



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA  
PROVINCIA DI BRINDISI**

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi  
Tel. 0831 536111 – [www.sanita-puglia.it](http://www.sanita-puglia.it)

## **PIANO DELLA PERFORMANCE**

**2014 - 2016**

(Deliberazione n.1143 del 20.06.2014)

## PRESENTAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Direttore Generale

Dott.ssa Paola CIANNAMEA

## INDICE

### 1. INFORMAZIONI PER CITTADINI ED ALTRI STAKEHOLDERS

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

### 2. IDENTITA'

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

### 3. ANALISI DEL CONTESTO

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

### 4. OBIETTIVI DEL PIANO

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

### ALLEGATI TECNICI

Allegato 1. Scheda obiettivi

Allegato 2. Dato Economico-finanziario

### GRUPPO DI LAVORO

## 1. INFORMAZIONI PER CITTADINI E ALTRI STAKEHOLDERS

### 1.1 CHI SIAMO

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

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

Il Logo Aziendale è il seguente:



Il Sito Istituzionale è il seguente : [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it) con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it)

L'Azienda Sanitaria Locale BR di Brindisi nasce a seguito dell'accorpamento delle sei ex Unità Sanitarie Locali avvenuto nel gennaio 1995, con il quale il territorio di riferimento della nuova Azienda sanitaria viene a coincidere con l'intera provincia di Brindisi. Nel corso del 1996 l'Ospedale "Antonio Di Summa" di Brindisi, scorporato dall'Azienda sanitaria, diviene Azienda Ospedaliera.

Negli anni successivi si avvia e si consolida il nuovo modello gestionale ed organizzativo derivante dal processo di aziendalizzazione della seconda Riforma della Sanità<sup>1</sup>.

Nel 2002, a seguito di provvedimento della Giunta Regionale<sup>2</sup> viene nuovamente modificato l'assetto organizzativo con la reintegrazione nell'Azienda Sanitaria BR/1 dell'ex Azienda Ospedaliera "A. Di Summa", comprendente anche il Centro Motulesi e Neurolesi di Ceglie Messapica, quali centri di eccellenza. I presidi ospedalieri vengono ridotti da sei a tre, secondo la finalità di superare la frammentazione dei presidi a favore dell'alta specialità, e i Distretti Socio-Sanitari da sei a quattro<sup>3</sup>.

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati dall'applicazione del Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010 -2012, adottato dalla Regione Puglia a seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 - Patto per la Salute per gli anni 2010-2012<sup>4</sup> al fine di ristabilire l'equilibrio economico finanziario delle regioni in deficit.

---

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

<sup>2</sup> D.G.R. n. 1087 del 2002 "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera – Adozione definitiva a seguito di integrazione al progetto di 1° rimodulazione del Piano di cui alla D.G.R. 26 luglio 2002 n. 1086".

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

<sup>4</sup> DGR n. 2624 del 30.11.2010 ad oggetto "Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 – Approvazione".  
Legge regionale n. 2 del 9 febbraio 2011 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012".

## **1.2 COSA FACCIAMO**

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

### ***Missione aziendale***

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

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

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

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

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

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

### ***La promozione della salute***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Il rafforzamento della comunicazione***

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

### ***Visione aziendale***

La tutela della salute, che trae origine dall'Art. 32 della Costituzione Italiana, è garantita dalla ASL di Brindisi attraverso prestazioni di carattere preventivo, curativo e riabilitativo, per rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni di salute della popolazione residente nel naturale bacino d'utenza.

Le specifiche funzioni aziendali sono esercitate in due diversi livelli: Servizi Territoriali e Presidi Ospedalieri.

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

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

### **1.3 COME OPERIAMO**

Nella programmazione delle proprie attività, l'Azienda adotta il metodo della pianificazione strategica, intesa come correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le attività da compiere per il loro raggiungimento. Gli obiettivi sono fissati annualmente da disposizioni regionali.

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

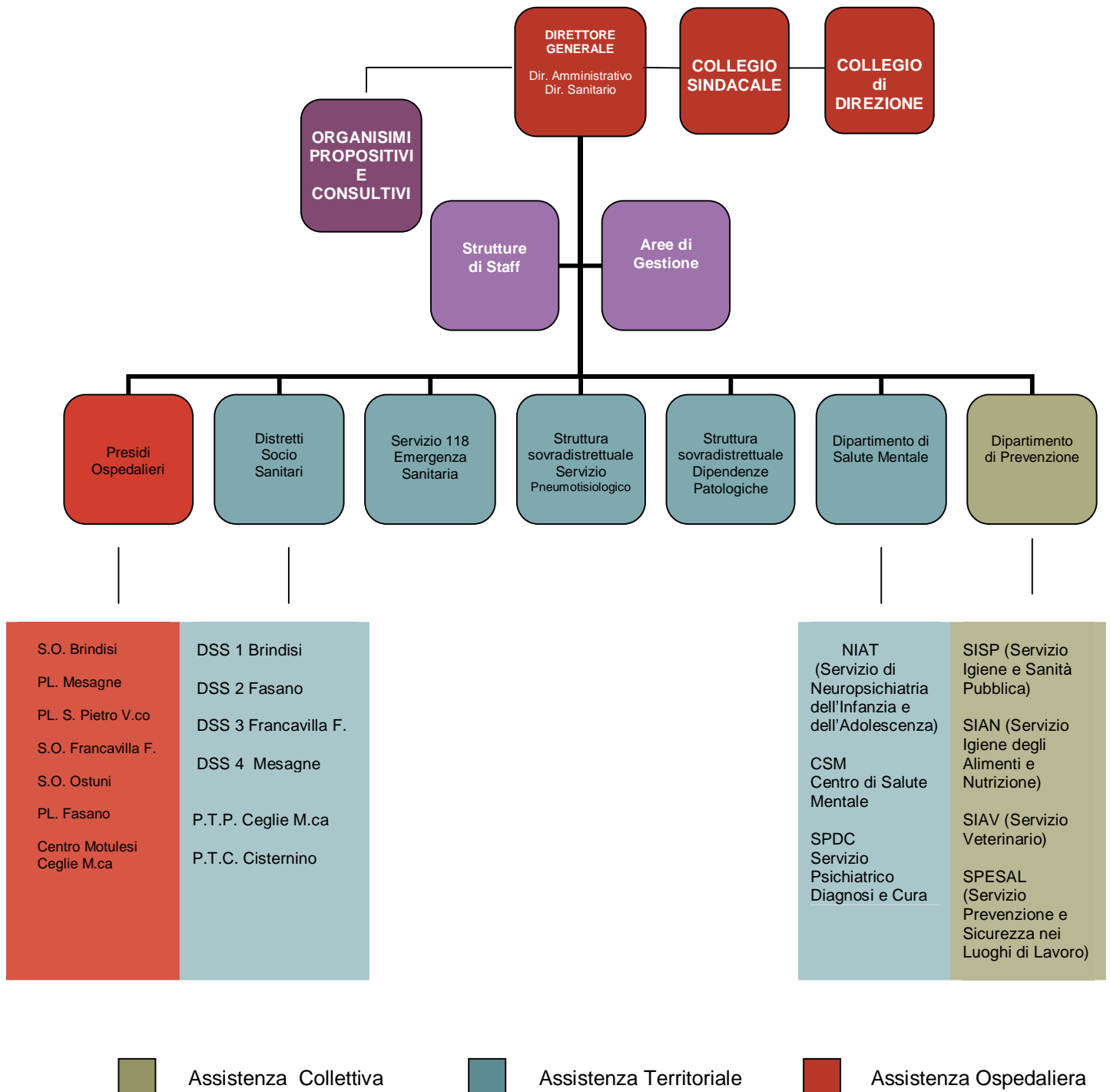
I punti focali individuati per condurre l'Organizzazione verso il successo attraverso il miglioramento continuo delle prestazioni, sono di seguito specificati:

- la centralità della Persona;
- la tutela della libertà di scelta del Cittadino;
- il miglioramento dell'accessibilità delle Strutture ;
- la promozione della sussidiarietà;
- la definizione di un continuum di percorso Ospedale Territorio e viceversa;
- l'implementazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa;
- la promozione di adeguati rapporti professionali con i Medici Convenzionati;
- la cura del clima interno e la promozione del processo di aggregazione aziendale;
- la puntuale attenzione all'eventuale disservizio attraverso i canali istituzionali e gli Enti esterni;
- il miglioramento dell'accessibilità alle Strutture;
- i costi competitivi delle attività sanitarie;
- l'innovazione tecnologica e la ricerca medico-scientifica;
- il mantenimento e la promozione di legami collaborativi con il Volontariato organizzato.

## 2. IDENTITA'

### 2.1 ORGANI DI GOVERNO E ASSETTO ORGANIZZATIVO

#### ORGANIGRAMMA ASL BR





## ORGANI DI GOVERNO E DIREZIONE STRATEGICA

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

**Il Direttore Generale** è l'organo cui competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda; è responsabile delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico dell'Azienda. Nell'esercizio delle sue funzioni si avvale della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

**Il Collegio Sindacale** è un organo di controllo indipendente. Dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Conferenza dei Sindaci.

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

**Il Collegio di Direzione**<sup>5</sup> è un organo aziendale che concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

La composizione del Collegio di Direzione è definita dalla Regione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda.

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

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

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

**Il Direttore Sanitario** è responsabile della definizione delle linee strategiche e della direzione del governo clinico avvalendosi della collaborazione dei dirigenti delle strutture sanitarie. Il Direttore Sanitario, nell'esercizio delle funzioni proprie o delegate, e segnatamente nell'ipotesi di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale, agisce in stretta collaborazione con il Direttore Amministrativo per assicurare la massima integrazione operativa fra area sanitaria e area amministrativa dell'Azienda.

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

---

<sup>5</sup> Art.4 D.L. 13/09/2012 n. 158 convertito con modificazioni in Legge 189/2012

## **ORGANISMI PROPOSITIVI E CONSULTIVI**

### **La Conferenza dei Sindaci**

Istituita con la principale funzione di rappresentare le esigenze della popolazione, è composta dai venti Comuni della provincia. Al suo interno sono istituiti la Rappresentanza dei Sindaci ed il Comitato dei Sindaci del Distretto (non ancora attivo in questa ASL). E' presieduta dal Sindaco Capoluogo.

Svolge le seguenti funzioni:

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

### **Il Comitato Etico**

Costituito con disposizione del Direttore Generale, che ne definisce la composizione, è l'organismo deputato alla riflessione e al confronto sulle tematiche bioetiche e allo svolgimento di compiti di sensibilizzazione, formazione e consulenza interna sulle tematiche stesse.

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

Ai sensi del DM 12/05/06 il Comitato Etico deve garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti. Il Comitato deve comprendere: 2 clinici, 1 medico di medicina generale/ territoriale e/o 1 pediatra di libera scelta, 1 biostatistico, 1 farmacologo, 1 farmacista, il direttore sanitario, 1 esperto in materia giuridica e assicurativa o 1 medico legale, 1 esperto di bioetica, 1 rappresentante del settore infermieristico ed 1 rappresentante del volontariato per l'assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti.

### **Il Comitato per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)**

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

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

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

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

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

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

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

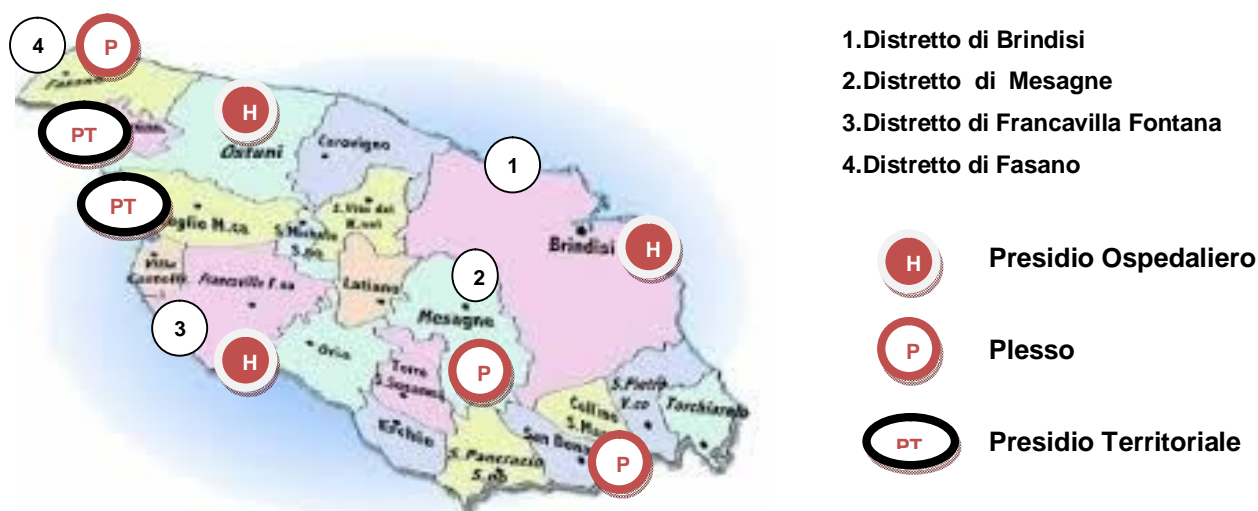
Istituito come da normativa nel 2013, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno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

## **MODELLO ORGANIZZATIVO**

Il modello organizzativo di un'Azienda sanitaria, in quanto realtà estremamente complessa, è caratterizzato da un'elevata presenza di strutture con diversità di missione e di servizi erogati. Obiettivo della governance è quello di attuare una gestione basata sull'integrazione dei servizi per garantire il soddisfacimento dei bisogni.

Tale modello organizzativo discende dalla legislazione regionale in materia, più specificatamente, dalle leggi regionali n. 36 del 1994 e n. 25 del 2006. L'applicazione del Piano di rientro 2010-2012 incide sul modello organizzativo a partire da dicembre 2011 con l'avvio della riorganizzazione delle rete ospedaliera, conclusa nell'anno successivo.

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



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

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

Questa ASL, con deliberazione n. 1258 del 04.07.2013, ha avviato il processo di dipartimentalizzazione, al fine di razionalizzare, economizzare e ottimizzare le dimensioni funzionali ed economiche delle diverse Strutture complesse e semplici, in termini di tipologia di attività e di risorse professionali utilizzate, modalità organizzativa, linee operative, obiettivi e traguardi comuni.

Attraverso l'organizzazione dipartimentale si attua il governo dei processi gestionali ed operativi, favorendo una visione globale delle varie articolazioni aziendali e assicurando una valutazione d'insieme dei processi tra loro interconnessi, relativi a tutti gli aspetti manageriali, clinici, strumentali e diagnostici.

## **A) ASSISTENZA COLLETTIVA**

### **Dipartimento di Prevenzione**

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

- Controllo delle malattie infettive;
- erogazione vaccinazioni;
- studia i rischi per la salute che derivano dall'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo, tutela la salute nei luoghi di vita e di lavoro (abitazioni, ristoranti, alberghi, scuole, uffici, fabbriche, officine, campi);
- sorveglia gli allevamenti per evitare le malattie degli animali;
- controlla gli alimenti e le bevande dal punto di vista dell'igiene;
- promuove l'educazione alla salute;
- svolge visite mediche nel campo della Medicina legale.

