremento rispetto al 2016

		Numero Accessi	
Stabilimento		[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017
160074	HMANDURIA	473	464
160075	HMARTINAFRANCA	1077	1179
160168	HCASTELLANETA	521	656
160172	HSSANNUNZIATA	1119	1539

Valutazione
Critico
Positivo
Positivo
Positivo

Stabilimento	CodRep	Denominazione	[A] Num Anno 2016	[B] Num Anno 2017
Risultato Aziendale			3.190	3.838

Valutazione
Positivo

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Incremento rispetto al 2016
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	Incremento rispetto al 2016

Valutazione
Il sistema SID non consente la rilevazione dell'indicatore
Il sistema SID non consente la rilevazione dell'indicatore

## ASSISTENZA TERRITORIALE

### PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE

#### MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI (DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO, BPCO)

#### Riduzione del Tasso di ospedalizzazione delle patologie croniche degenerative mediante il miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute. L'indicatore si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

#### *N. RICOVERI CRONICI/POPOLAZIONE CRONICI PER 1.000 ABIT.*

Il dato si presenta ampiamente positivo. L'attivazione dei percorsi della cronicità a livello territoriali risulta determinante ai fini delle risultanze dell'indicatore.

#### *TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO IN POPOLAZIONE 50-74 ANNI*

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronic-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.

Il tasso rilevato mostra gli ampi miglioramenti conseguiti circa la presa in carico del paziente cronico e fragile. L'unica criticità si osserva sul DSS 7.

#### *TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE PER 100.000 RESIDENTI DELLA FASCIA DI ETÀ: 35-74 ANNI*

Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

Il potenziamento delle attività ambulatoriali in particolare dell'introduzione del day service diabetologico sul distretto produce gli effetti attesi, con un controllo preventivo. Il tasso, calcolato secondo i protocolli previsti, si mantiene al di sotto della soglia prevista. L'obiettivo è conseguito. L'unica criticità si osserva sul DSS 7.

#### *TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO IN POPOLAZIONE 50-74 ANNI*

Per le broncopneumopatie cronic-ostruttive, alla pari di molte malattie cronic-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005).

L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali.

Anche per questo tasso si osservano sostanziali miglioramenti. L'obiettivo è conseguito. L'unica criticità si osserva sul DSS 7.

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco,	Riduzione del Tasso di ospedalizzazione delle patologie cronico degenerative mediante il miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (diabete,

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
N. Ricoveri cronici/Popolazione cronici per 1.000 abit.	Performance 2016

DSS	[A] N. Ricoveri cronici 2016	[B] N. Ricoveri cronici 2017	[C] Popolazione Cronici 2016 <small>(Codice Gruppo 013, 021 e 024)</small>	[D] Popolazione Cronici 2017 <small>(Codice Gruppo 013, 021 e 024)</small>	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
01	57	69	4.227	4.249	13,48	16,24	Critica
02	65	57	5.228	5.370	12,43	10,61	Positiva
05	49	47	3.921	3.962	12,50	11,86	Positiva
06	158	94	7.065	7.225	22,36	13,01	Positiva
07	80	108	4.684	4.783	17,08	22,58	Critica
08	309	265	13.708	14.036	22,54	18,88	Positiva

	[A] N. Ricoveri cronici 2016	[B] N. Ricoveri cronici 2017	[C] Popolazione Cronici 2016 <small>(Codice Gruppo 013, 021 e 024)</small>	[D] Popolazione Cronici 2017 <small>(Codice Gruppo 013, 021 e 024)</small>	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>718</b>	<b>640</b>	<b>38.833</b>	<b>39.625</b>	<b>18,49</b>	<b>16,15</b>	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.1.1)	Performance 2016

DSS	[A] N. Ricoveri per scompenso 2016	[B] N. Ricoveri per scompenso 2017	[C] Popolazione Residente 50-74 anni 2016	[D] Popolazione Residente 50-74 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
01	19	31	19.047	19.341	1,00	1,60	Positiva
02	41	26	23.865	24.174	1,72	1,08	Positiva
05	40	39	19.431	19.773	2,06	1,97	Positiva
06	69	42	30.723	31.247	2,25	1,34	Positiva
07	55	82	25.276	25.508	2,18	3,21	Critica
08	174	120	66.011	66.749	2,64	1,80	Positiva

	[A] N. Ricoveri per scompenso 2016	[B] N. Ricoveri per scompenso 2017	[C] Popolazione Residente 50-74 anni 2016	[D] Popolazione Residente 50-74 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>398</b>	<b>340</b>	<b>184.353</b>	<b>186.792</b>	<b>2,16</b>	<b>1,82</b>	Positiva



INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni (Ind. MES C11a.2.1)	Performance 2016

DSS	[A] N. Ricoveri per diabete 2016	[B] N. Ricoveri per diabete 2017	[C] Popolazione Residente 35-74 anni 2016	[D] Popolazione Residente 35-74 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
01	19	31	32.845	32.939	0,58	0,94	Positiva
02	41	26	41.681	41.841	0,98	0,62	Positiva
05	40	39	33.698	33.775	1,19	1,15	Positiva
06	69	42	53.865	54.122	1,28	0,78	Positiva
07	55	82	42.226	42.308	1,30	1,94	Critica
08	174	120	108.948	108.452	1,60	1,11	Positiva

	[A] N. Ricoveri per diabete 2016	[B] N. Ricoveri per diabete 2017	[C] Popolazione Residente 35-74 anni 2016	[D] Popolazione Residente 35-74 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>398</b>	<b>340</b>	<b>313.263</b>	<b>313.437</b>	<b>1,27</b>	<b>1,08</b>	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.3.1)	Performance 2016

DSS	[A] N. Ricoveri per BPCO 2016	[B] N. Ricoveri per BPCO 2017	[C] Popolazione Residente 50-74 anni 2016	[D] Popolazione Residente 50-74 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
01	19	31	19.047	19.341	1,00	1,60	Positiva
02	41	26	23.865	24.174	1,72	1,08	Positiva
05	40	39	19.431	19.773	2,06	1,97	Positiva
06	69	42	30.723	31.247	2,25	1,34	Positiva
07	55	82	25.276	25.508	2,18	3,21	Critica
08	174	120	66.011	66.749	2,64	1,80	Positiva

	[A] N. Ricoveri per BPCO 2016	[B] N. Ricoveri per BPCO 2017	[C] Popolazione Residente 50-74 anni 2016	[D] Popolazione Residente 50-74 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>398</b>	<b>340</b>	<b>184.353</b>	<b>186.792</b>	<b>2,16</b>	<b>1,82</b>	Positiva

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE  
 APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA  
 Programmazione e implementazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)

*Provvedimenti ASL di adozione del progetto assistenziale e strutturale dei PTA entro il 28/2/2017*  
*Report sui PTA relativo ai livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per singola struttura entro il 31/12/2018*  
 L'Azienda è ottemperante rispetto ai provvedimenti regionali

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	Appropriatezza organizzativa	Programmazione e implementazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Risultato
Provvedimenti ASL di adozione del progetto assistenziale e strutturale dei PTA entro il 28/2/2017	SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. G.OTER 02.05.02)	SI
Report sui PTA relativo ai livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per singola struttura entro il 31/12/2018	/	/

Valutazione
Positiva
ND

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**  
**EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE**  
**POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**  
 % Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2)  
 % Anziani > 65 anni in ADI (Ind. MES B28.1.1)

L'Assistenza Domiciliare (AD) prevede la realizzazione di interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone. Nell'ambito dell'AD, le Cure Domiciliari (CD) rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità  
 L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione. Rispetto ai valori attesi, e pur in presenza di ampi miglioramenti, l'indicatore si presenta critico.

