

## RELAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE ESERCIZIO 2020

## Premessa

La presente relazione, che correda il bilancio di previsione esercizio 2020, è stata redatta in continuità con gli indirizzi regionali contenuti nel Programma Operativo 2016 – 2018 adottato con Deliberazione G.R. 6 febbraio 2018, n. 129, e con le ulteriori direttive emanate dalla regione per assicurare la sostenibilità e l'equilibrio economico del servizio sanitario regionale.

Il Programma Operativo 2016 – 2018, sviluppato in continuità con il “Piano di Rientro 2010 – 2012” approvato con la Legge Regionale n. 2/2011, ha dato stabilità al percorso di risanamento del sistema sanitario regionale, assicurando non solo il rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza del sistema dell'offerta sanitaria che si esprimeva nella erogazione di prestazioni inappropriate sia dal punto di vista economico che clinico - assistenziale.

Gli indirizzi generali del Piano di Rientro e dei successivi Programmi Operativi, hanno previsto un consistente ridimensionamento dell'assistenza sanitaria ospedaliera con la riclassificazione delle Strutture ospedaliere in Ospedali di Base, Ospedali di Primo e Secondo livello con una conseguente ridefinizione dei posti letto per acuti, che hanno riguardato anche le strutture ospedaliere Accreditate. Contestualmente, si è avuto un potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale con la riorganizzazione delle cure primarie secondo il Chronic Care Model, dei servizi distrettuali con la definizione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), dei percorsi di cura nell'area materno-infantile, della integrazione ospedale – territorio. Di grossa rilevanza, è stata in questi anni l'attivazione e lo sviluppo dei servizi dell'area sociosanitaria residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Nel contesto della programmazione regionale su richiamata, una particolare rilevanza assumono i provvedimenti di riordino della rete ospedaliera. Questi atti di programmazione regionale sono stati riassunti nel Regolamento Regionale 22 novembre 2019, n. 23, “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016 -2017”, che recepisce quanto approvato in via definitiva con Deliberazione G.R. 23.09.2019, n. 1726.

Con la citata DGR 1726/2019, la Regione Puglia ha provveduto a riapprovare i documenti relativi alle reti tempo – dipendenti e precisamente Rete trauma, Rete cardiologica e Infarto Acuto del Miocardio Sindrome Coronarica Acuta (Ima-SCA), Rete Stroke, rete dei punti nascita e rete neonatale, riportatiti nell'Allegato B, del medesimo provvedimento.

Oltre alle reti tempo dipendenti, nel corso dell'anno 2019 sono state attivate delle reti provinciali destinate ad alcune rilevanti malattie croniche che sono:

- a. la rete nefrologico-dialitica e trapiantologica Deliberazione di Giunta Regionale n. 1679 del 26/09/2018 e DDG n. 1097 del 5/08/2019.
- b. La rete oncologica della provincia di Lecce Deliberazione di Giunta Regionale n. 221 del 23/02/2017 e DDG n. 76 del 18/01/2019.
- c. La rete per la gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sulla popolazione (Rete aziendale per la malattia diabetica, per lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa, per le malattie respiratorie croniche e per le malattie neurodegenerative, tra queste la rete Parkinson e la rete per i CDCD (disturbi cognitivi e demenze).
- d. Il piano Aziendale per il governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e le prestazioni di ricovero ospedaliere DGR n. 735 del 18/04/2019 e DDG n. 1120 del 8/08/2019.

Notevole rilevanza assumono anche i provvedimenti regionali in ordine alla organizzazione dei servizi territoriali ed in particolare il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n. 7 “Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza”. A questo fine, sono stati attivati tutti i PTA previsti dalla programmazione regionale, prestando una particolare attenzione ai servizi per la cronicità e i servizi di ricovero in degenza residenziale (Ospedali di Comunità) già attivati nei PTA di Campi Salentina e Nardò e le residenze R1 di prossima attivazione. Ai fini della attivazione di questi servizi, un decisivo contributo è giunto dai finanziamenti regionali erogati con i fondi FESR.

Il Bilancio di Previsione 2020 costituisce lo strumento principale, nell'ambito del sistema di programmazione annuale e pluriennale, con il quale l'Azienda persegue la realizzazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie regionali, individuando, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi strategici aziendali e allocando le stesse alle diverse funzioni e Macrostrutture aziendali in relazione agli obiettivi operativi assegnati nel periodo di riferimento.