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

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.);

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

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

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

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

### **S.I.A.V. A Sanità animale**

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

## **B) ASSISTENZA TERRITORIALE**

### **I Distretti Socio-Sanitari**

Il Distretto rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale si concentra tutta l'operatività socio-sanitaria, ad esclusione di quella connessa con le tipiche attività di ricovero e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali (Dipartimenti territoriali, Strutture Sovradistrettuali).

Il Distretto garantisce l'erogazione delle prestazioni relative alle seguenti attività:

- Assistenza sanitaria di base: Medicina generale e Pediatria di libera scelta, Servizio di continuità assistenziale (Guardia medica) e Medicina dei servizi;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Assistenza domiciliare;
- Assistenza farmaceutica territoriale;
- Assistenza di emergenza territoriale;
- Assistenza termale;
- Assistenza Integrativa e Protesica;
- Attività finalizzate a garantire il diritto del cittadino all'accesso ai Servizi sanitari (iscrizione al SSN, scelta e revoca del medico, prenotazioni, ecc.);
- Assistenza sanitaria all'estero e assistenza ai Cittadini non residenti, con domicilio sanitario nell'ambito territoriale del distretto;
- Attività di tutela della salute collettiva, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione;
- Attività consultoriali per la tutela della salute dell'Infanzia, della Donna e della Famiglia, integrate con quelle ospedaliere e con la medicina generale e la pediatria di base;
- Attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte agli anziani, ai disabili, al disagio psichico e alle dipendenze patologiche, compresa l'assistenza residenziale e semiresidenziale, coordinate con quelle dipartimentali;
- Attività o servizi per le patologie in fase terminale;
- Integrazione operativa tra Servizi sanitari e Servizi socio-assistenziali degli Enti locali rivolta alle fasce deboli della popolazione (anziani, disabili, ecc.).

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

#### **Distretto n.1 – Brindisi - sede distrettuale**

Comuni afferenti: Brindisi, S. Vito dei Normanni

#### **Distretto n. 2 – Fasano - sede distrettuale**

Comuni afferenti: Fasano, Cisternino, Ostuni

#### **Distretto n. 3 – Francavilla Fontana - sede distrettuale**

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

#### **Distretto n. 4 – Mesagne - sede distrettuale**

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

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

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

## Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la Struttura operativa di organizzazione e gestione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale in ogni fascia di età, nonché alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico.

L'organizzazione Dipartimentale consente la funzione fondamentale di integrazione delle differenti modalità di intervento, mantenendo coordinati e coerenti i processi assistenziali di diagnosi e di cure, con quelli più specificatamente preventivi e riabilitativi.

L'assetto organizzativo del Dipartimento include:

- **n. 2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli Stabilimenti Ospedalieri di Brindisi e S. Pietro V.co**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica nell'ambito ospedaliero, nonché le attività di consulenza presso altri reparti.

I Servizi si sono dotati, con l'adozione di protocolli e linee guida, di un sistema di miglioramento e valutazione della qualità assistenziale.

- **n. 4 Centri di Salute Mentale (CSM)**

I CSM, coincidenti con i territori dei Distretti di Brindisi, Fasano, Mesagne e Francavilla

F.na, esercitano le attività preventive, terapeutiche e riabilitative raccordandosi con gli altri Servizi Sanitari presenti nel territorio e con i servizi Sociali Territoriali. Essi sono dotati di servizi aperti nelle 12 ore e di una rete di strutture riabilitative a diversa intensità assistenziale.

- **n. 1 Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale (NIAT)**

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

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

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

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

## Struttura sovradistrettuale per le Dipendenze Patologiche

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

Alla Struttura fanno capo i SERT istituiti dal DPR 309/90 e D.M. 444/90, i quali costituiscono le strutture di riferimento nel territorio provinciale dell'Azienda per i tossicodipendenti e per le loro famiglie e garantiscono interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento, avvalendosi anche degli Enti Ausiliari per l'inserimento dell'Utenza in programmi residenziali e semiresidenziali da svolgere nelle Comunità Terapeutiche.

I SERT devono assicurare la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico ed in particolare:

- operano interventi di primo sostegno ed orientamento per gli Utenti;
- attuano programmi alternativi al carcere in collaborazione con il Ministero della Giustizia e la Prefettura;
- accertano lo stato di salute fisica e psichica, nonché le condizioni sociali degli Utenti;



- certificano lo stato di dipendenza ove richiesto dagli Utenti o per altre finalità previste dalla legge;
- attuano interventi di prevenzione della diffusione dell'HIV, dei virus-B-C dell'epatite e delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- monitorizzano, in collaborazione con le Unità Operative di Malattie Infettive, i soggetti sieropositivi;
- trattano, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, i soggetti con doppia diagnosi;
- effettuano diagnosi precoci ed attuano interventi di prevenzione secondaria e terziaria (riduzione del danno) dell'uso di droghe ed alcool;
- attuano particolari forme di sostegno per le Utenti in stato di gravidanza;
- attuano programmi di reinserimento lavorativo;
- supportano con programmi specifici i familiari degli Utenti, ove necessario.

### **Struttura sovradistrettuale Servizio Pneumotisiologico**

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

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

Si è inteso creare una rete uniforme, organizzata e coordinata delle prestazioni pneumologiche sul territorio di riferimento. In particolare, gli ambulatori pneumologici offrono:

- attività ambulatoriale di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie;
- prevenzione, diagnosi e cura della TB, nonché sorveglianza delle categorie a rischio;
- educazione sanitaria rivolta ai pazienti per il training all'autogestione della patologia respiratoria (scuola asma, BPCO, allergia);
- attività di informazione rivolta alla popolazione, con interventi nelle scuole e realizzazione di specifici corsi di formazione per MMG;
- centro per la prevenzione e la cura del tabagismo (Centro antifumo);
- prescrizione e monitoraggio della ossigenoterapia a lungo termine;
- Assistenza Respiratoria Domiciliare per i pazienti in OLT e in ventilazione meccanica domiciliare;
- Pneumologia Riabilitativa ambulatoriale;
- Polisonnografia domiciliare;
- Ambulatorio di Fisiopatologia Respiratoria.

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

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

### **Servizio Emergenza-Urgenza Sanitaria 118**

Il Servizio territoriale di Emergenza-Urgenza Sanitaria (S.E.U.S.) gestisce la Centrale operativa del 118, numero di telefono gratuito, attivo 24 ore su 24, attraverso il quale si attiva il soccorso sanitario. Il servizio 118 si fonda su un'organizzazione complessa, che coinvolge diverse professionalità, commisurata alle esigenze del territorio, per popolazione ed estensione, la cui

efficienza, tuttavia, è subordinata al suo corretto utilizzo da parte dell'utente. Perchè il soccorso sia sempre tempestivo ed efficace occorre quindi ricorrere al servizio 118 solo nelle reali situazioni di emergenza o urgenza, rivolgendosi alle altre articolazioni dell'assistenza sanitaria sul territorio in tutti gli altri casi.

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

- Area Nord: Fasano – *Mike*, Ostuni – *Mike*, Cisternino – *Mike*, Ceglie M. – *Mike*, S. Vito dei Normanni – *Mike*, Speciale, Carovigno.

Area Sud: Brindisi-Perrino – *Mike*, Brindisi-Centro – *Mike*, Brindisi-Porto, S. Pietro V.co – *Mike*, Mesagne – *Mike*, Francavilla F. – *Mike*, Torre S. Susanna. – *Mike*, Oria, Latiano, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino

### **C) ASSISTENZA OSPEDALIERA**

#### **Presidi Ospedalieri**

L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale e sono costituiti da uno Stabilimento singolo o da più Stabilimenti funzionalmente accorpati ed organizzati in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.

Sono finalità dei Presidi e delle loro articolazioni:

- la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;
- la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
- il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di studio e sulla qualità delle prestazioni;
- il miglioramento delle condizioni di umanizzazione delle strutture interne con particolare riferimento alla diffusione ed al rispetto dello Statuto dei diritti del Malato, alla diffusione delle informazioni agli Utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso e al comfort degli Utenti.

#### **SEDI DEI PRESIDI OSPEDALIERI**

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

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

##### **Presidio Ospedaliero di Francavilla Fontana**

- Stabilimento Ospedaliero di Francavilla Fontana

##### **Presidio Ospedaliero di Ostuni-Fasano-Cisternino**

- Stabilimento Ospedaliero di Ostuni
- Plesso di Fasano

### **Privato Accreditato**

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

## **2.2 L'AZIENDA SANITARIA IN CIFRE**

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

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

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Variazione %
2011	193.540	209.689	403.229	
2012	192.409	208.095	400.504	- 0,7%

Fonte ISTAT elaborazione Un.E.S.

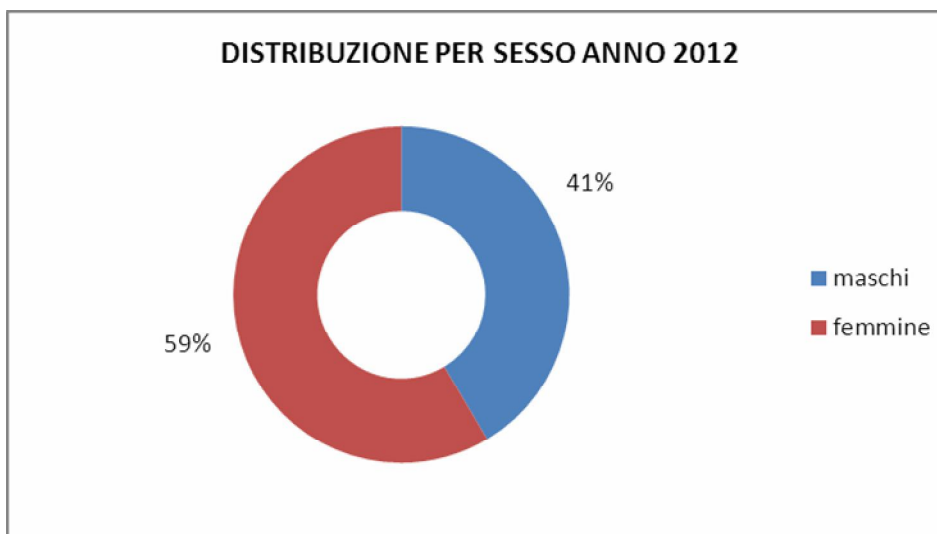
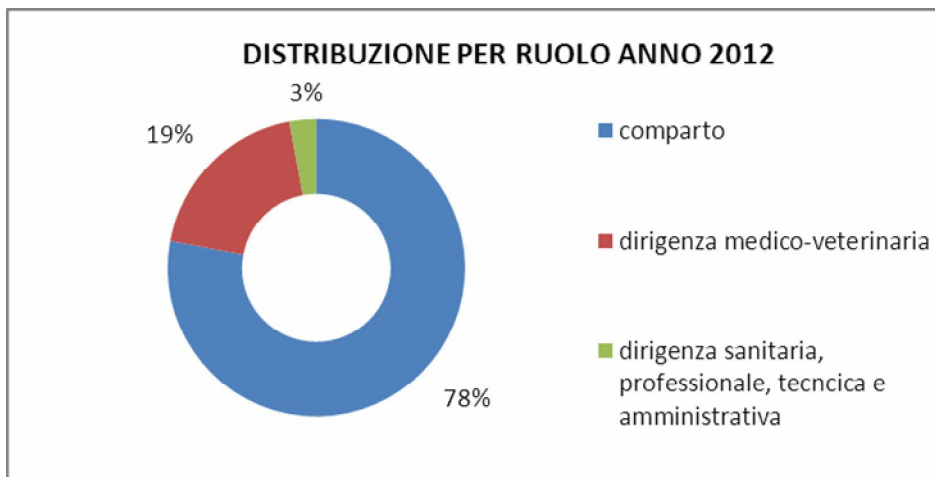
### **Risorse Umane**

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

L'analisi dei dati riportati nella Tabella successiva, aggiornati al 31.12.2012, evidenzia una diminuzione pari a circa il 9% della consistenza del personale in servizio rispetto alla data del 31.12.2010. Questa diminuzione ha prodotto in alcuni Servizi aziendali situazioni di criticità legate alla carenza di personale.

<b>TOTALE DIPENDENTI al 31.12.2012</b>	<b>3.678</b>
Comparto	2.866
Dirigenza medico - veterinaria	704
Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa	107
Ex Ministero Grazia e Giustizia	1
Maschi	1.525
Femmine	2.153

Fonte: Area Gestione del Personale



### **Strutture**

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

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

## 2.3 QUADRO DI RIFERIMENTO

### **Mandato istituzionale e riferimenti normativi**

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

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

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

A livello regionale e locale, si evidenziano:

- la **Legge n. 25 del 03.08.2006 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”**, che ha influito sull'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie, con nuove funzioni attribuite al Collegio di Direzione e il potenziamento del Distretto Socio-Sanitario e dei Comitati Consultivi Misti.
- Il **Piano Attuativo Locale aziendale adottato nel 2009** dalla ASL BR in applicazione delle direttive contenute nel Piano Regionale di Salute 2008-2010.
- Il **Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012**, adottato dalla Regione Puglia a seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 - Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 - al fine di ristabilire l'equilibrio economico finanziario delle regioni in deficit.