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Potenziamento dell'assistenza domiciliare

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2)	Performance 2016

DSS	[A] % Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2) 2016	[B] % Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2) 2017	[C] Popolazione Residente >=65 anni 2016	[D] Popolazione Residente >=65 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
01		291	12.992	13.218	0,00	2,20	Critica
02		446	15.507	15.909	0,00	2,80	Critica
05		341	13.572	13.716	0,00	2,49	Critica
06		775	19.638	20.180	0,00	3,84	Critica
07		561	18.267	18.551	0,00	3,02	Critica
08		1.207	45.198	46.043	0,00	2,62	Critica

	[A] % Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2) 2016	[B] % Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2) 2017	[C] Popolazione Residente >=65 anni 2016	[D] Popolazione Residente >=65 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	0	3.621	125.174	127.617	0,00	2,84	Critica

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Anziani > 65 anni in ADI	>=3,3%

DSS	[A] % Anziani > 65 anni in ADI (Ind. MES B28.1.1) 2016	[B] % Anziani > 65 anni in ADI (Ind. MES B28.1.1) 2017	[C] Popolazione Residente >=65 anni 2016	[D] Popolazione Residente >=65 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
01		142	12.992	13.218	0,00	1,07	Critica
02		360	15.507	15.909	0,00	2,26	Critica
05		272	13.572	13.716	0,00	1,98	Critica
06		651	19.638	20.180	0,00	3,23	Critica
07		453	18.267	18.551	0,00	2,44	Critica
08		922	45.198	46.043	0,00	2,00	Critica

	[A] % Anziani > 65 anni in ADI (Ind. MES B28.1.1) 2016	[B] % Anziani > 65 anni in ADI (Ind. MES B28.1.1) 2017	[C] Popolazione Residente >=65 anni 2016	[D] Popolazione Residente >=65 anni 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 0 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	0	2.800	125.174	127.617	0,00	2,19	Critica

**SALUTE MENTALE**  
**APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA**  
**EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE PSICHIATRICA**

**% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2)**

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.

L'indicatore mostra un lieve peggioramento rispetto all'anno precedente.

**% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione**

Rispetto al risultato atteso l'obiettivo è positivo

**Attivazione di almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL entro 30/9/2017 (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOTER 02.08.01)**

L'obiettivo è conseguito

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
SALUTE MENTALE	Appropriatezza organizzativa	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2)	Performance 2016

	[A] % Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2) 2016	[B] % Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2) 2017	[C] N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni 2016	[D] N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni 2017	[E=A/C]*100 Rapporto	[F=B/D]*100 Rapporto	Valutazione
Risultato Aziendale	13	20	311	373	4,18	5,36	Critica

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	>= 10,82

	[A] % Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione 2016	[B] % Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione 2017	[C] N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni 2016	[D] N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni 2017	[E=A/C]*100 Rapporto	[F=B/D]*100 Rapporto	Valutazione
Risultato Aziendale		7.278		583.479		12,47	Positiva

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Risultato
Attivazione di almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL entro 30/9/2017 (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GTER 02.08.01)	/	(n.2 centri Attivati)

Valutazione
Positiva

**AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**  
**PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**  
**REALIZZARE EVENTI DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE (DIPENDENZA DA FUMO, ALCOLISMO, LUDOPATIE)**

Il Dipartimento ha ormai da tempo consolidato l'attività di informazione e formazione, anche in accordo con il Dipartimento di Prevenzione, svolta in particolare presso le strutture scolastiche. L'obiettivo è conseguito.

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (dipendenza da fumo)
		Realizzare eventi di informazione e formazione (alcolismo)
		Realizzare eventi di informazione e formazione (ludopatie)

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Risultato
Numero di eventi di educazione sanitaria anti-fumo nelle scuole	6	9
Numero di eventi di educazione sanitaria contro l'abuso di alcool nelle scuole	6	7
Numero di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie nelle scuole	6	11

Valutazione
Positiva
Positiva
Positiva

## ASSISTENZA FARMACEUTICA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

*Efficacia assistenziale territoriale attraverso il monitoraggio e l'incentivazione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.*

**% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani].**

“Secondo il Codice Deontologico, l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario”

L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi.

Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, ottenuti tramite lo spostamento delle attuali terapie sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.

La Regione ha adottato una serie di provvedimenti atti a indirizzare l'orientamento prescrittivo rispetto a quanto richiesto dall'indicatore. Pertanto l'indicatore è ampiamente positivo.

*Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza mediante la riduzione del consumo di antibiotici in età pediatrica.*

**Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1)**

La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali. L'età pediatrica rappresenta una delle fasi della vita nelle quali maggiormente si concentra il consumo di antibiotici; la letteratura concorda nell'individuare in questa i maggiori margini di potenziale inappropriata. Da qui l'esigenza di un monitoraggio dei consumi specificamente focalizzato su questo target di popolazione.

Le indicazioni prescrittive trovano riscontro anche riguardo questo indicatore che risulta pienamente conseguito.

**Consumo di cefalosporine in età pediatrica -DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).**

Le cefalosporine sono una classe di antibiotici ad ampio spettro, che nelle patologie più frequenti dovrebbero rappresentare la seconda scelta, perché costano di più e hanno uno spettro troppo ampio, favorendo la comparsa di ceppi resistenti. Le indicazioni prescrittive trovano riscontro anche riguardo questo indicatore che risulta pienamente conseguito.

*Riduzione del consumo dei sartani con copertura brevettuale*

**% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)**

Il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica determina questo indicatore. Ampiamente positivo

***Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)***

L'identificazione puntuale di questi pazienti deve avvenire da parte di ogni Azienda Sanitaria mediante criteri espliciti e che tengano conto, oltre che della situazione organizzativa locale, di criteri di sicurezza dei pazienti, di accessibilità delle cure e di equità nei trattamenti.

Tenendo conto delle indicazioni, dunque, i farmaci anticoagulanti orali attualmente disponibili ci consentono una buona personalizzazione della terapia, adeguandola alle caratteristiche cliniche e al profilo di rischio del paziente con l'obiettivo di minimizzare gli eventi tromboembolici ed emorragici.

Le indicazioni terapeutiche relativamente recenti non hanno ancora pienamente prodotto gli effetti attesi.

L'indicatore è solo parzialmente conseguito.

***Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso***

**% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)**

L'indicatore risulta conseguito positivamente, nonostante la permanenza di alcune criticità.



SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale attraverso il monitoraggio e l'incentivazione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani].	Miglioram. Performance 2016

DSS	[A] EQUIVALENTI 2016	[B] EQUIVALENTI 2017	[C] EROGATI 2016	[D] EROGATI 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
01	91.216	90.808	187.716	184.741	48,59	49,15	Positiva
02	117.277	119.657	234.638	233.241	49,98	51,30	Positiva
05	109.759	110.728	227.777	225.002	48,19	49,21	Positiva
06	157.929	161.700	341.731	343.050	46,21	47,14	Positiva
07	129.213	130.358	266.634	266.112	48,46	48,99	Positiva
08	425.370	415.327	808.340	790.453	52,62	52,54	Positiva

	[A] EQUIVALENTI 2016	[B] EQUIVALENTI 2017	[C] EROGATI 2016	[D] EROGATI 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>1.030.764</b>	<b>1.028.578</b>	<b>2.066.836</b>	<b>2.042.599</b>	<b>49,87</b>	<b>50,36</b>	Positiva

OBIETTIVO STRATEGICO
Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza mediante la

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1)	Miglioram. Performance 2016

DSS	[A] Antibiotici in età pediatrica (Quantità) 2016	[B] Antibiotici in età pediatrica (Quantità) 2017	[C] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2016	[D] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
01	9.840	7.799	8.203	8.097	119,96	96,32	Positiva
02	14.268	11.757	10.668	10.401	133,75	113,04	Positiva
05	11.324	8.206	7.996	7.894	141,62	103,95	Positiva
06	22.253	20.061	13.459	13.181	165,34	152,20	Positiva
07	13.704	11.876	9.497	9.301	144,30	127,69	Positiva
08	35.331	29.706	25.227	24.548	140,05	121,01	Positiva

	[A] Antibiotici in età pediatrica (Quantità) 2016	[B] Antibiotici in età pediatrica (Quantità) 2017	[C] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2016	[D] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>106.720</b>	<b>89.405</b>	<b>75.050</b>	<b>73.422</b>	<b>142,20</b>	<b>121,77</b>	Positiva

OBIETTIVO STRATEGICO
Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza mediante la riduzione del consumo di antibiotici in età pediatrica.

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Consumo di cefalosporine in età pediatrica -DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).	Miglioram. Performance 2016

DSS	[A] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2016	[B] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2017	[C] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2016	[D] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
01	2.309	1.660	8.203	8.097	28,15	20,50	Positiva
02	3.471	2.720	10.668	10.401	32,54	26,15	Positiva
05	4.073	2.835	7.996	7.894	50,94	35,91	Positiva
06	6.768	5.210	13.459	13.181	50,29	39,53	Positiva
07	4.796	3.745	9.497	9.301	50,50	40,26	Positiva
08	9.779	7.017	25.227	24.548	38,76	28,58	Positiva

	[A] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2016	[B] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2017	[C] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2016	[D] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>31.196</b>	<b>23.187</b>	<b>75.050</b>	<b>73.422</b>	<b>41,57</b>	<b>31,58</b>	Positiva

OBIETTIVO STRATEGICO
Riduzione del consumo dei sartani con copertura brevettale

INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)	Miglioram. Performance 2016

DSS	[A] EQUIVALENTI 2016	[B] EQUIVALENTI 2017	[C] EROGATI 2016	[D] EROGATI 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
01	87.359	87.764	105.677	106.230	82,67	82,62	Positiva
02	104.172	106.123	125.003	126.559	83,34	83,85	Positiva
05	88.573	89.232	100.180	100.102	88,41	89,14	Positiva
06	131.286	136.214	157.404	160.993	83,41	84,61	Positiva
07	96.783	98.671	116.896	117.873	82,79	83,71	Positiva
08	308.336	311.948	352.005	352.230	87,59	88,56	Positiva

	[A] EQUIVALENTI 2016	[B] EQUIVALENTI 2017	[C] EROGATI 2016	[D] EROGATI 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>816.509</b>	<b>829.952</b>	<b>957.165</b>	<b>963.987</b>	<b>85,30</b>	<b>86,10</b>	Positiva

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)	<b>Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO</b> (Per soggetti "naive" si intendono pazienti che non abbiano avuto precedenti esposizioni terapeutiche ad uno specifico farmaco o per i quali le precedenti esposizioni, in base al giudizio del medico, siano sufficientemente distanti nel tempo.) ATC B01AE07 B01AF01 B01AF02 B01AF03	Non superiore al 2016

DSS	[A] Pazienti NAIVE 2016	[B] Pazienti NAIVE 2017
01	296	250
02	288	266
05	214	214
06	429	453
07	346	395
08	823	859

[C=B-A] Variazione Assoluta	[D=B/A-1]*100 Rapporto	Valutazione
-46	-16%	Positiva
-22	-8%	Positiva
0	0%	Positiva
24	6%	Critica
49	14%	Critica
36	4%	Critica

	[A] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2016	[B] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2017
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>2.396</b>	<b>2.437</b>

[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*100 Rapporto	Valutazione
<b>41</b>	<b>2%</b>	Critica

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	Non inferiori al 2016

ATC	tipo	2016	2017	Rapporto 2016	Rapporto 2017	Valutazione
A10AE04 INSULINA GLARGINE	BIO	0	0	0%	0%	Critica
A10AE04 INSULINA GLARGINE	GEN	6	14			
B03XA01 ERITROPOIETINA	BIO	5.372	6.158	45%	61%	Positiva
B03XA01 ERITROPOIETINA	GEN	6.468	3.963			
L03AA02 FILGRASTIM	BIO	0	0	0%	0%	Critica
L03AA02 FILGRASTIM	GEN	3	1			
L04AB01 ETANERCEPT	BIO	0	50	10%	22%	Positiva
L04AB01 ETANERCEPT	GEN	3.003	2.848			
L04AB02 INFLIXIMAB	BIO	422	892			
L04AB02 INFLIXIMAB	GEN	907	488			
<b>Risultato Aziendale</b>				<b>36%</b>	<b>49%</b>	Positiva

**EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA**

Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA

*% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi*

*% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi*

Non è stato possibile rilevare il dato. Nelle interrogazioni del SID la query ha prodotto Errore

**Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata**

*Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto*

L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica.