All'interno di tale sistema di programmazione, ed in coerenza con esso, trovano inoltre organico inquadramento tutte le attività finalizzate a formulare, rappresentare e comunicare ogni ulteriore strumento di programmazione, quale il “Piano della Performance” aziendale (D.Lgs 150/2009), nonché le iniziative finalizzate a garantire la trasparenza, la tracciabilità e la rendicontazione sociale di tutte le azioni amministrative della Azienda, coerentemente con le misure previste nel “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione” (L. 190/2012) e nel “Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità” (D.Lgs 33/2013) adottati con deliberazione del D.G. n. 143 del 31 gennaio 2014 e s. m. e i..

### **Piano strategico aziendale anno 2020**

Nel corso dell'anno 2019, questa Azienda, in ottemperanza agli indirizzi regionali, ha proseguito nell'azione di riqualificazione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria allineandola ai bisogni emergenti della popolazione di riferimento nel rispetto del vincolo economico di equilibrio di bilancio.

Le principali aree di intervento hanno riguardato:

- la progressiva attuazione del riordino della rete ospedaliera in applicazione del R.R. 10 marzo 2017, n. 7, con le modifiche introdotte dalla D.G.R. 28 giugno 2018, n. 1141, in ordine alla riorganizzazione degli Ospedali in particolare quelli definiti di Base come Casarano, Galatina e Copertino;
- il completamento della riconversione degli ospedali dismessi in Presidi Territoriali di Assistenza anche mediante l'utilizzo dei fondi FESR – POR Puglia 2014 – 2020 (Delibera D.G. n. 12 del 31 marzo 2016) e potenziamento dei servizi nelle altre strutture Distrettuali non sede di PTA;
- l'ampliamento dell'offerta nell'area dell'assistenza specialistica territoriale per il contenimento dei tempi di attesa attraverso l'allargamento dell'offerta specialistica proveniente dai servizi territoriali ed ospedalieri a gestione diretta e la ricontrattualizzazione dell'offerta prestazionale da parte delle strutture accreditate, ad invarianza dei tetti di spesa;
- l'ampliamento dell'offerta nell'area sociosanitaria (RSA, RSSA ed altre strutture residenziali e diurne) per far fronte ai crescenti bisogni assistenziali legati alla non - autosufficienza;
- il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna e per acquisto diretto, attraverso l'adesione alle procedure di gara effettuate dai Soggetti aggregatori regionali;
- la razionalizzazione della spesa per dispositivi medici e assistenza protesica anche attraverso l'adesione alle procedure di gara effettuate dai Soggetti aggregatori regionali, e la ricontrattualizzazione dei prezzi con i fornitori.

Tenendo conto delle azioni poste in essere e dei vincoli della programmazione regionale e nazionale (Legge di stabilità), di seguito si delineano gli indirizzi strategici aziendali per l'anno 2020, fatte salve possibili diverse determinazioni regionali conseguenti al superamento del Piano di rientro.