## 2.4 ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

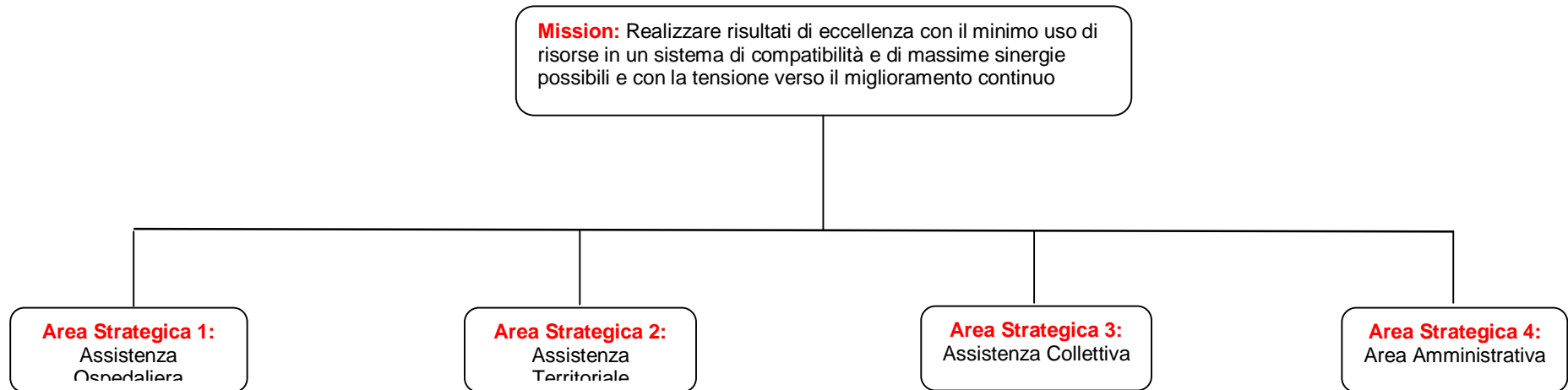
L'albero della *Performance* è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e azioni. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un coerente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

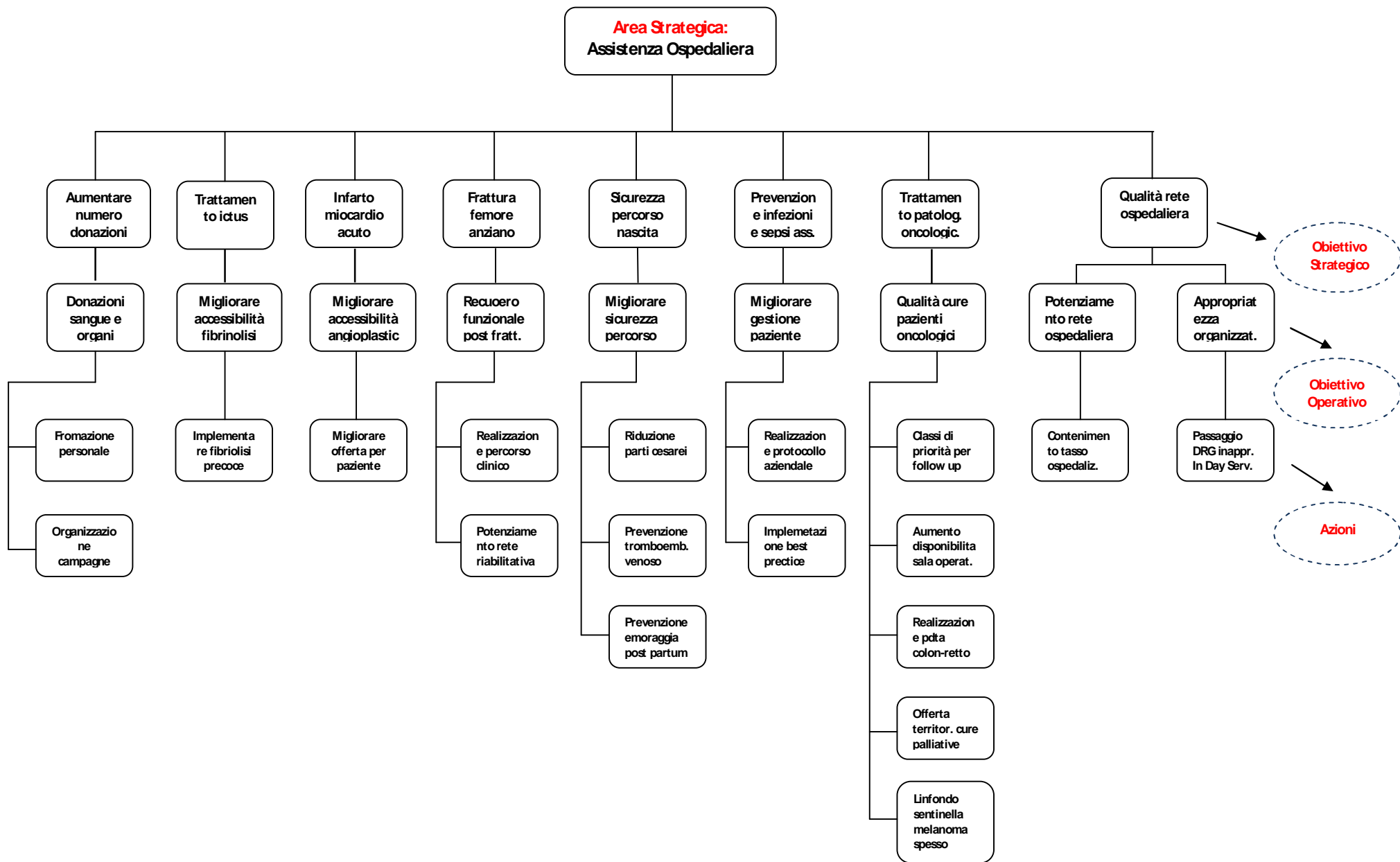
Il primo livello di programmazione strategica è configurato nella *Mission* Aziendale, che ad un livello macro detta l'orientamento dell'Azienda e quindi cosa si vuol fare e in che modo.

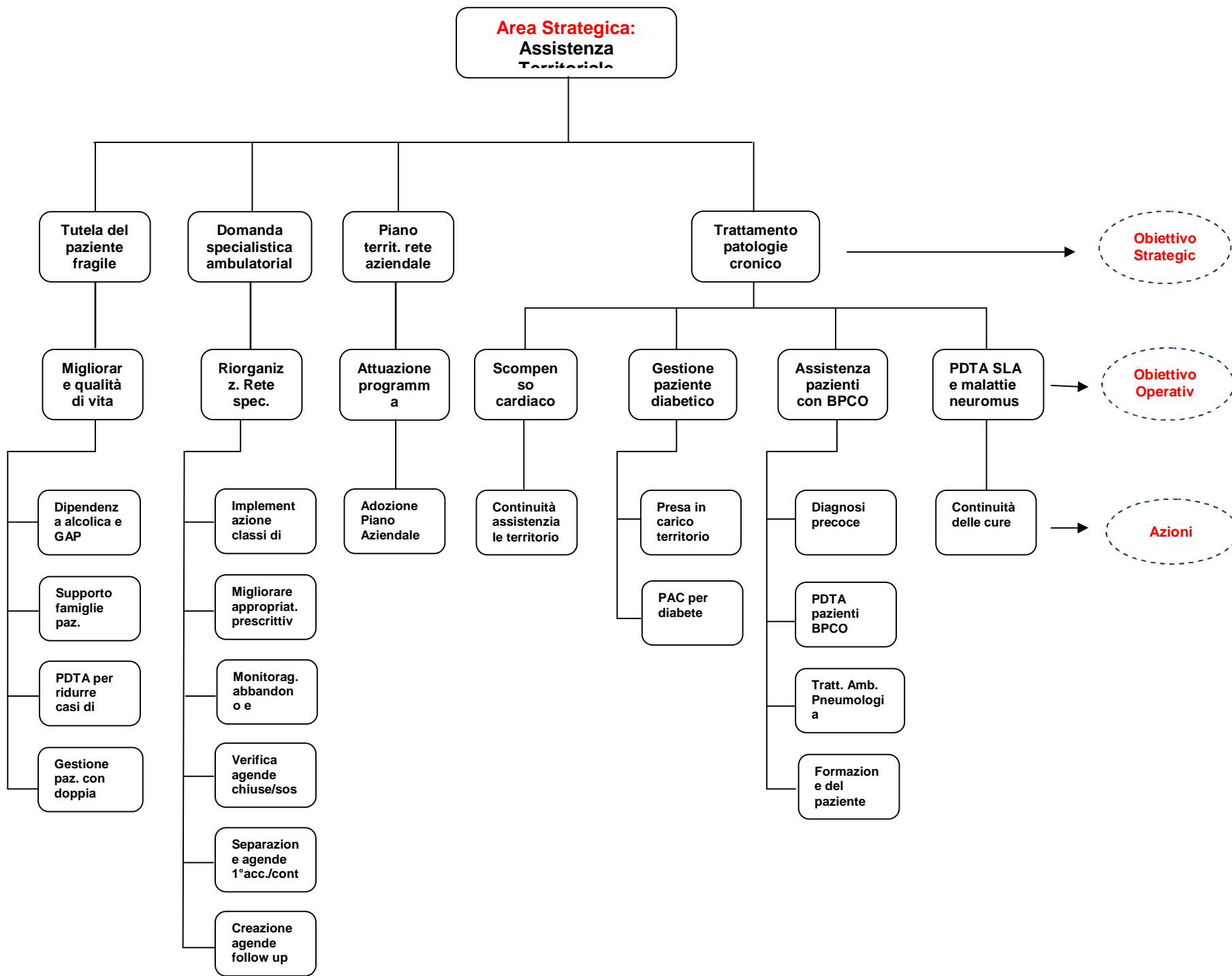
Il secondo livello è costituito dalle aree strategiche (**Assistenza Collettiva, Assistenza Territoriale, Assistenza Ospedaliera e Area Amministrativa**), che indicano i macroaggregati sui quali si vuole agire strategicamente e dai quali hanno origine gli obiettivi strategici (terzo livello), che definiscono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

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

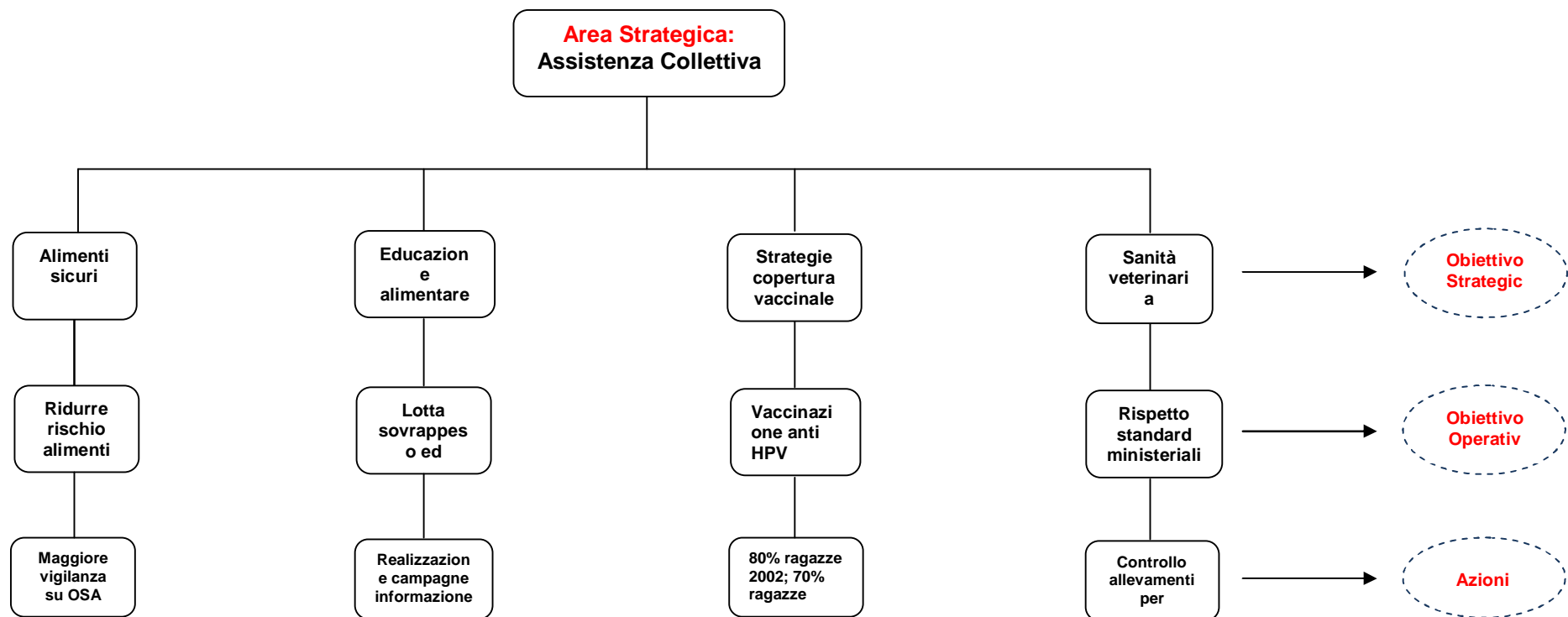
Di seguito è riportata la **rappresentazione grafica dell'Albero della Performance**.