L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. L'obiettivo è pienamente conseguito

*Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto*

% Piani terapeutici informatizzati

L'obiettivo è pienamente conseguito

*Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto*

% di prescrizioni specialistiche informatizzate

Non è stato possibile rilevare il dato. Nelle interrogazioni del SID la query ha prodotto Errore

ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Risultato	Valutazione
Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Incremento rispetto al 2016	ND	ND
	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Incremento rispetto al 2016	ND	ND

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto	Miglioriam. Performance 2016

DSS	[A] Spesa lorda pro capite farmaci di fascia A2016	[B] Spesa lorda pro capite farmaci di fascia 2017	[C] Popolazione Pesata (Pesi OSMED) 2016	[D] Popolazione Pesata (Pesi OSMED) 2017	[E=A/C] Spesa Lorda Pro Capite 2016	[F=B/D] Spesa Lorda Pro Capite 2017	[G=F/E-1]*100 Rapporto	Valutazione
01	12.555.527	12.017.912	115.439	116.262	109	103	-5%	Positiva
02	16.146.880	15.371.977	141.927	143.463	114	107	-6%	Positiva
05	14.417.848	14.054.871	118.342	119.077	122	118	-3%	Positiva
06	21.509.107	21.231.911	180.612	182.623	119	116	-2%	Positiva
07	17.091.541	16.794.805	152.396	153.084	112	110	-2%	Positiva
08	49.201.566	47.624.000	385.615	387.422	128	123	-4%	Positiva

	[A] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2016	[B] Cefalosporine in età pediatrica (Quantità) 2017	[C] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2016	[D] Popolazione in età pediatrica (<14 anni) 2017	[E=A/C]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	[F=B/D]*1000 Rapporto	Valutazione
<b>Risultato Aziendale</b>	<b>130.922.469</b>	<b>127.095.476</b>	<b>1.094.331</b>	<b>1.101.930</b>	<b>120</b>	<b>115</b>	<b>-4%</b>	Positiva

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Incremento rispetto al 2016

		N. Piani Terapeutici	
	Stato Piano Terapeutico	2016	2017
ta (160112)	validato	3.502	9.432

		N. Piani Terapeutici Prima Prescrizione		Valutazione
	2016	2017		
ta (160112)	2.330	4.850		Positiva

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	Incremento rispetto al 2016

		% di prescrizioni specialistiche informatizzate(*)	
	Stato Piano Terapeutico	2016	2017
ta (160112)	validato	ND	ND

		N. Piani Terapeutici Prima Prescrizione		Valutazione
	2016	2017		
ta (160112)	ND	ND		ND

(\*) nelle interrogazioni del SID la query ha prodotto Errore

DIREZIONE STRATEGICA

EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

Gli obiettivi di quest'Area strategica sono funzionali alla corretta gestione economica dell'Azienda, tanto dal punto di vista degli approvvigionamenti che dal punto di vista finanziario. L'azienda ha posto la sua organizzazione in maniera tale da utilizzare pienamente gli istituti normativamente previsti per l'acquisizione di beni e servizi. Oltre a questi, con uno sforzo operativo, si è proceduto al pieno riallineamento dei tempi di pagamento, ovvero all'uso dei sistemi informativi nell'emissione degli ordini. Costante rimane infine il controllo sui conti e sui relativi stati di avanzamento.

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	[A]	[B]	[C]	[D]	[E]=[A/C]	[F]=[B/D]	Valutazione		
					Num Anno 2016	Num Anno 2017	DEN Anno	DEN Anno	Anno 2016	Anno 2017			
EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza operativa	Scostamento tra costi e ricavi [Legge di Stabilità 208/2015] (Ind. MES F1.4)	Miglioramento Performance 2016	57.087	77.814					Positiva		
		Tempi di pagamento dei fornitori	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Miglioramento Performance 2016	20	7						Positiva	
		Costo dell'assistenza ospedaliera	Costo medio per punto DRG (Ind. MES F18.1)	Miglioramento Performance 2016	251.810	260.678	56.502	62.533	4.457	4.169		Positiva	
		Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema-tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura.	Sottoscrizione accordi secondo lo schema-tipo di riferimento entro il 30/6/2016 (per RSA ed RSSA a scadenza contratto)				1818/2017 1014/2017 1024/2017 1025/2017 1026/2017 1027/2017					Positiva
			Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016 (SI/NO).		SI			1818/2017 1014/2017					Positiva

RESPONSABILIZZAZIONE E CLIMA AZIENDALE

Gli istituti relativi alle attività anticorruptive sono stati implementati in primis mediante l'adozione del piano aziendale nonché mediante la realizzazione di eventi formativi rivolti a tutto il personale. Sono stati inoltre adempiuti gli obblighi di trasparenza.

Permangono criticità in capo alla valutazione della customer satisfaction; pur se con lieve ritardo è stato adottato anche il piano della comunicazione aziendale. Circa gli aspetti relativi al risk, preme sottolineare che, pur in presenza di una costante attenzione agli aspetti preventivi e di gestione del rischio, non si è redatto un piano organico delle relative attività né, allo stato, si dispone di una relazione che compendi le azioni poste in essere.

Circa le Liste di attesa, l'obiettivo, relativamente alle prestazioni target, come da PNTA, è conseguito se almeno il 90% dell'utenza è soddisfatta nei tempi stabiliti (30 giorni per visite, 60 per esami strumentali). I tempi di attesa delle prestazioni vengono periodicamente monitorati ed aggiornati. Inoltre su sito vengono pubblicati le risultanze del monitoraggio dei TA in relazione alle classi di priorità.

Va precisato che, ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, ed in coerenza con quanto previsto dai Piani Nazionale e Regionale, si considerano esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni, benché prime visite o prime prestazioni diagnostiche strumentali, degli utenti che hanno rifiutato la prima disponibilità fornita dal CUP esercitando la propria libera scelta della struttura erogatrice. In considerazione della copertura l'obiettivo risulta conseguito.

SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	[A]	[B]	[C]	[D]	[E]=[A/C]	[F]=[B/D]	Valutazione	
					Num Anno 2016	Num Anno 2017	DEN Anno	DEN Anno	Anno 2016	Anno 2017		
RESPONSABILIZZAZIONE E CLIMA AZIENDALE	Monitoraggio e riduzione tempi di attesa	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti	90%		>90%					Positiva	
	Sicurezza per il paziente e l'operatore	Gestione del rischio clinico	Piano di previsione delle attività di Risk Management	Adozione		ND					ND	
	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni	Redazione del Piano aziendale della Comunicazione	Adozione		2356 / 2017						Positiva
		Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Customer satisfaction: Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Esiti monitoraggi		ND						ND
	Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile	Certificazione del bilancio	Relazione		SAL					Positiva	
	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. N.33/2013	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Approvazione del Programma Triennale della Trasparenza e aggiornamenti annuali	Aggiornamenti		312 / 2017						Positiva
		Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Assolvimento degli obblighi di pubblicazione, monitoraggio e vigilanza previsti dalla Delibera ANAC n 50/2013	Aggiornamenti		Assolti						Positiva
	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Elaborazione, approvazione e pubblicazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano	Adozione		311 / 2017						Positiva





## 4 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

### SINTESI DEL BILANCIO

Il bilancio 2017 si chiude con un utile pari a € 77.814 leggermente inferiore rispetto a quello programmato che ammonta a € 87.676.

Di seguito si riporta una tabella che mette a confronto il bilancio consuntivo 2017 ed il bilancio di previsione.