### a) Contesto geo-demografico

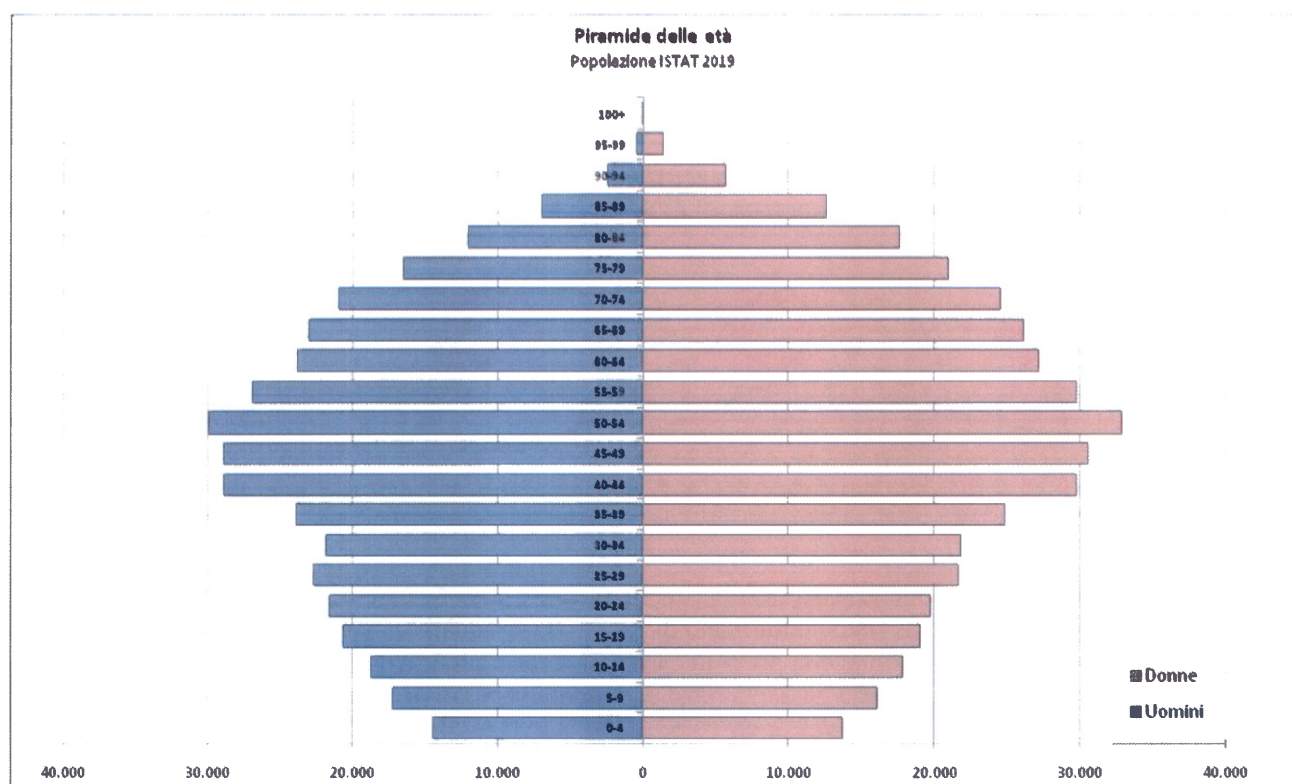
La ASL LE opera su un territorio coincidente con la provincia di Lecce, con una popolazione complessiva 795.134 ab. (fonte ISTAT al 1.1.2019) di cui 381.571 maschi e 413.563 femmine, distribuiti su 97 comuni raggruppati in 10 distretti sociosanitari.

La distribuzione della popolazione per distretto e fasce di età è riportata nella tabella seguente:

Distretto	N° Comuni	Popolazione (ISTAT 01/01/2019)	>64 anni	<15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul popolazione totale)
D.S.S. LECCE	10	178.986	40.391	23.253	173,70%	22,57%
D.S.S. CAMPI S.NA	8	86.289	21.792	10.300	211,57%	25,25%
D.S.S. NARDO'	6	92.850	21.308	12.133	175,62%	22,95%
D.S.S. MARTANO	10	47.795	12.269	5.435	225,74%	25,67%
D.S.S. GALATINA	6	59.540	14.992	7.097	211,24%	25,18%
D.S.S. MAGLIE	12	54.773	13.756	6.269	219,43%	25,11%
D.S.S. POGGIARDO	15	44.294	11.855	4.805	246,72%	26,76%
D.S.S. GALLIPOLI	8	73.717	17.577	9.202	191,01%	23,84%
D.S.S. CASARANO	7	71.950	16.503	9.439	174,84%	22,94%
D.S.S. GAGLIANO	15	84.940	20.736	10.035	206,64%	24,41%
<b>Riepilogo:</b>	<b>97</b>	<b>795.134</b>	<b>191.179</b>	<b>97.968</b>	<b>195,14%</b>	<b>24,04%</b>

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente ha registrato nel 2019 un decremento di n. 3.757 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere, confermando per Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un + 6.21% con un incremento della popolazione anziana (> 64 anni) di n. 3.018 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (<15 anni) di n. - 1.624 unità.

Di seguito è riportata la struttura demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce al 1.1.2019 distinta per sesso e classi di età (intervalli di 5 anni) da cui si può rilevare la tendenza verso un progressivo decremento della popolazione.