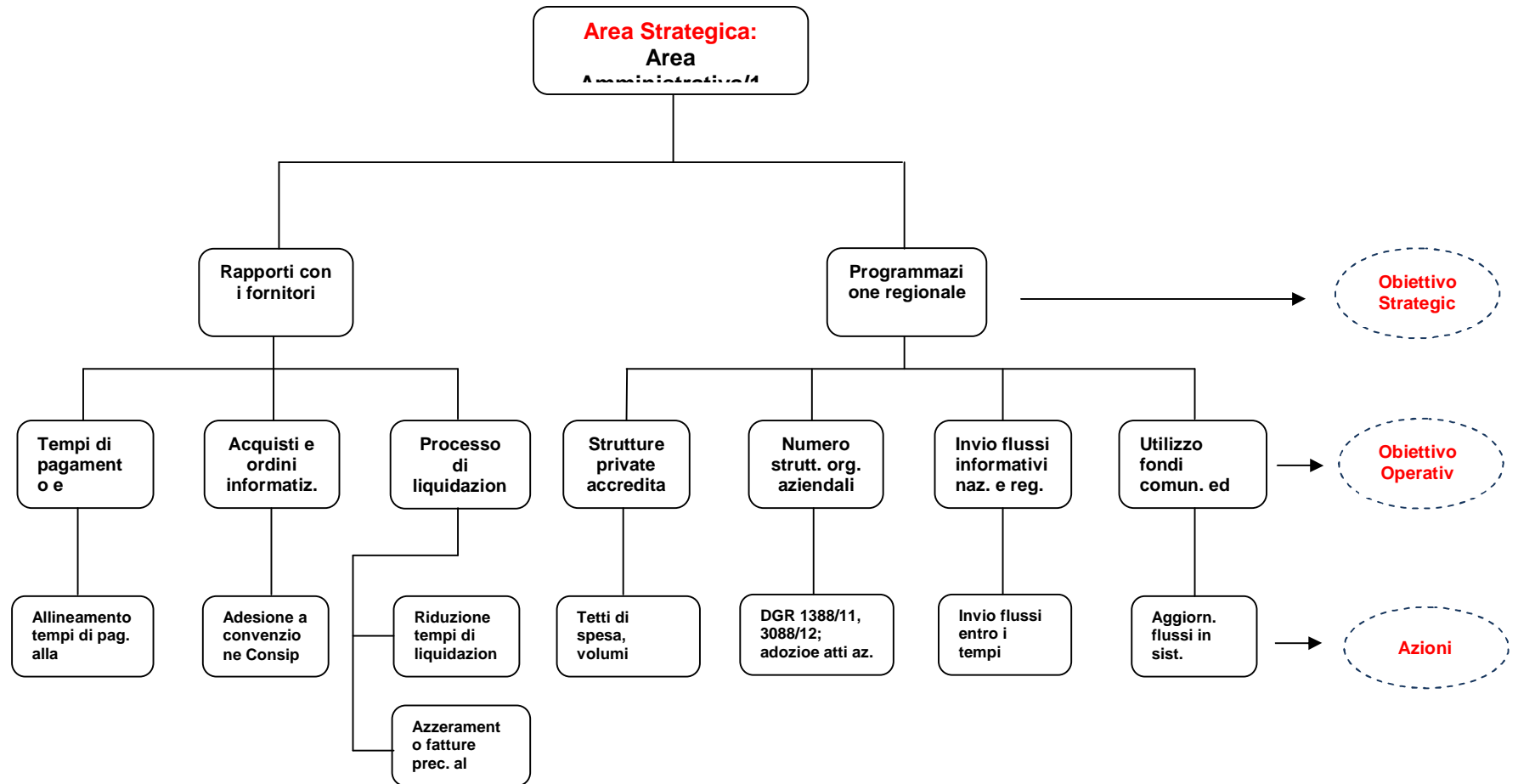


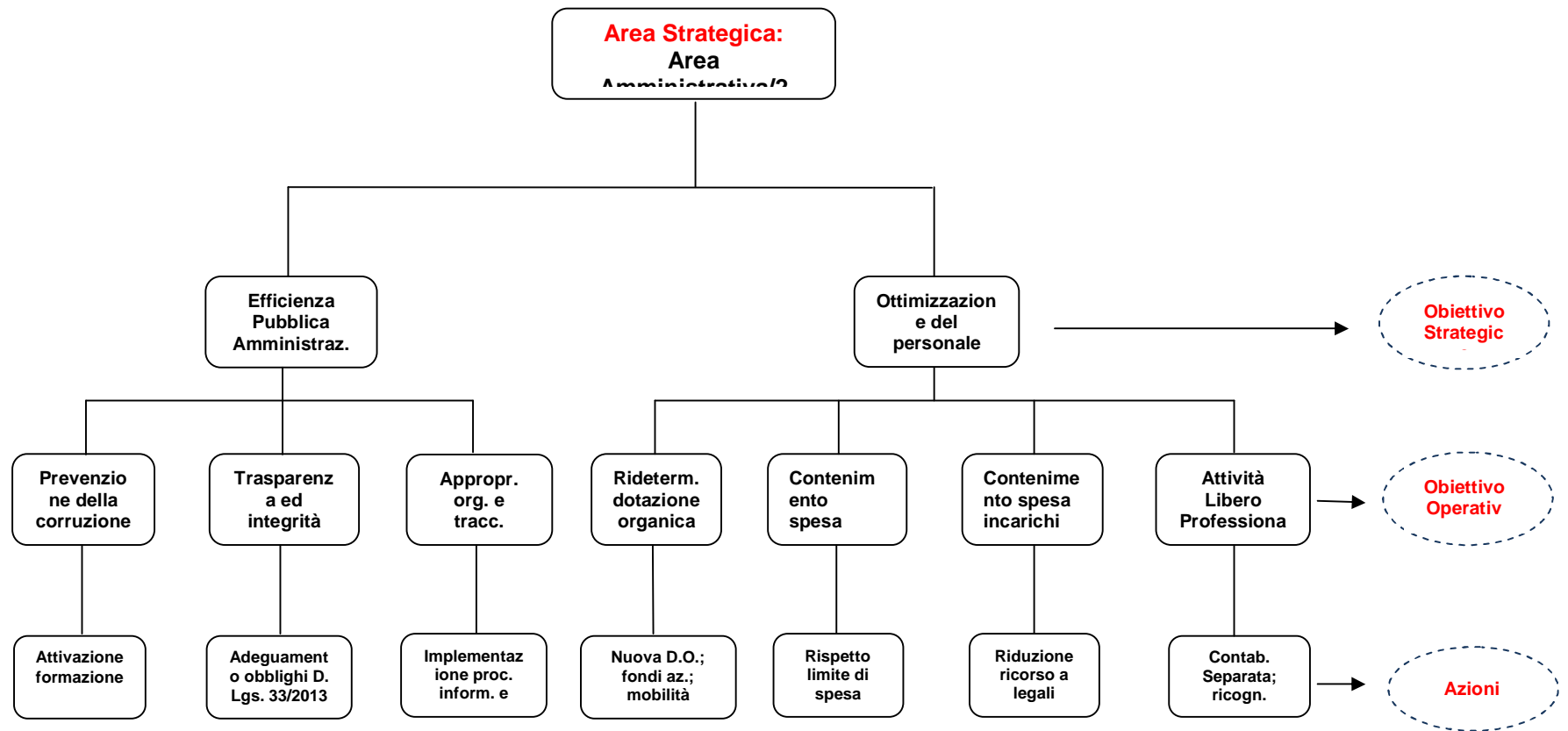


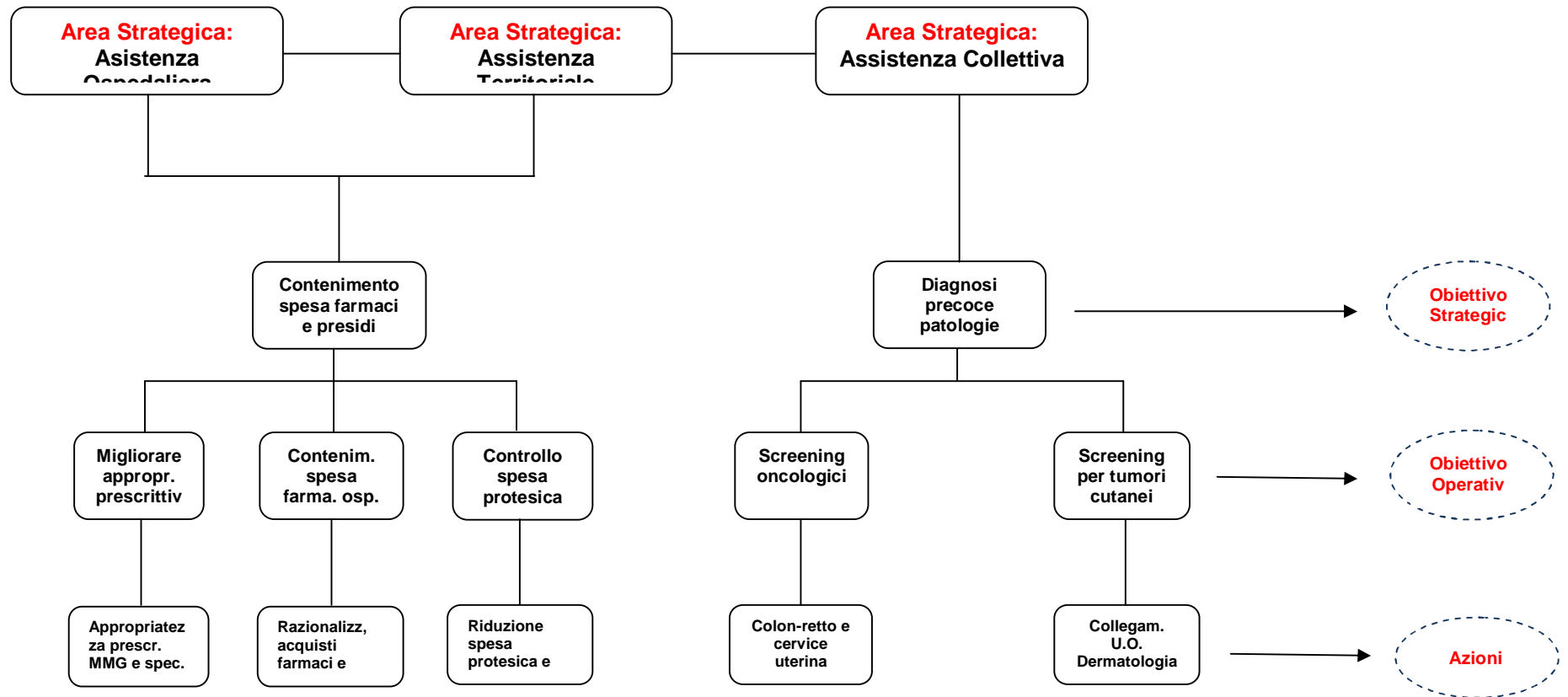












### 3. ANALISI DI CONTESTO

#### 3.1 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

##### *I Sistemi di controllo*

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

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

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

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

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

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

L'evoluzione normativa nel Sistema dei controlli:

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

Il **Collegio Tecnico** procede alla verifica:

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

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

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

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

Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche;

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

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

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

### **Situazione economico – finanziaria**

Con periodicità annuale, l'ASL adotta il Bilancio di esercizio, costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dal rendiconto finanziario, dalla nota integrativa e dalla relazione sulla gestione. Esso viene predisposto secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione.

Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli ultimi quattro Esercizi contabili. Nello specifico, si presenta il confronto dei Conti Economici 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

### **PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI**

DESCRIZIONE	2009	2010	2011	2012	2013
VALORE DELLA PRODUZIONE	684.280.522	693.468.816	702.959.947	709.127.719	713.272.130
COSTI DELLA PRODUZIONE	722.208.314	726.229.086	717.192.394	694.842.847	697.900.595
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	- 37.927.792	-32.760.270	- 14.232.447	14.284.872	15.371.535
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 845.604	- 662.067	- 827.400	- 930.767	142.791
RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE		- 29.370	- 7.747		
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	- 1.513.684	- 3.282.824	- 6.362.562	440.709	-2.266.957
IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	14.687.265	15.207.963	14.528.860	13.812.556	13.242.673
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	- 54.974.345	- 51.942.494	- 35.959.016	- 17.742	4.696

Fonte: Area Gestione Risorse Finanziarie

Relativamente alla situazione economica, si evidenzia nell'esercizio 2013 un sostanziale pareggio tra costi e ricavi, con il conseguimento di un utile di esercizio pari ad € 4.696,56, dopo diversi esercizi chiusi con un risultato negativo. L'utile verrà utilizzato per la copertura perdite degli anni pregressi.

Tale andamento può ritenersi effetto sia delle maggiori risorse economiche ricevute nel 2013 dalla Regione Puglia sia dei minori costi della gestione ordinaria, da attribuirsi fortemente all'effetto delle disposizioni di cui al piano di rientro regionale attivato con DGR n° 2.624 del 30 novembre 2010 ed agli interventi di riorganizzazione posti in essere da questa Amministrazione.

Dall'analisi dei dati economico- patrimoniali e finanziari sopra rappresentati, si evidenzia che l'anno 2013 è stato un anno in cui si sono concretizzati importanti miglioramenti sia dal punto di vista economico che dal punto di vista finanziario. I costi risultano interamente coperti dai ricavi e i debiti sono stati notevolmente diminuiti, con un minor ricorso all'anticipazione ordinaria di cassa, ed il patrimonio netto è stato riportato in positivo.

A questo punto si ritiene di poter concludere che se le misure messe in campo dalla Regione Puglia per il piano di rientro continueranno anche per tutto il 2014, unitamente alle misure di cui alla spending review adottate a livello centrale, quest'Amministrazione potrà ottenere risultati ancora più soddisfacenti nel 2014, continuando a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza alla popolazione servita dall'ASL Brindisi.

## **Il ciclo della Performance e la valutazione dei dipendenti**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

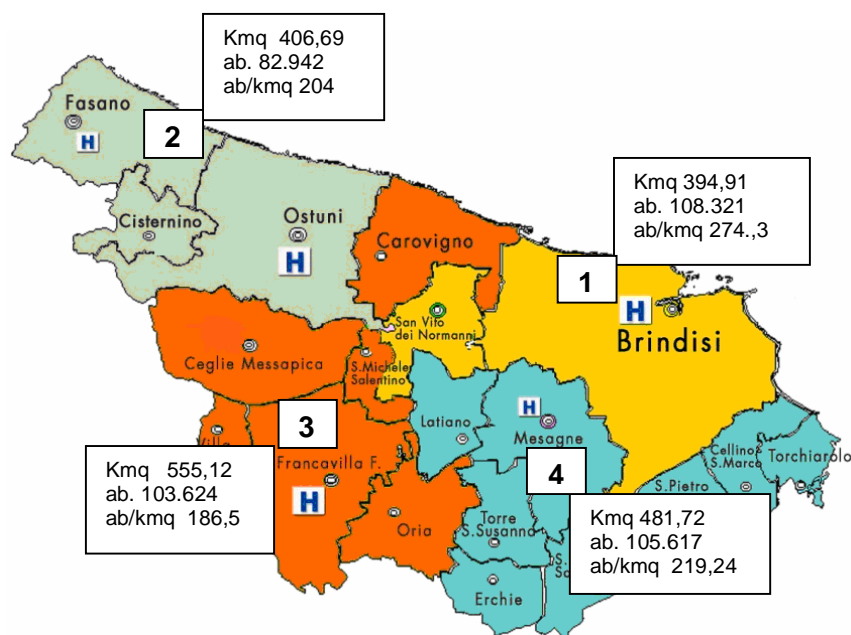
La valutazione delle prestazioni deve portare ad un aumento di motivazione e di responsabilizzazione che consenta la valorizzazione delle potenzialità e si traduca in tensione verso un'efficace ed efficiente erogazione dei servizi.



### 3.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

#### Contesto territoriale

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi coincide con la provincia di Brindisi. A Nord confina con la provincia di Bari, a Sud con la provincia di Lecce, a Sud-Ovest con la provincia di Taranto. Essa comprende venti comuni e si estende su una superficie di Km<sup>2</sup> 1.839. Il Comune di Brindisi ha la superficie più estesa: Km<sup>2</sup> 328,55, seguono per estensione Ostuni, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica e Fasano.



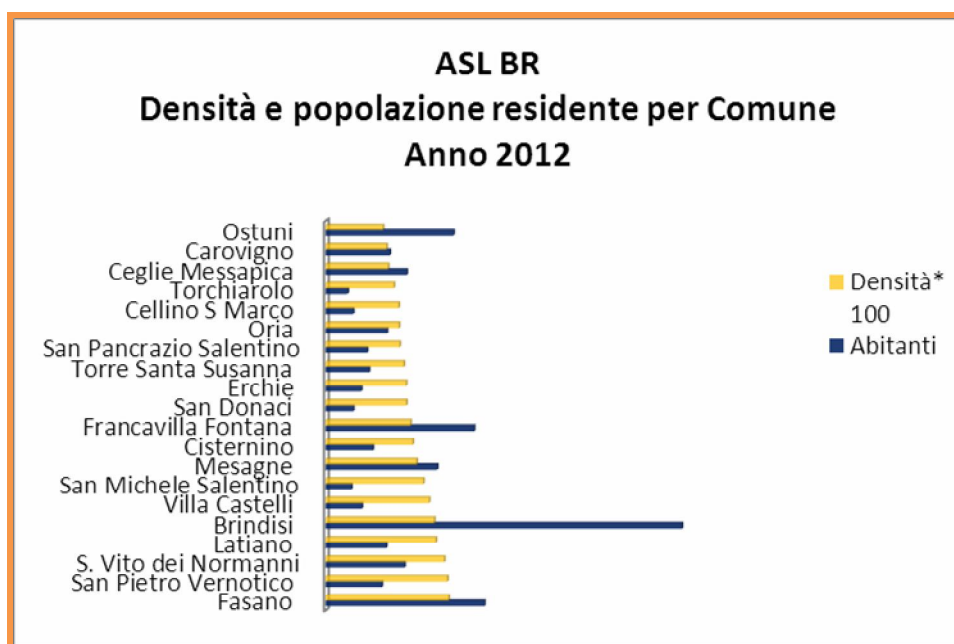
La ASL di Brindisi è suddivisa in quattro Distretti che raggruppano da un minimo di due ad un massimo di nove Comuni (Distretto n. 1: Brindisi, San Vito dei Normanni; Distretto n. 2: Fasano, Cisternino, Ostuni. Distretto n. 3: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino,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

DISTRETTI		Superficie (km/q)	Abitanti (n°)	Densità abitanti (kmq)	Differenza 2010/2012
Distretto 1	Brindisi	394,9	108.321	274,3	-12,98
Distretto 2	Fasano	406,6	82.942	204,0	1,02
Distretto 3	Francavilla F.	555,6	103.624	186,5	-7,59
Distretto 4	Mesagne	482,4	105.617	218,9	-6,37
Totale	ASL BR	1.839,5	400.504	219,2	1,33

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

Il Distretto n. 1 ha il maggior numero di abitanti ed è anche quello più densamente popolato, mentre, tra i Comuni, è Fasano a vantare la maggiore densità abitativa (306,94 abitanti x Kmq).