Modello CE 2017	CE 2017	CE 2017 PREVISIONE	differenza
<b>A) Valore della produzione</b>			
A.1) Contributi in c/esercizio	1.014.777.070	1.027.270.102	(12.493.032)
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	79.689	(2.513.317)	2.593.007
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	6.200.453	-	6.200.453
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	62.612.348	50.797.273	11.815.075
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	16.178.293	4.251.811	11.926.482
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.024.361	6.801.518	(777.157)
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.082.601	10.440.337	642.264
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	4.064	-	4.064
A.9) Altri ricavi e proventi	668.855	897.538	(228.683)
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>1.117.627.735</b>	<b>1.097.945.264</b>	<b>19.682.471</b>
<b>B) Costi della produzione</b>			
B.1) Acquisti di beni	174.301.688	169.402.000	4.899.688
B.2) Acquisti di servizi	612.688.873	613.632.801	(943.928)
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	16.103.266	19.830.679	(3.727.413)
B.4) Godimento di beni di terzi	8.163.015	5.906.377	2.256.638
Totale Costo del personale	247.868.900	243.504.421	4.364.479
B.5) Personale del ruolo sanitario	214.280.332	211.004.516	3.275.816
B.6) Personale del ruolo professionale	974.505	922.563	51.942
B.7) Personale del ruolo tecnico	16.060.218	15.668.205	392.013
B.8) Personale del ruolo amministrativo	16.553.844	15.909.137	644.708
B.9) Oneri diversi di gestione	2.496.952	3.655.062	(1.158.110)
Totale Ammortamenti	11.136.085	13.243.749	(2.107.664)
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	18.101	7.829	10.271
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	-	-	-
B.12) Ammortamento dei fabbricati	4.174.511	4.174.511	-
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.943.483	9.061.408	(2.117.926)
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	4.558.693	-	4.558.693
B.15) Variazione delle rimanenze	(2.031.403)	-	(2.031.403)
B.16) Accant. dell'esercizio	24.143.326	9.793.604	14.349.722
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>1.099.429.404</b>	<b>1.078.968.692</b>	<b>20.460.712</b>
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>			
C.1) Interessi attivi	27	-	27
C.2) Altri proventi	-	-	-
C.3) Interessi passivi	473.268	238.322	234.946
C.4) Altri oneri	23.118	-	23.118
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>(496.359)</b>	<b>(238.322)</b>	<b>(258.037)</b>
<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>			
D.1) Rivalutazioni	-	-	-
D.2) Svalutazioni	-	-	-
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>			
E.1) Proventi straordinari	5.673.310	-	5.673.310
E.2) Oneri straordinari	4.689.976	-	4.689.976
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>983.334</b>	<b>-</b>	<b>983.334</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>18.685.306</b>	<b>18.738.249</b>	<b>(52.943)</b>
<b>Imposte e tasse</b>			
Y.1) IRAP	18.242.952	18.241.347	1.605
Y.2) IRES	364.541	409.256	(44.715)
Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>77.814</b>	<b>87.646</b>	<b>(9.833)</b>

CONFRONTO BILANCIO CONSUNTIVO – BILANCIO DI PREVISIONE

**Valore della Produzione**

Il valore della produzione rispetto alla previsione è aumentato principalmente per effetto:

- di maggiori contributi assegnati dalla Regione in particolare per investimenti in conto capitale di € 2,5 milioni;
- di utilizzo di fondi in conto capitale erogati negli anni precedenti per € 6,2 milioni di euro della mobilità attiva: file F e attività ospedaliera per € 11,815
- di rimborso da aziende per "Pay back" per € 11,926

Tali incrementi sono stati parzialmente ridotti per una minore assegnazione complessiva €8,199 milioni e minori assegnazioni per finanziamenti extra fondo di € €4,839 milioni;

**Costi Della Produzione**

I costi della produzione rilevati in sede di elaborazione del Bilancio 2017 presentano un incremento per un valore complessivo di € 20,460 milioni.

Tale incremento deriva principalmente dall'effetto di maggiori costi per acquisto di beni sanitari per complessivi € 4,9 milioni

Gli acquisti di servizi rilevati in sede di bilancio consuntivo sono complessivamente sovrapponibili a quelli previsti.

I costi per manutenzione sostenuti durante il 2017 sono stati inferiori rispetto a quelli programmati per un importo complessivo di € 3,727 milioni.

I costi per godimento di beni di terzi sono stati superiori a quelli programmati per complessivi € 2,257 milioni per effetto dell'avvio di contratti relativi al sistema informatico

Altro aumento di costo di € 4,364 deriva dalle assunzioni di personale principalmente nel ruolo sanitario

Infine si rileva un incremento degli accantonamenti dell'esercizio per complessivi € 14,350 dovuti:

all'avvio di nuovi contratti assicurativi che hanno portato ad un'economia dei costi per assicurazione ed a un contestuale aumento degli accantonamenti al fine di coprire i costi che quest'Azienda potrebbe sostenere dovrà coprire per risarcimenti danni fino alla concorrenza 800.000 euro

all'accantonamento delle somme per far fronte alle eventuali svalutazioni dei crediti che quest'Azienda vanta nei confronti dei Comuni per il trasporto dei disabili.

Confronto bilanci 2016 –2017

Modello CE 2017		CE 2017	BILANCIO 2016	differenza
<b>A) Valore della produzione</b>				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	1.014.777.070	1.036.038.627	(21.261.557)
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	79.689	(1.736.145)	1.815.834
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	6.200.453	4.055.926	2.144.526
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	62.612.348	50.800.006	11.812.342
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	16.178.293	4.246.719	11.931.574
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.024.361	6.142.591	(118.230)
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.082.601	10.714.456	368.145
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	4.064	-	4.064
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	668.855	911.651	(242.796)
AZ9999	<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>1.117.627.735</b>	<b>1.111.173.833</b>	<b>6.453.902</b>
<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	174.301.688	163.103.925	11.197.764
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	612.688.873	630.512.188	(17.823.315)
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	16.103.266	16.041.497	61.769
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	8.163.015	6.257.519	1.905.496
BA2080	Totale Costo del personale	247.868.900	238.306.765	9.562.135
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	214.280.332	206.649.155	7.631.177
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	974.505	919.010	55.495
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	16.060.218	14.936.892	1.123.326
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	16.553.844	15.801.708	752.137
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.496.952	3.442.203	(945.251)
BA2560	Totale Ammortamenti	11.136.095	12.323.917	(1.187.822)
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	18.101	10.906	7.195
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	-	-	-
BA2590	B.12) Ammortamento dei fabbricati	4.174.511	4.174.511	-
BA2620	B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.943.483	8.138.500	(1.195.017)
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	4.558.693	-	4.558.693
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	(2.031.403)	387.724	(2.419.127)
BA2690	B.16) Accant. dell'esercizio	24.143.326	17.323.526	6.819.800
BZ9999	<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>1.099.429.404</b>	<b>1.086.923.815</b>	<b>12.505.589</b>
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>				
CA0010	C.1) Interessi attivi	27	0	27
CA0050	C.2) Altri proventi	-	-	-
CA0110	C.3) Interessi passivi	473.268	992.067	(518.799)
CA0150	C.4) Altri oneri	23.118	824	22.294
CZ9999	<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>(496.359)</b>	<b>(992.890)</b>	<b>496.531</b>
<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>				
DA0010	D.1) Rivalutazioni	-	-	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	-	24.130	(24.130)
DZ9999	<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>-</b>	<b>(24.130)</b>	<b>24.130</b>
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	5.673.310	4.642.528	1.030.782
EA0260	E.2) Oneri straordinari	4.689.976	9.890.216	(5.200.240)
EZ9999	<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>983.334</b>	<b>(5.247.688)</b>	<b>6.231.022</b>
XA0000	<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>18.685.306</b>	<b>17.985.310</b>	<b>699.997</b>
<b>Imposte e tasse)</b>				
YA0010	Y.1) IRAP	18.242.952	17.475.497	767.455
YA0060	Y.2) IRES	364.541	452.726	(88.185)
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
YZ9999		18.607.493	17.928.223	679.270
ZZ9999				

### Valore della Produzione

Il valore della produzione dell'esercizio 2017 rispetto al consuntivo 2016 è aumentato di € 6,454 milioni; le voci che hanno maggiormente inciso su detto valore sono riconducibili:

Alla somma delle variazioni dei contributi in conto esercizio assegnati dalla regione per importo complessivo inferiore di € 21,262 milioni, in particolare:

- o I contributi da Regione per quota del Fondo sanitario Regionale sono stati ridotti di €6.591 Tale riduzione è stata compensata con un incremento dei finanziamenti per gli obiettivi di piano di € 6,412
- o I contributi extra fondo vincolati sono stati ridotti di € 21,891 milioni rispetto al 2016. Tale variazione deriva da finanziamenti straordinari erogati nel 2016 per assistiti affetti da SLA per arretrati ad assistiti di cui alla L. 210/92 e per il progetto "terra dei fuochi"  
La riduzione dei contributi sono stati compensati con l'incremento della mobilità attiva e dall'incremento del rimborso da parte di aziende farmaceutiche per "Pay Back"

### Costi della Produzione

La tabella sotto riportata evidenzia in estrema sintesi le differenze fra i bilanci 2017 e 2016

Modello CE 2017		CE 2017	BILANCIO 2016	differenza
<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0010	<b>B.1) Acquisti di beni</b>	174.301.688	163.103.925	11.197.764
BA0390	<b>B.2) Acquisti di servizi</b>	612.688.873	630.512.188	(17.823.315)
BA1910	<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	16.103.266	16.041.497	61.769
BA1990	<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	8.163.015	6.257.519	1.905.496
BA2080	<b>Totale Coste del personale</b>	247.868.900	238.306.765	9.562.135
BA2090	<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	214.280.332	206.649.155	7.631.177
BA2230	<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	974.505	919.010	55.495
BA2320	<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	16.060.218	14.936.892	1.123.326
BA2410	<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	16.553.844	15.801.708	752.137
BA2500	<b>B.9) Oneri diversi di gestione</b>	2.496.952	3.442.203	(945.251)
BA2560	<b>Totale Ammortamenti</b>	11.136.095	12.323.917	(1.187.822)
BA2570	<b>B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali</b>	18.101	10.906	7.195
BA2580	<b>B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali</b>	-	-	-
BA2590	<b>B.12) Ammortamento dei fabbricati</b>	4.174.511	4.174.511	-
BA2620	<b>B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali</b>	6.943.483	8.138.500	(1.195.017)
BA2630	<b>B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>	4.558.693	-	4.558.693
BA2660	<b>B.15) Variazione delle rimanenze</b>	(2.031.403)	387.724	(2.419.127)
BA2690	<b>B.16) Accant. dell'esercizio</b>	24.143.326	17.323.526	6.819.800
BZ9999	<b>Totale costi della produzione (B)</b>	1.099.429.404	1.086.923.815	12.505.589

I costi della produzione sono complessivamente aumentati di € 12,506 milioni di euro.

Le variazioni che maggiormente hanno inciso su tale scostamento si riferiscono:

- agli acquisti di beni sanitari, in particolare di farmaci, per € 5,182, si evidenzia che nel bilancio 2017 il costo per emoderivati sono stati inseriti, come da disposizione regionale, fra i farmaci AIC pertanto il confronto dei dati deve tenere conto dell'economia apparente registrata per gli emoderivati.
- Agli acquisti per vaccini, il cui incremento di € 2,976 milioni deriva dall'applicazione della norma sull'obbligatorietà della vaccinazione dei bambini.
- All'aumento dei presidi chirurgici e materiale sanitario per un importo complessivo di € 2,342.

- agli acquisti di servizi complessivamente considerati che rilevano una riduzione di € 17,823 derivante dalla diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata per € 4,810 ed una riduzione dei rimborsi ad assistiti per L210/92 e per SLA per complessivi € 15,626 milioni. Tali economie sono state compensate con incrementi di costi per mobilità passiva
- alla riduzione dei costi per servizi non sanitari per complessivi € 3,950 milioni. Si precisa che la differenza deriva dall'effetto delle nuove regole dei contratti di assicurazione che prevedono un aumento della franchigia ed una correlata riduzione del premio di assicurazione. Gli altri costi per servizi non sanitari registrano un incremento, in particolare il costo della vigilanza, della logistica della distribuzione dei farmaci (PHT) e delle economie in particolare costi per la lavanderia, per il riscaldamento per il servizio trasporti
- ad un aumento del costo del personale per complessivi € 9,562 milioni di euro dovuto al ricorso a nuove assunzioni e per colmare le carenze della dotazione organica e per far fronte all'emergenza inquinamento.
- Ad un incremento degli accantonamenti derivante dalla generazione di fondi per la copertura di maggiori costi derivanti dalle nuove regole contrattuali assicurative che prevedono un incremento della franchigia. E dalla previsione dell'accantonamento di somme per coprire eventuali svalutazione dei crediti verso i Comuni per il trasporto dei disabili.

*Situazione finanziaria*

Si riportano i dati sintetici dello Stato Patrimoniale opportunamente riclassificati secondo il criterio finanziario.

	2017	2016
Attivo Circolante	344.573,0	293.577,0
Immobilizzazioni Patrimonio netto	151.598,0	152.604,0
	496.171,0	446.181,0
Debiti a breve	256.147,0	259.728,0
Debiti a lungo	5.847,0	5.716,0
Patrimonio netto	234.177,0	180.737,0
	496.171,0	446.181,0

Dal prospetto sopra riportato emerge che vi è una riduzione dei debiti a breve dovuta alla velocizzazione delle attività di liquidazione e pagamento delle fatture.

Si rileva altresì un incremento dell'attivo circolante per l'effetto di maggiori disponibilità monetarie che saranno utilizzate durante il corso dell'esercizio 2018 per ridurre ulteriormente i tempi di pagamento

Si ritiene opportuno evidenziare, a conferma di quanto detto in riferimento ai debiti verso fornitori, che i tempi di pagamento si sono notevolmente ridotti rispetto agli anni passati, ed in particolare che l'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) è passato da 71 giorni al 31/12/2014 a 47 giorni al 31/12/2015, a 20 giorni al 31/12/2016 e a 7 giorni al 31/12/2017.

## 5 PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

Il tema delle pari opportunità ha come obiettivo quello di realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane, assicurando la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, garantendo pari opportunità alle lavoratrici ed ai lavoratori nonché l'assenza di qualunque forma di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro.