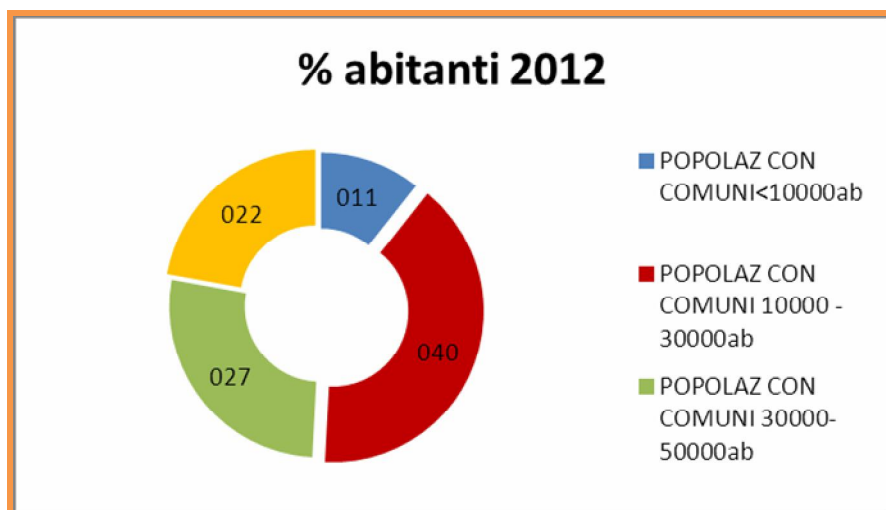
#### Anno 2012 Densità e Popolazione per Comune



Fonte Un.E.S.

#### Dispersione % abitanti 2012

Il 22,16% della popolazione vive nel Capoluogo, unico Comune a superare i 50.000 abitanti. L'10,80% vive in Comuni con meno di 10.000 abitanti; la restante parte si suddivide in Comuni che contano tra i 20.000 ed i 30.000 abitanti.



### La popolazione della Provincia di Brindisi

La popolazione della Provincia di Brindisi al 01/01/2012 è di 400.504 abitanti, di cui 192.409 maschi e 208.095 femmine.

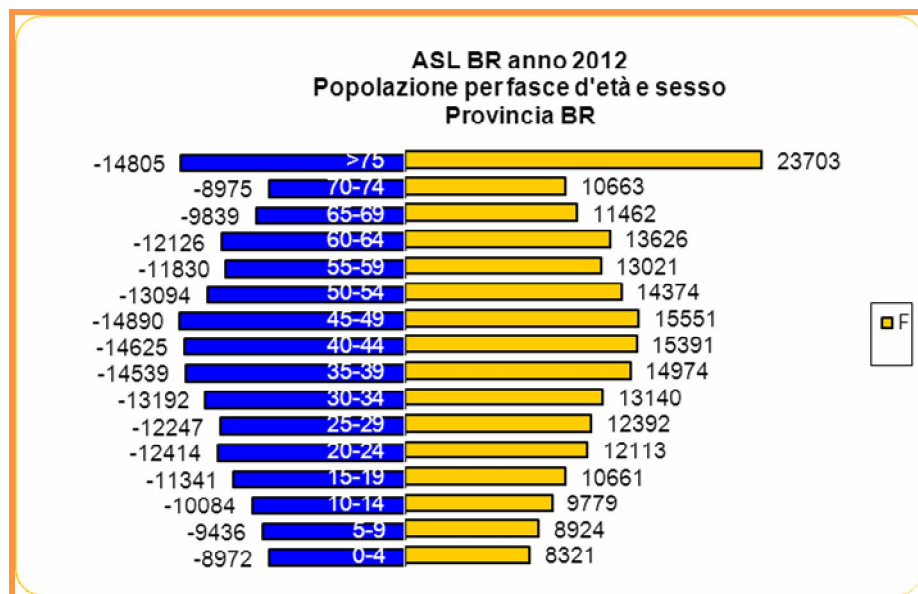
Comune	Maschi	Femmine	Totale	%
Brindisi	42.410	46.324	88.734	22,16
Carovigno	7.790	8.139	15.929	3,98
Ceglie Messapica	9.607	10.577	20.184	5,04
Cellino San Marco	3.224	3.570	6.794	1,70
Cisternino	5.656	6.058	11.714	2,92
Erchie	4.266	4.530	8.796	2,20
Fasano	19.195	20.253	39.448	9,85
Francavilla Fontana	17.799	19.143	36.942	9,22
Latiano	7.335	7.691	15.026	3,75
Mesagne	13.163	14.564	27.727	6,92
Oria	7.335	7.906	15.241	3,81
Ostuni	15.051	16.729	31.780	7,94
Sandonaci	3.290	3.572	6.862	1,71
San Michele Salentino	3.093	3.275	6.368	1,59
San Pancrazio Salentino	4.967	5326	10.293	2,57
San Pietro Vernotico	6.576	7.374	13.950	3,48
San Vito dei Normanni	9.383	10.204	19.587	4,89
Torchiarolo	2.664	2.797	5.461	1,36
Torre S. Susanna	5.156	5.552	10.708	2,67
Villa Castelli	4.449	4.511	8.960	2,24
<b>Totale</b>	<b>192.409</b>	<b>208.095</b>	<b>400.504</b>	<b>100</b>

Fonte ISTAT elaborazione Un.E.S.

## Popolazione per fasce d'età e sesso anno 2012

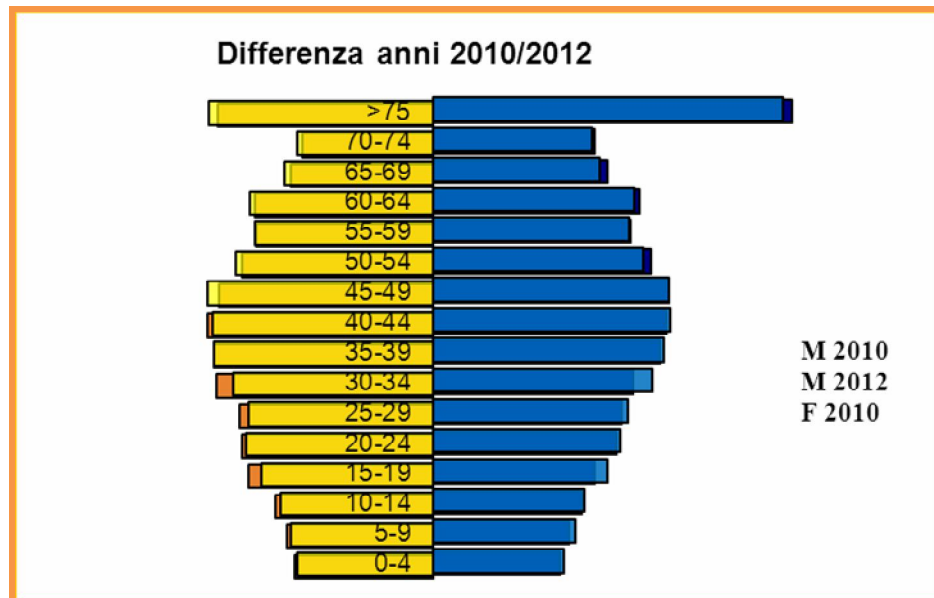
La piramide dell'età conferma la presenza di un maggior numero di maschi solo nelle fasce più giovanili e un ulteriore invecchiamento della popolazione.

Nel 2009 i maschi e le femmine, nella fascia d'età 75 ed oltre, erano rispettivamente 13.967 e 22.775, complessivamente il 9,10% della popolazione totale; nel 2012 sono 14.805 e 23.703, con un incremento di 838 unità per gli uomini e 928 per le donne, complessivamente il 9,61% della popolazione totale.



Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Il grafico successivo mostra l'evoluzione della popolazione negli anni 2010/2012 per fasce d'età e sesso.



Totale 2010: 403.096

Totale 2012: 400.504

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

La Tabella 1 seguente conferma il dato di una decrescita naturale di circa il 0,5 per mille su base annua negli ultimi tre anni ed una variazione totale della popolazione, nel 2011, del -0.9 per mille, al di sopra del dato regionale (-0,2) e di quello del Mezzogiorno (-0,1), ed in controtendenza con il dato nazionale (+3,7).

**Tabella 1 - Bilanci demografici Confronto anni 2008/2011** (per 1.000 abitanti)

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

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Il tasso generico di natalità, sempre inferiore a quello della Puglia, del Mezzogiorno e dell'Italia, si riduce ulteriormente dal 8,9 del 2009 al 8,4 per mille del 2011, seguendo il trend delle altre aree. La mortalità, nel 2011, si attesta attorno al 8.9 per mille, superiore a quello della Puglia (8,7) ma inferiore a quello del Mezzogiorno (9,2) e dell'Italia (9,7). Dopo anni di stabilità nel numero di matrimoni, l'ISTAT stima per il 2011 un notevole incremento della nuzialità.

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

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

\* Stima

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

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

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

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

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

L'invecchiamento della popolazione della provincia è confermato dalla riduzione % della popolazione nelle fasce d'età giovanili e dall'aumento dello 0,26% nella fascia d'età degli over 65. L'indice di Dipendenza strutturale, condizionato dal maggior numero degli anziani, aumenta, sino a superare il 50%.

L'indice di vecchiaia 137,57 è più vicino al dato nazionale 144,50, che a quello regionale 125,20.

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

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

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

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

## Gli stranieri

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

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

	Prov. Brindisi 2009	<b>Prov. Brindisi 2011</b>	Puglia 2011	Italia Merid. 2011	Italia 2011
Maschi	2.715	<b>3.268</b>	44.298	194.517	2.201.211
Femmine	3.190	<b>4.169</b>	51.411	244.716	2.369.106
Totale	5.905	<b>7.437</b>	95.709	439.233	4.570.317

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S

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

**Tabella 5 - Cittadini non comunitari, divisi per motivo della presenza, al 1° gennaio 2011.**

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

Fonte ISTAT Elaborazione Un.E.S.

Note:

- (a) Il dato relativo ai minori di 18 anni è provvisorio. L'Istat sta effettuando una stima a partire dai dati del Ministero dell'Interno che, a causa dei ritardi di registrazione, sottovalutano la presenza di minori.
- (b) Sono esclusi coloro che hanno un permesso per soggiornanti di lungo periodo o carta di soggiorno.
- (c) Sono compresi, oltre ai documenti di soggiorno individuali rilasciati per ragioni familiari, i minori al seguito di un adulto anche se presente per motivo diverso. I permessi di soggiorno concessi sono motivati, in maggioranza dai ricongiungimenti familiari e da motivi di lavoro, seguiti poi dai motivi umanitari e dalle richieste di Asilo.

## Mortalità

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

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

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

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

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

La mortalità per tutti i tumori è maggiore nei maschi, con un rapporto di circa 3/2 rispetto al sesso femminile.

La mortalità per tumori dell'apparato respiratorio, nel sesso maschile, è in lieve diminuzione, ma rimane la più importante causa di morte per neoplasia; nel sesso femminile è in costante aumento, pur essendo, in valori assoluti, solo la terza causa di morte per tumore.

Nella donna è in aumento la mortalità sia per tumore della mammella che del colon, rispettivamente prima e seconda causa di morte per neoplasie.

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

	Maschi				Femmine			
	1998 2000	2001 2003	2004 2006	2007 2009	1998 2000	2001 2003	2004 2006	2007 2009
Tumori maligni labbro, cavità orale e faringe	6,3	4,5	5,7	7,9	1,4	1,1	1,1	1,3
Tumori maligni esofago	4,1	3,3	3,3	1,9	0,5	0,2	0,3	0,6
Tumori maligni stomaco	12,7	10,5	14,2	13,6	6,6	9,7	6,2	8,1
Tumori maligni colon	14,6	16,2	13,7	20,3	12,9	18,2	15,6	19,1
Tumori maligni retto, giunzione rettosigmoidea e ano	6,5	6,4	4,5	6,7	6,0	3,0	4,0	4,6
Tumori maligni fegato e dotti biliari intraepatici	23,9	20,2	15,6	14,8	10,9	12,0	9,3	8,1
Tumori maligni laringe	6,5	5,2	5,5	3,8	0,0	0,5	0,2	0,5
Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni	80,6	83,9	80,5	80,0	10,4	12,8	14,8	18,5
Tumori maligni mammella della donna	-	-	-	-	30,5	33,2	28,2	37,1
Tumori maligni collo utero	-	-	-	-	0,5	0,8	1,4	1,7
Tumori maligni altre e non specificate parti dell'utero	-	-	-	-	8,2	10,2	7,5	8,3
tumori maligni prostata	26,5	30,9	25,7	28,8	-	-	-	-
Tumori di Hodgkin ed altri tumori dei tessuti linfatico ed ematopoietico	10,7	12,3	12,6	11,0	9,3	10,4	8,8	7,2
Leucemie	8,1	11,6	8,8	8,3	7,3	7,8	5,7	5,9
Altri tumori maligni	68,2	73,8	82,3	82,9	58,2	65,5	64,8	70,8
Carcinomi in situ, tumori benigni, di comportamento incerto e di natura non specificata	2,2	2,2	5,5	2,4	1,9	2,2	4,9	4,0
<b>TOTALE</b>	<b>270,9</b>	<b>280,9</b>	<b>277,9</b>	<b>282,5</b>	<b>164,6</b>	<b>187,5</b>	<b>172,9</b>	<b>190,7</b>

## RETE OSPEDALIERA E AMBULATORIALE – DATI DI ATTIVITÀ

### a) ATTIVITÀ OSPEDALIERA

Per ciò che riguarda il dato generale, l'analisi effettuata mostra una riduzione, rispetto all'anno precedente, del numero dei ricoveri complessivi con particolare riferimento a quelli erogati in regime ordinario (- 3.982). Fa da contrappeso a questo dato l'aumento della complessità dei casi trattati in regime ordinario (+ 3,16%). Se a questo dato associamo la riduzione delle giornate complessive di degenza (-7,52%) si evidenzia come alla maggiore complessità non sia stato associato un maggiore dispendio di risorse (quello che si è speso in più per trattare casi più complessi, si è risparmiato in termini, ad esempio, di servizi alberghieri con la riduzione delle giornate di degenza). Questo dato può essere interpretato come indice di grande attenzione da parte degli operatori verso le procedure di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni e di maggiore attenzione alle procedure relative ai percorsi diagnostico-terapeutici.