L'azienda rappresentando il proprio bilancio di genere mostra una netta prevalenza del genere femminile, che si attesta mediamente in un rapporto di un maschio rispetto a due femmine

DESCRIZIONE TIPO DIPENDENTE	RUOLO	Femmine	Maschi	Composizione % per riga	
				Femmine	Maschi
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	1.943	715	73,1%	26,9%
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE		6	0,0%	100,0%
COMPARTO	RUOLO TECNICO	257	224	53,4%	46,6%
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	254	177	58,9%	41,1%
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>2.454</b>	<b>1.122</b>	<b>68,6%</b>	<b>31,4%</b>
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	RUOLO SANITARIO	340	534	38,9%	61,1%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO SANITARIO	100	33	75,2%	24,8%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO PROFESSIONALE	3	4	42,9%	57,1%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO TECNICO	2	3	40,0%	60,0%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	9	6	60,0%	40,0%
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>454</b>	<b>580</b>	<b>43,9%</b>	<b>56,1%</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>2.908</b>	<b>1.702</b>	<b>63,1%</b>	<b>36,9%</b>

## 6 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE

### 6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'

Le principali fasi attraverso le quali viene gestito il processo di redazione del Piano delle Performance sono:

1. Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance
2. Definizione degli obiettivi di performance
3. Redazione del Documento
4. Condivisione del Piano delle Performance
5. Approvazione ed adozione del Piano
6. Comunicazione del Piano
7. Avvio del processo di budget operative
8. Report di verifica intermedia
9. Misurazione dei risultati conseguiti nell'anno precedente
10. Approvazione della Relazione sulla Performance

<b>FASE 1: Avvio del processo di elaborazione del Piano Triennale delle Performance</b>	
<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttive e linee di indirizzo della pianificazione regionale:</li> <li>- Patto della salute</li> <li>- Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i Direttori Generali.</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepimento delle linee di indirizzo strategico regionali e nazionali e dei sistemi di valutazione delle performance aziendale del PNE e del MES - Istituto Sant'Anna di Pisa o altro;</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redazione del Piano delle Performance..</li> </ul>
<b>Soggetti, ruoli e responsabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Strategica – sovrintende alle fasi attuative</li> <li>- Controllo di Gestione – coordina i dirigenti, elabora il Piano e informa la Direzione Strategica sullo stato di avanzamento del processo di elaborazione del Piano.</li> </ul>



<b>FASE 2: Definizione degli obiettivi e indicatori di performance</b>	
<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano Sanitario Nazionale;</li> <li>- Piano Sanitario Regionale;</li> <li>- Patto della Salute;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttive e Linee di indirizzo regionali (Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria Regionali per i Direttori generali);</li> </ul> </li> <li>- Piano Nazionale Valutazione Esiti</li> <li>- Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Istituto Sant’Anna di Pisa o altro)</li> <li>- Rapporto Osservasalute</li> <li>- Rapporto OASI</li> <li>- Rapporto CEIS</li> <li>- Analisi economica, epidemiologica e demografica</li> <li>- Analisi delle prestazioni erogate dall’azienda</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si individuano le aree della performance aziendale ovvero le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la mission e vision aziendale;</li> <li>- Il Controllo di Gestione con la Direzione Strategica, individua i referenti aziendali per ciascuna delle aree di performance individuate e gli stakeholder da coinvolgere nel processo di definizione degli obiettivi di performance (<i>associazioni dei pazienti, Tribunale del malato, Enti Locali, associazioni sindacali, onlus che collaborano con l’ospedale o sul territorio, ecc...</i>)</li> <li>- Calendarizzazione di incontri attraverso cui individuare e condividere gli obiettivi di performance per ciascuna area di performance individuata;</li> <li>- Determinazione dell’Albero delle Performance che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (obiettivi operativi e azioni). In altri termini, si dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale e alla missione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell’amministrazione.</li> <li>- Determinazione degli obiettivi triennali di performance, in accordo i responsabili delle aree assistenziali, ovvero la descrizione dei traguardi che l’Azienda si prefigge di conseguire. L’obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica ed indicatori misurabili.</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Albero delle Performance</li> <li>- Obiettivi triennali di performance</li> </ul>
<b>Soggetti, ruoli, responsabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Strategica – sovrintende alle fasi attuative</li> <li>- Responsabili di C di R</li> <li>- Controllo di Gestione – definisce obiettivi e indicatori di performance</li> <li>- Referenti aziendali e stakeholder – svolgono funzioni consultive del GdL</li> </ul>



<b>FASE 3: Redazione del Piano Triennale della Performance</b>	
<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano Sanitario Nazionale;</li> <li>- Piano Sanitario Regionale;</li> <li>- Patto della Salute;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttive e Linee di indirizzo regionali (Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria Regionali per i Direttori generali);</li> </ul> </li> <li>- Piano Nazionale Valutazione Esiti</li> <li>- Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Istituto Sant'Anna di Pisa o altro)</li> <li>- Rapporto Osservasalute</li> <li>- Rapporto OASI</li> <li>- Rapporto CEIS</li> <li>- Analisi economica, epidemiologica e demografica</li> <li>- Analisi delle prestazioni erogate dall'azienda</li> <li>- Indicatori di benessere organizzativo aziendali</li> <li>- Delibera CIVIT n.112/10</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redazione della bozza del Piano della Performance nel rispetto delle linee guida elaborate dalla CIVIT</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano delle Performance</li> </ul>
<b>Soggetti, ruoli, responsabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Strategica;</li> <li>- Responsabili di C di R;</li> <li>- Controllo di Gestione;</li> <li>- Referenti aziendali e stakeholder;</li> </ul>

<b>FASE 4: Approvazione del Piano Triennale della Performance</b>	
<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano della Performance validato e condiviso</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il Controllo di Gestione predispone la delibera di adozione del Piano;</li> <li>- La Direzione Strategica entro il 31 gennaio approva il Piano della Performance.</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delibera del D.G. di approvazione del Piano della Performance</li> </ul>
<b>Soggetti, ruoli, responsabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo di Gestione propone l'approvazione del Piano;</li> <li>- Direttore Generale – delibera l'approvazione del Piano</li> </ul>

<b>FASE 5: Comunicazione del Piano Triennale della Performance</b>	
<b>Input</b>	- Piano delle performance approvato con Delibera del D.G.
<b>Azioni</b>	Comunicazione del Piano con le seguenti modalità: - pubblicazione sul sito internet Aziendale; - diffusione del Piano agli organi di stampa e stakeholder; - presentazione del Piano delle Performance a cura della Direzione Strategica; - trasmissione del Piano al Collegio Sindacale e all'OIV.
<b>Output</b>	- Piano pubblicato sul sito istituzionale, trasmesso agli Uffici e comunicato ai soggetti individuati al punto che precede;
<b>Soggetti, ruoli, responsabilità</b>	- Direzione Strategica – trasmette il Piano definitivamente approvato a Collegio di Direzione, Collegio Sindacale, OIV; - Pubblicazione del Piano sul sito istituzionale.