## Attività ospedaliera

Dati attività	Anno 2011	Anno 2012	differenza 12-11	differenza % 12-11
Totale ricoveri	58.120	50.337	-7.783	-13,39%
Totale ricoveri ordinari	41.738	37.756	-3.982	-9,54%
Totale ricoveri day hospital	16.382	12.581	-3.801	-23,20%

Totali ricoveri	Anno 2011	Anno 2012	differenza 12-11	differenza 12-11
Posti letto	1.223	1.086	-137	-11,20%
N° casi	58.120	50.337	-7.783	-13,39%
Peso medio	0,86	0,91	0,05	5,81%
Ricoveri ordinari	Anno 2011	Anno 2012	Differenza 12-11	Differenza 12-11
Posti letto	1.114	985	-129	-11,58%
N° casi	41.738	37.756	-3.982	-9,54%
Peso medio	0,95	0,98	0,03	3,16%
Degenza	355.595	328.859	-26.736	-7,52%
N° casi LEA	2.000	np	np	np
Ricoveri in day hospital	Anno 2011	Anno 2012	differenza 12-11	differenza 12-11
Posti letto	109	101	-8	-7,34%
N° casi	16.382	12.581	-3.801	-23,20%
Peso medio	0,7	0,7	0	0,00%
accessi	50.832	41.054	-9.778	-19,24%

Fonte: dati UCG 2011/2012

Tale situazione viene osservata in quasi tutte le proiezioni relative ai singoli Presidi Ospedalieri (tabelle successive) con la sola eccezione per lo Stabilimento di Ostuni, dove invece si è registrato un decremento dell'attività inteso come numero di casi trattati seguiti da un aumento sia del peso medio DRG (complessità dei casi) che delle giornate di degenza (+1,07%).

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

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Brindisi

	2011					2012					Differenza % 12-11				
	St. S.Pietro	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabil. Neuromot.	totale	St. S.Pietro	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabil. Neuromot.	totale	St. S.Pietro	St. Mesagne	St. Brindisi	Centro di Riabil. Neuromot.	totale
<b>Totali ricoveri</b>															
Posti letto	95	60	550	105	<b>809</b>	91	47	533	105	<b>776</b>	-3,79%	-21,12%	-3,08%	0,00%	<b>-4,09%</b>
N° casi	2.836	3.907	28.923	864	<b>36.530</b>	2.219	2.131	26.709	860	<b>31.919</b>	21,76%	-45,46%	-7,65%	-0,46%	<b>-12,62%</b>
Peso medio	1,02	0,75	0,95	1,00	<b>0,92</b>	1,10	0,81	0,97	0,96	<b>0,93</b>	7,47%	7,41%	2,49%	-4,01%	<b>1,09%</b>
<b>Ordinari</b>															
posti letto	89	53	501	96	<b>739</b>	81	41	485	96	<b>703</b>	-8,90%	-23,24%	-3,15%	0,00%	<b>-4,88%</b>
n casi	2.388	1.617	21.345	584	<b>25.934</b>	2.067	1.171	19.807	594	<b>23.639</b>	13,44%	-27,58%	-7,21%	1,71%	<b>-8,85%</b>
peso medio	1,07	0,87	1,04	1,06	<b>1,01</b>	1,12	0,87	1,07	1,01	<b>1,03</b>	4,93%	-0,02%	3,23%	-4,59%	<b>1,98%</b>
degenza	27.005	16.524	175.367	35.145	<b>254.041</b>	25.347	16.254	168.437	34.346	<b>244.384</b>	-6,14%	-1,63%	-3,95%	-2,27%	<b>-3,80%</b>
n casi LEA															
<b>Ricoveri in day hospital</b>															
Posti letto	6	6	49	9	<b>70</b>	10	6	48	9	<b>73</b>	76,47%	-2,70%	-2,37%	0,00%	<b>4,29%</b>
N° casi	448	2.290	7.578	280	<b>10.596</b>	152	960	6.902	266	<b>8.280</b>	66,07%	-58,08%	-8,92%	-5,00%	<b>-21,86%</b>
Peso medio	0,79	0,67	0,69	0,88	<b>0,69</b>	0,79	0,74	0,70	0,86	<b>0,70</b>	0,03%	10,09%	1,08%	-2,06%	<b>1,45%</b>
accessi	1.407	3.947	25.038	5.749	<b>36.141</b>	1.126	1.723	22.146	5.402	<b>30.397</b>	19,97%	-56,35%	-11,55%	-6,04%	<b>-15,89%</b>

## Prestazioni di ricovero ospedaliero – Presidio Ospedaliero Francavilla

	2011			2012			Differenza % 12-11		
	St. Francavilla	St. Ceglie	totale	St. Francavilla	St. Ceglie	totale	St. Francavilla	St. Ceglie	totale
<b>Totali ricoveri</b>									
Posti letto	138	63	<b>201</b>	125	10	<b>135</b>	-9,09%	-84,16%	<b>-32,71%</b>
N° casi	9.716	565	<b>10.281</b>	8.944	97	<b>9.041</b>	-7,95%	-82,83%	<b>-12,06%</b>
Peso medio	0,77	0,82	<b>0,78</b>	0,81	0,70	<b>0,81</b>	4,66%	-14,32%	<b>3,85%</b>
<b>Ordinari</b>									
posti letto	126	54	<b>180</b>	114	10	<b>124</b>	-9,52%	-81,50%	<b>-31,13%</b>
n casi	7.207	430	<b>7.637</b>	6.866	97	<b>6.963</b>	-4,73%	-77,44%	<b>-8,83%</b>
peso medio	0,78	0,84	<b>0,79</b>	0,83	0,70	<b>0,82</b>	5,87%	-16,21%	<b>3,80%</b>
degenza	40.102	7.740	<b>47.842</b>	37.141	1.637	<b>38.778</b>	-7,38%	-78,85%	<b>-18,95%</b>
n casi LEA									
<b>Ricoveri in day hospital</b>									
Posti letto	12	9	<b>21</b>	11	0	<b>11</b>	-4,35%	100,00%	<b>-46,56%</b>
N° casi	2.509	135	<b>2.644</b>	2.078	0	<b>2.078</b>	-17,18%	100,00%	<b>-21,41%</b>
Peso medio	0,75	0,76	<b>0,75</b>	0,75	0,00	<b>0,75</b>	0,65%	100,00%	<b>0,00%</b>
accessi	4.377	275	<b>4.652</b>	4.236	0	<b>4.236</b>	-3,22%	100,00%	<b>-8,94%</b>

## Prestazioni di ricovero ospedaliero –Presidio Ospedaliero Ostuni

	2011				2012				Differenza % 12-11			
	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	totale	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	totale	St. Ostuni	St. Fasano	St. Cisternino	totale
Totali ricoveri												
Posti letto	96	101	17	214	96	79	0	175	0	0	-100,00%	-18,16%
N° casi	6.356	4.886	67	11.309	6.306	3.071	0	9.377	-0,79%	-37,15%	-100,00%	-17,08%
Peso medio	0,82	0,76	0,83	0,79	0,82	0,82	0,00	0,82	0,10%	7,58%	-100,00%	3,80%
Ordinari												
posti letto	90	89	17	195	90	68	0	158	0,00%	-23,38%	-100,00%	-19,08%
n casi	5.072	3.028	67	8.167	4.928	2.226	0	7.154	-2,84%	-26,49%	-100,00%	-12,40%
peso medio	0,85	0,83	0,83	0,85	0,87	0,88	0,00	0,88	1,80%	5,65%	-100,00%	3,53%
degenza	29.035	23.489	1.188	53.712	29.347	19.293	0	48.640	1,07%	-17,86%	-100,00%	-9,44%
n casi LEA				0								
Ricoveri in day hospital												
Posti letto	6	13	0	19	6	11	0	17	0,00%	-12,58%		-8,52%
N° casi	1.284	1.858	0	3.142	1.378	845	0	2.223	7,32%	-54,52%		-29,25%
Peso medio	0,68	0,65	0,00	0,66	0,64	0,64	0,00	0,64	-5,82%	-1,08%		-3,03%
accessi	2.263	7.776	0	10.039	2.255	4.166	0	6.421	-0,35%	-46,42%		-36,04%

La Tabella che segue mostra invece la distribuzione dei ricoveri nell'ambito delle Strutture sanitarie presenti nel territorio. Si rileva che la maggioranza delle prestazioni di ricovero vengono erogate dagli Ospedali dell'Azienda (pur con le già esplicitate riduzioni nel numero di ricoveri) mentre solo una parte residuale, costante rispetto all'anno precedente, ha preferito ricoverarsi presso le restanti Strutture, la maggioranza delle quali ha, del resto, un indirizzo specialistico.

Ricoveri residenti ASL per luogo di cura Totale Ricoveri strutture territorio ASL BR	anno 2011	anno 2012	Differenza 12-11	Differenza % 12-11
Presidi ASL BR	49.239	42.597	-6.642	-13,49%
Neuromotulesi Ceglie M.ca	398	438	40	10,05%
IRCSS "Medea"	154	140	-14	-9,09%
Casa di cura Salus Accreditata	4.352	3.971	-381	-8,75%
Totale	54.143	47.146	-6.997	-12,92%
Ricoveri residenti ASL - regime ordinario	anno 2011	anno 2012	Differenza 12-11	Differenza % 12-11
Presidi ASL BR	35.579	32.156	-3.423	-9,62%
Neuromotulesi Ceglie M.ca	230	265	35	15,22%
IRCSS "Medea"	154	140	-14	-9,09%
Casa di cura Salus Accreditata	3.115	2.981	-134	-4,30%
Totale	39.078	35.542	-3.536	-9,05%
Ricoveri residenti ASL regime day hospital	anno 2011	anno 2012	Differenza 12-11	Differenza % 12-11
Presidi ASL BR	13.660	10.441	-3.219	-23,57%
Neuromotulesi Ceglie M.ca	168	173	5	2,98%
IRCSS "Medea"	0	0	0	
Casa di cura Salus Accreditata	1.237	990	-247	-19,97%
Totale	15.065	11.604	-3.461	-22,97%

Fonte: dati UCG 2011/2012

Per ciò che riguarda invece la mobilità sanitaria extraregionale si conferma il dato della migrazione verso Regioni quali l'Emilia Romagna o Lombardia dotate di Strutture tecnologicamente più avanzate; a livello complessivo però si registra una riduzione della mobilità passiva extraregionale di 64 casi, pari al -1,19%.

### Mobilità sanitaria extra regionale

Regione	n. ricoveri 2011	n. ricoveri 2012	Differenza 12-11	Differenza % 12-11
ABRUZZO	167	132	-35	-20,96%
ACISMOM LAZIO	1	2	1	100,00%
BASILICATA	104	67	-37	-35,58%
CALABRIA	31	30	-1	-3,23%
CAMPANIA	165	137	-28	-16,97%
EMILIA ROMAGNA	1.216	1.112	-104	-8,55%
FRIULI V. GIULIA	53	52	-1	-1,89%
LAZIO	580	553	-27	-4,66%
LIGURIA	223	180	-43	-19,28%
LOMBARDIA	1.068	1.171	103	9,64%
MARCHE	211	166	-45	-21,33%
MOLISE	29	23	-6	-20,69%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	156	385	229	146,79%
PIEMONTE	183	141	-42	-22,95%
PROV. AUT. BOLZANO	12	7	-5	-41,67%
PROV. AUT. TRENTO	23	24	1	4,35%
SARDEGNA	10	6	-4	-40,00%
SICILIA	49	36	-13	-26,53%
TOSCANA	571	578	7	1,23%
UMBRIA	133	154	21	15,79%
VALLE D'AOSTA	1	2	1	100,00%
VENETO	383	347	-36	-9,40%
<b>totale</b>	<b>5.369</b>	<b>5.305</b>	<b>-64</b>	<b>-1,19%</b>

Fonte: dati UCG 2011/2012

Nella Tabella che segue sono invece riportati i dati relativi alla mobilità sanitaria infraregionale; in questo caso le ASL verso cui ci si rivolge maggiormente sono quelle di Lecce, Bari, Taranto e Policlinico di Bari, ma anche per la mobilità infra regionale nel 2012 si registra un calo di 523 casi pari al -3,62%.

### Mobilità sanitaria infra regionale

ASL o AO	Provincia	n. ricoveri 2011	n. ricoveri 2012	Differenza 12-11	Differenza % 12-11
BARI	BA	3.854	3.719	-135	-3,50%
BAT	BAT	36	43	7	19,44%
FOGGIA	FG	553	447	-106	-19,17%
LECCE	LE	4.341	4.163	-178	-4,10%
Ospedale Oncologico	BA	210	198	-12	-5,71%
Ospedali Riuniti	FG	46	65	19	41,30%
Policlino Consorziale	BA	1.743	1.483	-260	-14,92%
Saverio De Bellis	BA	538	651	113	21,00%
TARANTO	TA	3.127	3.156	29	0,93%
<b>Totale</b>		<b>14.448</b>	<b>13.925</b>	<b>-523</b>	<b>-3,62%</b>

Fonte: dati UCG 2011/2012

Nella Tabella sotto riportata sono invece descritti i dati di migrazione dei vari Comuni della provincia. Ciò che risalta maggiormente è l'ancora alto tasso di ospedalizzazione che, pur diminuito rispetto all'anno precedente, registra ancora un indice superiore a quanto imposto dai dettami normativi; spiccano Cellino San Marco, San Pietro Vernotico e San Donaci come comuni a più alto indice di ospedalizzazione; San Vito dei Normanni e Torre Santa Susanna come quelli a più basso indice.

Distretto residenza	Comune di residenza pazienti	n° ricoveri 2012							N° RICOVERI 2011	Diff. 2012- 2011	popolazione Istat 01/01/2012	tasso x 1000 ab. 2012
		PPOO ASL BR	Neuromot. Ceglie M.ca	Casa di Cura Salus	IRCCS MEDEA	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE				
DSS n°1	BRINDISI	10.559	45	1.594	52	2.461	1.384	16.095	18.081	-1.986	88.734	181,38
	SAN VITO DEI NORMANNI	2.116	29	201	2	609	256	3.213	3.575	-362	19.587	164,04
	<b>totale</b>	<b>12.675</b>	<b>74</b>	<b>1.795</b>	<b>54</b>	<b>3.070</b>	<b>1.640</b>	<b>19.308</b>	<b>21.656</b>	<b>-2.348</b>	<b>108.321</b>	<b>178,25</b>
DSS n°2	CISTERNINO	783	15	37	4	955	152	1.946	2.448	-502	11.714	166,13
	FASANO	2.925	6	67	12	3.143	359	6.512	7.742	-1.230	39.448	165,08
	OSTUNI	3.414	52	122	7	1.469	464	5.528	6.292	-764	31.780	173,95
	<b>totale</b>	<b>7.122</b>	<b>73</b>	<b>226</b>	<b>23</b>	<b>5.567</b>	<b>975</b>	<b>13.986</b>	<b>16.482</b>	<b>-2.496</b>	<b>82.942</b>	<b>168,62</b>
DSS n°3	CAROVIGNO	1.799	21	192	11	604	170	2.797	3.165	-368	15.929	175,59
	CEGLIE MESSAPICA	2.136	67	163	8	1.031	240	3.645	4.028	-383	20.184	180,59
	FRANCAVILLA FONTANA	4.224	51	377	12	1.582	469	6.715	7.462	-747	36.942	181,77
	ORIA	1.645	31	116	5	639	135	2.571	2.941	-370	15.241	168,69
	SAN MICHELE SALENTINO	738	12	51	1	236	101	1.139	1.281	-142	6.368	178,86
	VILLA CASTELLI	652	19	36	1	773	89	1.570	1.775	-205	8.960	175,22
	<b>totale</b>	<b>11.194</b>	<b>201</b>	<b>935</b>	<b>38</b>	<b>4.865</b>	<b>1.204</b>	<b>18.437</b>	<b>20.652</b>	<b>-2.215</b>	<b>103.624</b>	<b>177,92</b>
DSS n°4	CELLINO SAN MARCO	735	2	109	0	370	74	1.290	1.424	-134	6.794	189,87
	ERCHIE	848	11	81	2	476	145	1.563	1.690	-127	8.796	177,69
	LATIANO	1.693	18	111	3	496	173	2.494	2.895	-401	15.026	165,98
	MESAGNE	3.399	22	296	7	844	445	5.013	5.499	-486	27.727	180,80
	SAN DONACI	714	4	68	1	388	107	1.282	1.343	-61	6.862	186,83
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	824	9	73	2	683	152	1.743	1.783	-40	10.293	169,34
	SAN PIETRO VERNOTICO	1.681	9	145	2	602	184	2.623	2.888	-265	13.950	188,03
	TORCHIAROLO	590	4	30	1	229	78	932	981	-49	5.461	170,66
	TORRE SANTA SUSANNA	1.122	11	102	7	412	109	1.763	1.983	-220	10.708	164,64
	<b>totale</b>	<b>11.606</b>	<b>90</b>	<b>1.015</b>	<b>25</b>	<b>4.500</b>	<b>1.467</b>	<b>18.703</b>	<b>20.486</b>	<b>-1.783</b>	<b>105.617</b>	<b>177,08</b>
codice comune errato							19	19	2	17		
<b>totale ASL BR</b>		<b>42.597</b>	<b>438</b>	<b>3.971</b>	<b>140</b>	<b>18.002</b>	<b>5.305</b>	<b>70.453</b>	<b>79.278</b>	<b>-8.825</b>	<b>400.504</b>	<b>175,91</b>

Fonte: dati UCG 2011/2012

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

## N. RICOVERI PER TIPO DI DIAGNOSI

DIAGNOSI	n° ricoveri 2012								N° RICOVERI 2011	Diff. 2012-2011
	PPOO ASL BR	Neuro m. Ceglie M.ca	Casa di Cura Salus	IRCCS MEDEA	mobilità passiva infra regionale	mobilità passiva extra regionale	TOTALE	%		
DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	4.330	21	25		3.132	1.250	8.758	12,43%	9.342	-584
DISTURBI CIRCOLATORI	4.399		625		2.307	592	7.923	11,25%	8.957	1.034
DISTURBI DIGESTIVI	4.082		473		1.491	335	6.381	9,06%	7.099	-718
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	3.729		1.063		892	86	5.770	8,19%	6.117	-347
DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	2.763	397	234	80	859	509	4.842	6,87%	5.491	-649
DISTURBI RESPIRATORI	3.401	1	219		758	185	4.564	6,48%	4.983	-419
DISTURBI URINARI	2.143		67		1.055	264	3.529	5,01%	3.893	-364
CONDIZIONI PERINATALI	2.242		523		499	2	3.266	4,64%	3.461	-195
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.943		390		651	197	3.181	4,52%	3.315	-134
DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	1.804		17		852	354	3.027	4,30%	3.166	-139
DISTURBI CUTE	2.025		92		496	186	2.799	3,97%	3.083	-284
DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	1.653		73		780	204	2.710	3,85%	3.013	-303
DISTURBI DELL'OCCHIO	1.134		3		1.224	179	2.540	3,61%	5.188	-2.648
DISTURBI METABOLISMO	1.470		17		388	275	2.150	3,05%	2.639	-489
DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	1.127		9	1	805	182	2.124	3,01%	2.385	-261
DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	1.126		7		216	57	1.406	2,00%	1.299	107
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	560		74		531	82	1.247	1,77%	1.391	-144
FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	679		49		302	111	1.141	1,62%	1.046	95
DISTURBI MENTALI	547	19	3	59	279	125	1.032	1,46%	1.165	-133
MALATTIE INFETTIVE	624		6		92	35	757	1,07%	928	-171
FERIMENTI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	359		1		98	34	492	0,70%	557	-65
ALTRI D.R.G	196		0		166	47	409	0,58%	324	85
INFEZIONI DA HIV	181		0		106	4	291	0,41%	278	13
DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	39		1		9	9	58	0,08%	82	-24
TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	22		0		14	0	36	0,05%	45	-9
USTIONI	19		0		0	1	20	0,03%	31	-11
Totale	42.597	438	3.971	140	18.002	5.305	70.453	100,00%	79.278	-8.825

Fonte: dati UCG 2011/2012

### b) ATTIVITA' SANITARIA AMBULATORIALE

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

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

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

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

## Anno 2011

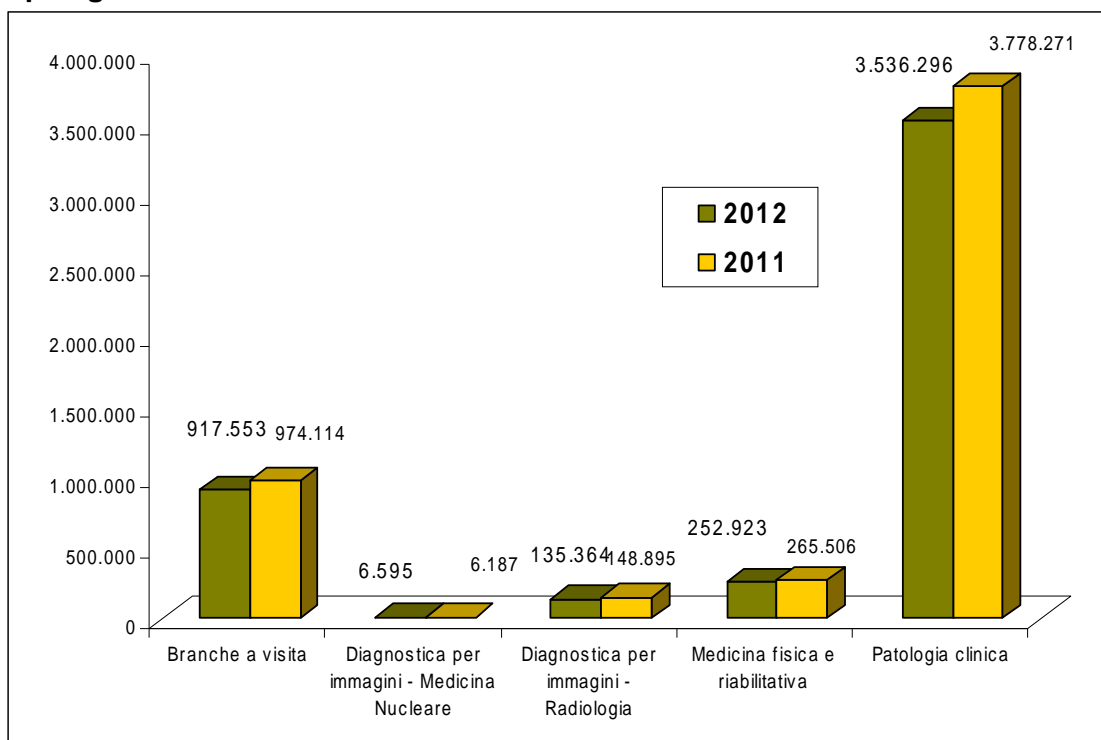
ATTIVITÀ AMBULATORIALE	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
Branche a visita	654.962	274.652	21.540	22.960	974.114	18,83%
Diagnostica per immagini – Medicina Nucleare	6.187				6.187	0,12%
Diagnostica per immagini – Radiologia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

## Anno 2012

ATTIVITÀ AMBULATORIALE	Presidi ospedalieri	Poliambulatori distrettuali	Strutture territoriali	Strutture Private convenzionate	Totale	%
Branche a visita	593.799	281.158	21.610	20.986	917.553	18,92%
Diagnostica per immagini – Medicina Nucleare	6.595				6.595	0,14%
Diagnostica per immagini – Radiologia	72.237	27.594		35.533	135.364	2,79%
Medicina fisica e riabilitativa	20.841	51.446		180.636	252.923	5,22%
Patologia clinica	1.369.772	150.396	207.589	1.808.539	3.536.296	72,93%
TOTALE	2.063.244	510.594	229.199	2.045.694	4.848.731	100,00%
%	42,55%	10,53%	4,73%	42,19%	100,00%	

Fonte: UCG - CUP - SISR

## Tipologia attività ambulatoriale confronto anno 2011-2012

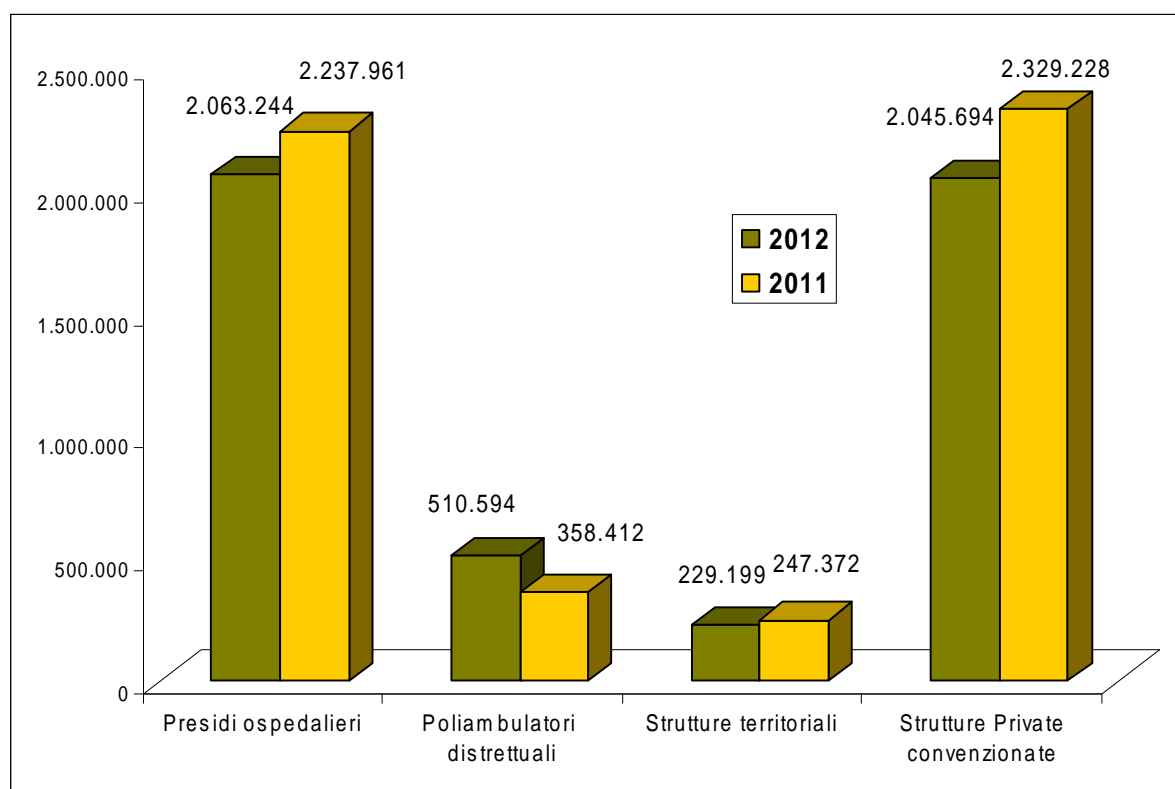


Fonte: UCG - CUP - SISR

L'analisi dei dati evidenzia la riduzione complessiva, rispetto all'anno precedente, delle prestazioni specialistiche erogate; si è rilevato inoltre un aumento delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, in maggioranza parte legate ai laboratori di analisi. Per ciò che riguarda la branca di radiologia si è rilevata una generale riduzione del numero di prestazioni erogate dagli Ospedali e dai Distretti a vantaggio delle Strutture private. Tale dato non deve portare a conclusioni affrettate riguardo ai carichi di lavoro ospedalieri poiché la riduzione delle prestazioni per esterni appare indice dell'aumento dell'attenzione verso la riduzione dei tempi d'attesa interni (per ricoverati).

Singolare appare il dato relativa all'attività riabilitativa che vede una generale riduzione tra pressochè tutti i soggetti erogatori (con esclusione degli Ospedali) ciò per effetto della riduzione dei tetti di spesa per le strutture private.

### Prestazioni ambulatoriali per Struttura - confronto anno 2011- 2012



Il grafico mostra l'evoluzione del ricorso della popolazione alle varie strutture eroganti; maggiore, per l'anno 2012, il ricorso alle prestazioni erogate dai Poliambulatori distrettuali; in riduzione l'erogazione da parte delle Strutture private convenzionate e dei Presidi Ospedalieri.

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

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

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. BRINDISI	S.O. MESAGNE	S.O. S.PIETRO V.CO	totale
Branche a visita	325.529	16.308	66.337	408.174
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	6.187			6.187
Diagnostica per immagini - Radiologia	26.441	5.762	17.116	49.319
Medicina fisica e riabilitativa	22	3.955	14.834	18.811
Patologia clinica	284.302	126.377	92.108	502.787
totale	642.481	152.402	190.395	985.278



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

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. BRINDISI"	S.O. MESAGNE	S.O. S.PIETRO V.CO	totale
Branche a visita	312.348	15.248	58.986	386.582
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	6.595			6.595
Diagnostica per immagini - Radiologia	27.374	6.257	14.825	48.456
Medicina fisica e riabilitativa	11	4.311	11.506	15.828
Patologia clinica	309.167	165.748	101.085	576.000
totale	655.495	191.564	186.402	1.033.461

Per ciò che riguarda il P.O. di Brindisi si rileva una riduzione delle prestazioni ambulatoriali per esterni ad eccezione di quelle di Medicina Nucleare e Patologia Clinica, che nel complesso fanno registrare un aumento rispetto al 2011.

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

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. FRANCAVILLA F.	S.O. CEGLIE M.CA	totale
Branche a visita	113.319	24.451	137.770
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare			
Diagnostica per immagini - Radiologia	10.752	9.539	20.291
Medicina fisica e riabilitativa		4.748	4.748
Patologia clinica	332.702	156.173	488.875
totale	456.773	194.911	651.684

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

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. FRANCAVILLA F.	S.O. CEGLIE M.CA	totale
Branche a visita	93.644	2.720	96.364
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare			
Diagnostica per immagini - Radiologia	9.351		9.351
Medicina fisica e riabilitativa			0
Patologia clinica	333.207		333.207
totale	436.202	2.720	438.922

Per il P.O. di Francavilla Fontana si è rilevata una generale riduzione delle prestazioni erogate, anche generata dalla chiusura dello stabilimento ospedaliero di Ceglie Messapica.