N	FASI	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance						■						
2	Definizione degli obiettivi di performance						■						
3	Redazione del Documento						■	■					
4	Condivisione del Piano delle Performance.						■	■	■				
5	Approvazione ed adozione del Piano							■	■				
6	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno									■			

N	FASI	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set
1	Avvio del processo di budget operativo			■									
2	Negoziatura del Budget con i responsabili delle Macrostrutture e con i responsabili dei CdR			■	■	■							
3	Verifica e approvazione del Documento di Budget da parte della Direzione Generale						■						

N	REPORT DI VERIFICA TRIMESTRALE	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
1	Acquisizione dei dati dalle procedure gestionali e predisposizione della Reportistica	■			■			■			■		
N	REPORT DI VERIFICA INTERMEDIA	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
1	Acquisizione dei dati dalle procedure gestionali e predisposizione della Reportistica					■	■						
2	Analisi del report					■	■	■					

3	Feedback e gestione del follow-up sugli esiti della verifica intermedia (infra-annuale)												
<b>N</b>	<b>REPORT DI VERIFICA FINALE</b>	<b>Gen</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Apr</b>	<b>Mag</b>	<b>Giu</b>	<b>Lug</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Ott</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
1	Acquisizione dei dati dalle procedure gestionali e predisposizione della Reportistica												
3	Analisi del report di verifica finale (annuale) e attivazione della fase di valutazione degli obiettivi di Budget Operativo.												

<b>N</b>	<b>FASI</b>	<b>Gen</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Apr</b>	<b>Mag</b>	<b>Giu</b>	<b>Lug</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Ott</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
1	Misurazione dei risultati conseguiti nell'anno precedente												
2	Approvazione della Relazione sulla Performance												

## 6.2 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Nelle varie fasi del Ciclo della Performance si sono ravvisati i seguenti **PUNTI DI FORZA**:

**Coerenza del sistema:** il Sistema di misurazione e valutazione della performance utilizza coerentemente una metodologia definita tra quelle previste dalla delibera n. 89/2010 dell'ANAC (ex CIVIT) che consente di ottenere risultati confrontabili.

**Attendibilità del sistema:** l'applicazione ha dimostrato che il Sistema di misurazione e valutazione della performance ha dato risultati attendibili considerate le significative variazioni nel livello di raggiungimento dei diversi obiettivi, delle aree strategiche e delle prospettive.

**Procedimentalizzazione del sistema:** il Sistema di misurazione e valutazione della performance prevede procedure codificate con azioni e termini predeterminati atti a garantire la trasparenza e l'attendibilità del sistema, nonché i soggetti coinvolti.

**Sistema di cascading degli obiettivi:** il Sistema di misurazione e valutazione della performance prevede una stretta correlazione tra gli obiettivi previsti nell'ambito del Piano delle Performance e gli obiettivi di performance organizzativa. Ciò ha consentito e consentirà di incentivare la collaborazione e la costruzione di un sistema a rete di interdipendenze funzionali.

**Miglioramento e crescita professionale:** l'attività di valutazione è volta al miglioramento continuo della performance: il suo scopo non è la definizione di un giudizio, ma l'attribuzione di valore alla performance per apprezzare l'apporto alle azioni di miglioramento per l'efficacia del Sistema nel suo insieme.

**Trasparenza:** il processo di valutazione assicura una maggiore trasparenza dei processi decisionali, in quanto attraverso l'esplicitazione degli obiettivi, delle finalità, dei punti di criticità nelle fasi di realizzazione degli stessi ed il raffronto tra i risultati conseguiti e quelli attesi consente una più coordinata ed efficace azione amministrativa in cui gioca un ruolo determinante la partecipazione attiva di tutto il personale anche grazie allo strumento del colloquio individuale tra Valutatore e Valutato.

**Completa e corretta applicazione:** il Sistema di misurazione e valutazione della performance è stato applicato nel 2017 nel rispetto delle fasi, delle procedure e dei termini previsti.

**PUNTI DI DEBOLEZZA** sono stati:

**Mancata pianificazione di obiettivi per le pari opportunità:** per quanto attiene le pari opportunità, nel 2017 non sono stati esplicitati particolari indicatori ad esse collegati.

**Ciclo della performance percepito come puro adempimento e non come strumento organizzativo:** il Sistema di misurazione e valutazione della performance è ancora percepito dalla maggior parte degli attori come mero adempimento normativo e non come strumento di supporto decisionale per la gestione delle risorse e di miglioramento dei servizi all'utenza e di crescita individuale. E' necessario proseguire con azioni di sensibilizzazione, formazione e informazione al fine di giungere allo sviluppo di una cultura organizzativa comune e condivisa improntata al risultato.

**Margini di miglioramento della definizione degli indicatori e target degli obiettivi:** nella fase di prima applicazione del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance si è riscontrato un generalizzato appiattimento verso l'alto della performance organizzativa delle strutture. Tale risultato può essere l'effetto di una definizione degli obiettivi di performance da raggiungere e, quindi, indicatori e target poco sfidanti; è necessario proseguire con azioni di sensibilizzazione, formazione e informazione al fine di migliorare la fase ex ante di programmazione degli obiettivi, in particolare, la qualità ed il tipo degli indicatori utilizzati, in particolar modo, per gli indicatori di outcome e di customer satisfaction.

**Scarso utilizzo del capitale informativo esistente:** per la misurazione degli indicatori di performance è necessario ottimizzare l'acquisizione dei dati dai molteplici sistemi informativi interni esistenti; occorre, cioè, implementare l'interoperabilità tra i sistemi per semplificare il processo di misurazione e aumentarne l'affidabilità e l'efficacia.

TABELLA DOCUMENTI DEL CICLO GESTIONE DELLE PERFORMANCE

DOCUMENTO	Data di Approvazione	Data di Pubblicazione	Data Ultimo Aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della performance	In corso di adozione			
Piano della Performance	27/01/2017	02/02/2017	30/01/2018	<a href="https://www.sanita.puglia.it/documents/36057/272067/Piano+della+Performance+dell%27ASL+Taranto+2017+-+2019/1ecb2feb-f17e-4aeb-a196-1798d2431cda">https://www.sanita.puglia.it/documents/36057/272067/Piano+della+Performance+dell%27ASL+Taranto+2017+-+2019/1ecb2feb-f17e-4aeb-a196-1798d2431cda</a>
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	31/01/2017	02/02/2017	31/01/2018	<a href="https://www.sanita.puglia.it/documents/36057/276435/Aggiornamento++Programma+Triennale+per+la+Trasparenza+e+l%27Integrit%C3%A0+2017-2019/9b9fe0fa-6b83-4ac8-a597-daa43a49cf16">https://www.sanita.puglia.it/documents/36057/276435/Aggiornamento++Programma+Triennale+per+la+Trasparenza+e+l%27Integrit%C3%A0+2017-2019/9b9fe0fa-6b83-4ac8-a597-daa43a49cf16</a>
Standard di qualità dei servizi	//	//	//	//