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

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. OSTUNI	S.O. FASANO	S.O. CISTERNINO	totale
Branche a visita	55.928	52.279	811	109.018
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare				0
Diagnostica per immagini - Radiologia	12.108	4.520	5.726	22.354
Medicina fisica e riabilitativa	5.267		163	5.430
Patologia clinica	219.244	171.625	73.328	464.197
totale	292.547	228.424	80.028	600.999

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

Attività ambulatoriale per "esterni"	S.O. OSTUNI	S.O. FASANO	S.O. CISTERNINO	totale
Branche a visita	53.458	57.395		110.853
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare				0
Diagnostica per immagini - Radiologia	9.723	4.707		14.430
Medicina fisica e riabilitativa	5.013			5.013
Patologia clinica	254.212	206.353		460.565
totale	322.406	268.455	0	590.861

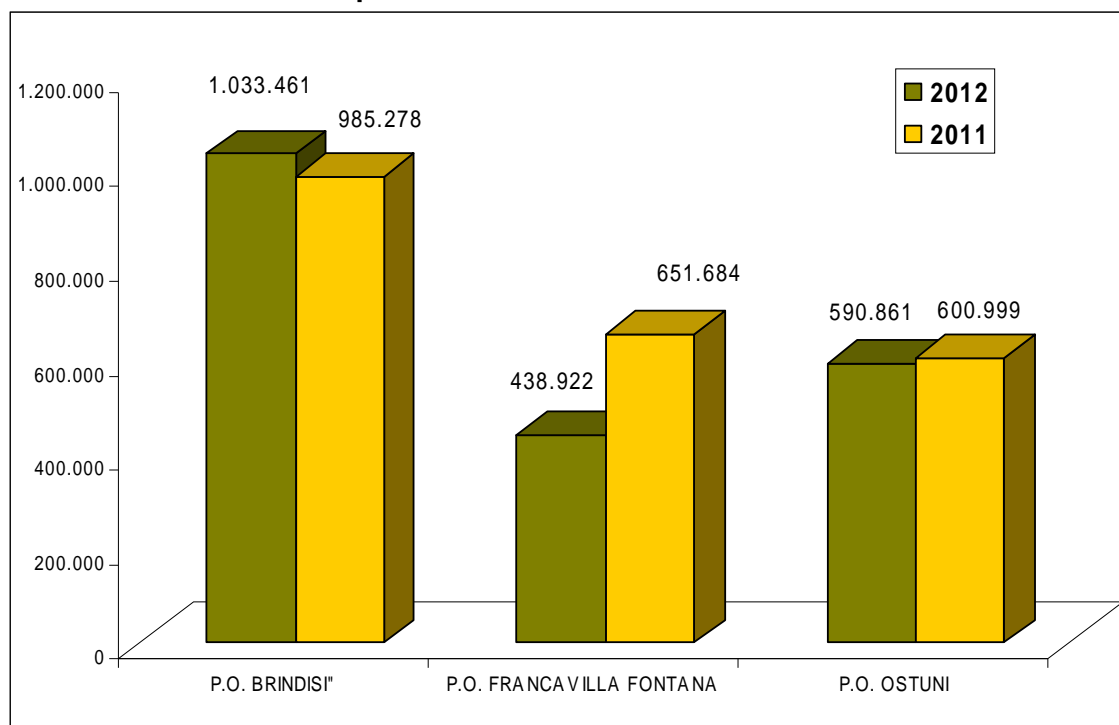
Fonte UCG

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

Il P.O. di Ostuni fa registrare una riduzione di circa 10.000 prestazioni, generata in gran parte dal calo della diagnostica per immagine - radiologia.

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

### Prestazioni ambulatoriali per P.O. - confronto anno 2011-2012



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

### Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali – Anno 2011

	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				
Attività ambulatoriale per “esterni”	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale
Branche a visita	97.201	43.195	43.053	91.203	274.652
Diagnostica per immagini - Radiologia	14.092	1.018	1.170	86	16.366
Medicina fisica e riabilitativa	29.244	599	2.717	3.559	36.119
patologia clinica	1.057	4.581	21.238	4.399	31.275
totale	141.594	49.393	68.178	99.247	358.412

### Prestazioni ambulatoriali specialistiche distrettuali e territoriali – Anno 2012

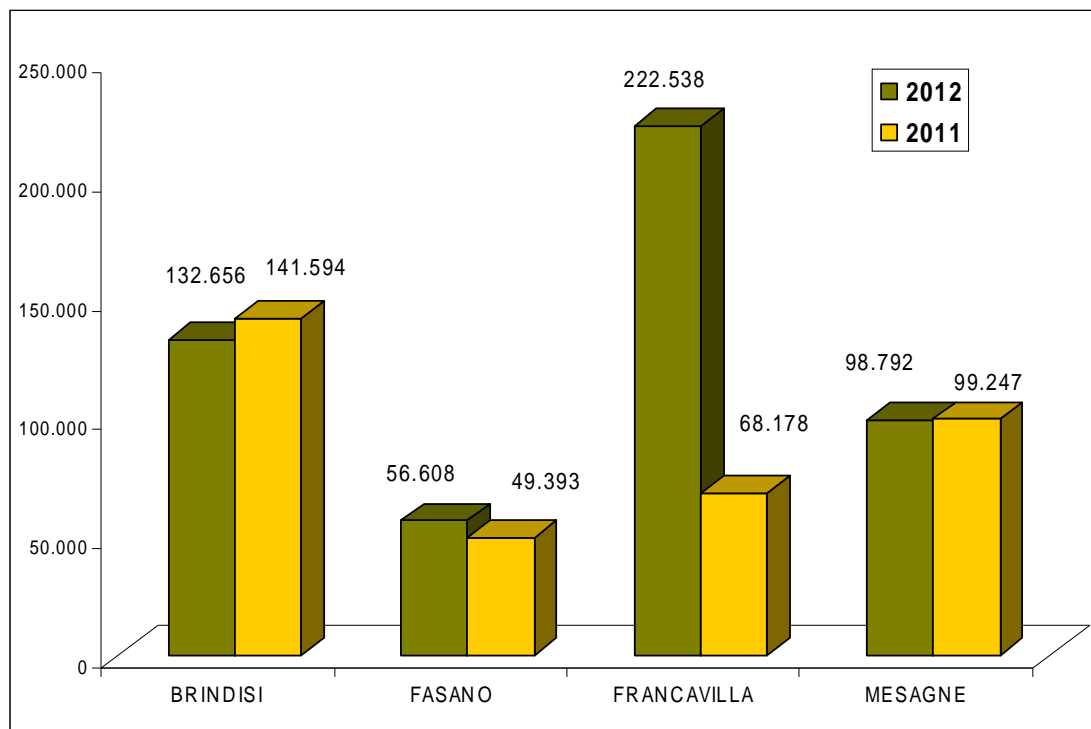
	Ambulatori territoriali e distrettuali per ubicazione sede principale distrettuale di riferimento				
Attività ambulatoriale per “esterni”	BRINDISI	FASANO	FRANCAVILLA	MESAGNE	totale
Branche a visita	89.615	42.809	60.879	87.855	281.158
Diagnostica per immagini - Radiologia	11.057	7.519	9.018		27.594
Medicina fisica e riabilitativa	31.948	684	11.743	7.071	51.446
patologia clinica	36	5.596	140.898	3.866	150.396
totale	132.656	56.608	222.538	98.792	510.594

Fonte UCG

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata sul territorio, nell'anno 2012 si registra un incremento delle prestazioni rispetto all'anno precedente.

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

### Prestazioni ambulatoriali per Distretto - confronto anno 2011- 2012



Fonte UCG

### **c) CURE PRIMARIE EROGATE**

#### **1. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale**

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

**MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) ANNO 2012**

<b>Distretto</b>	<b>MMG</b>	<b>ASSISTITI</b>	<b>PLS</b>	<b>ASSISTITI</b>	<b>TOTALE</b>
DSS n. 1	91	99.621	15	12.927	<b>108</b>
DSS n. 2	67	72.562	13	9.262	<b>80</b>
DSS n. 3	81	91.084	15	11.790	<b>94</b>
DSS n. 4	84	92.866	16	11.924	<b>100</b>
<b>TOTALI</b>	<b>323</b>	<b>356.133</b>	<b>59</b>	<b>45.903</b>	<b>382</b>

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

**MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ANNO 2012**

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

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, pone i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta nella condizione di governare i percorsi diagnostici terapeutici, favorendo la continuità e l'integrazione tra i diversi livelli di cura. In questo processo si integrano i Medici di continuità assistenziale e gli altri specialisti ambulatoriali presenti nelle strutture distrettuali.

**FORME STRUTTURATE DI ASSISTENZA PRIMARIA ATTIVE SUL TERRITORIO ANNO 2012**

<b>Medici</b>	<b>Gruppo</b>	<b>Rete</b>	<b>Associazione</b>	<b>Super Rete</b>	<b>Super Gruppo</b>	<b>CPT</b>	<b>Totali</b>
MMG	86	106	29	79	42	9	<b>351</b>
N° Assistiti	99.963	125.810	37.645	94.314	53.283	12.296	<b>423.311</b>
PLS	2	21	11	0	0	0	<b>34</b>
N° Assistiti	1.967	18.233	9.809	0	0	0	<b>30.009</b>

Si precisa che il totale dei medici partecipanti alle forme strutturate di assistenza primaria risulta maggiore del numero complessivo dei Medici di base convenzionati, così come riportati nelle

precedenti tabelle, in quanto i Medici inclusi nelle forme di associazionismo complesso (Super Rete e Super Gruppo) sono inclusi anche nelle forme di associazionismo semplice (Rete e Gruppo). Si conferma la tendenza positiva circa la costituzione di forme strutturate di assistenza primaria a crescente complessità organizzativa nell'ambito della medicina generale. L'associazionismo, nelle sue varie forme, ha prodotto ormai una cultura del "lavoro di gruppo" tra i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

## 2. Medici Specialisti ambulatoriali

L'offerta di prestazioni specialistiche presso le strutture sanitarie gestite dai Distretti Socio Sanitari (poliambulatori e consultori), o per l'assistenza domiciliare, viene integrata attraverso l'attivazione di rapporti convenzionali con i Medici Specialisti Ambulatoriali, con incarichi da svolgersi in numero ore.

### BRANCA E ORE COMPLESSIVE CONFERITE AL 31 DICEMBRE 2012

BRANCA	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	TOTALE ORE
ALLERGOLOGIA	68	0	0	0	68
ANGIOLOGIA	5	0	0	30	35
BIOLOGIA	30	30	0	60	120
CARDIOLOGIA	78	59	113	69	319
CH. GENERALE	25	0	0	0	25
CH. VASCOLARE	41	10	6	0	57
DERMATOLOGIA	33	18	23	31	105
ENDOCRINOLOGIA	18	18	11	76	123
DIABETOLOGIA	0	0	0	0	0
FISIOKINESITERAPIA	18	6	39	72	135
GASTROENTEROLOGIA	30	0	0	0	30
MEDICINA DELLO SPORT	26	12	10	46	94
MEDICINA NUCLEARE	72	0	0	0	72
NEFROLOGIA	10	0	0	0	10
NEUROLOGIA	24	14,50	20	47	105,50
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	22	10	10	0	42
OCULISTICA	16	91	26	36	169
ODONTOIATRIA	94	9	6	72	181
ORTOPEDIA	21	10	20	35	86
OSTETRICIA	47	0	0	27	74
OTORINO	6	18	0	24	48
PSICOLOGIA	30	0	0	0	30
PSICHIATRIA	10	0	0	0	10
PNEUMOLOGIA	0	0	0	36	36
RADIOLOGIA	46	0	0	0	46
REUMATOLOGIA	5	3	7	0	15
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	30	0	0	0	30
TOSSICOLOGIA	0	25	0	0	25
UROLOGIA	12	0	12	29	53
<b>TOTALE</b>	<b>817</b>	<b>333,50</b>	<b>303</b>	<b>690</b>	<b>2.143,50</b>

### 3.3 Analisi SWOT

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

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



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

#### **PUNTI DI FORZA**

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

#### **PUNTI DI DEBOLEZZA**

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

## 4. OBIETTIVI DEL PIANO

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

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

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

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

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

### 4.1 INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO

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

### 4.2 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

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

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

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

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

Nel corso dell'elaborazione degli obiettivi di *budget* per l'anno 2014 l'ASL di Brindisi orienterà la struttura del proprio Sistema di rendicontazione verso la razionalizzazione e la **riduzione delle ridondanze negli obiettivi** mantenendo un elevato grado di dettaglio nei relativi indicatori.

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

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

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

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

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

#### **4.3 CORRELAZIONE CON IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

In attuazione della L. 190/2012, l'ASL Brindisi ha adottato il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione con la deliberazione n. 181 del 30.01.2014. In occasione della stesura del Documento di *Budget* 2013, l'Azienda inserirà un obiettivo comune a tutti i Centri di Responsabilità in merito alla partecipazione degli operatori ad iniziative formative inerenti alle prescrizioni normative anticorruzione.

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



Per l'anno 2014 si intende implementare ulteriori obiettivi nel processo di *budget* che, in ottemperanza a quanto indicato dalla normativa vigente, realizzino un collegamento diretto e coerente fra responsabilità dirigenziale e rispetto della normativa anticorruzione. L'esplicitazione e la rendicontazione di tali obiettivi avrà luogo nella Relazione sulla *Performance* per l'esercizio di riferimento che sarà posta all'approvazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

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

#### **4.5 CORRELAZIONE CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Il Sistema di valutazione della *Performance* individuale sarà correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità concordati nel Documento di *Budget*. Saranno approntate apposite schede di valutazione individuale riportate nell'Area Amministrazione Trasparente del sito aziendale sezione Performance – Dati relativi ai premi e nel Documento di *Budget* 2014 sarà introdotto l'obiettivo comune a tutti i Centri di Responsabilità di definizione di obiettivi individuali per i collaboratori come da Tabella di seguito riportata.

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

#### **4.6 CICLO DELLA PERFORMANCE**

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

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

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

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

### Ciclo della *Performance*



## **ALLEGATI TECNICI**

- **Allegato 1: Scheda Obiettivi**
- **Allegato 2: Dato economico-finanziario**

## GRUPPO DI LAVORO

### **STRUTTURA TECNICA PERMANENTE**

Adriana CARROZZO	Area Gestione del Personale Coordinatore del Gruppo di lavoro
Domenica ARGESE	Presidio Ospedaliero A. Perrino
Gabriele D'ETTORE	Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
Paolo GIANNUZZI	Unità di Controllo di Gestione – U.V.A.R.
Prassede MARTINA	U.O. Qualità e Accreditamento
Ida SANTORO	Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale
Giuseppe SOLITO	Unità di Controllo di Gestione