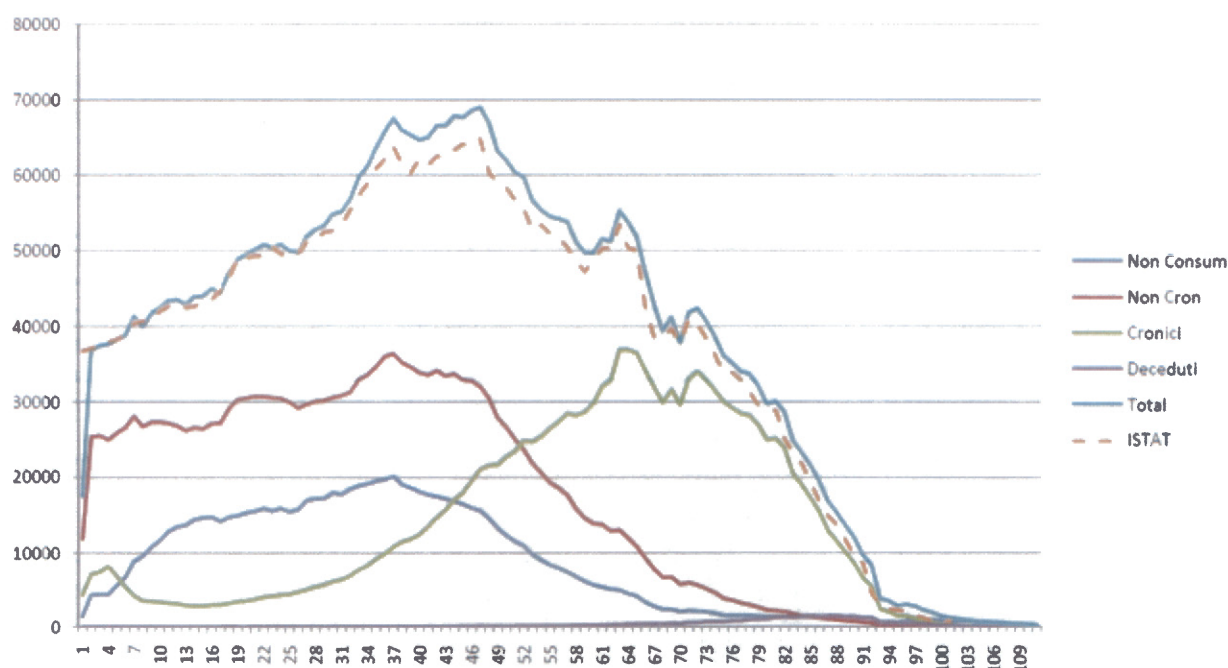


Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce, nel periodo 1999 – 2019. Un dato rilevante ai fini della programmazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari è connesso all'incremento della popolazione > 65 anni, che nel periodo in esame è aumentata di n. 60.447 ab. a fronte di una diminuzione di n. 30.969 ab. nella fascia di età 0-14.

Classi età	1999		2009		2019	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	128.937	16,17%	114.194	14,05%	97.968	12,32%
15-64	537.675	67,43%	536.167	65,98%	505.987	63,64%
65-74	78.826	9,89%	84.062	10,34%	94.544	11,89%
>75	51.906	6,51%	78.235	9,63%	96.635	12,15%
	<b>797.344</b>		<b>812.658</b>		<b>795.134</b>	

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta una costante crescita della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie legate alla cronicità e alla non – autosufficienza. Uno studio AReSS Puglia del 2015 ha evidenziato, infatti, come a fronte del 40% di incidenza della popolazione cronica corrisponda l'80% del consumo di risorse sanitarie.

#### Distribuzione degli assistiti per età anagrafica e cronicità (2015 fonte AReS)



Sulla base di queste considerazioni, il processo di programmazione posto in essere dalla regione Puglia intende proseguire lungo il percorso già avviato con il Piano di Rientro e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria mediante la prevenzione e la presa in carico precoce e proattiva della cronicità e la tendenziale deospedalizzazione della rete di offerta passando così da modelli superati di “medicina di attesa”, a strumenti innovativi quali la “medicina di iniziativa”.



## **b) Generalità sulla struttura organizzativa**

La struttura organizzativa dell'Azienda, oltre alle aree di gestione e gli uffici di staff della Direzione Generale, si articola nelle seguenti Macrostrutture raggruppate per Livelli Essenziali di Assistenza:

- Prevenzione: Dipartimento di Prevenzione.
- Assistenza Territoriale: n. 10 Distretti sociosanitari e i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Riabilitazione.
- Assistenza Ospedaliera: n. 6 Presidi Ospedalieri

Nel corso dell'anno 2019, la Direzione Strategica Aziendale, anche in conseguenza delle diverse direttive regionali in ordine alla rete ospedaliera e al numero di strutture complesse e semplici previsto per l'ASL di Lecce, ha avviato un percorso di revisione della Deliberazione n. 1926 del 9 agosto 2018, con la quale era stata approvata una prima organizzazione dipartimentale della ASL di Lecce.

Tale revisione è stata condotta secondo il principio della "organizzazione di rete" di cui costituiscono esempi concreti le reti per patologia tempo-dipendenti (trauma - infarto - ictus), la rete dell'emergenza neonatologica e pediatrica, la rete oncologica e nefrodilatica. In questo sistema la priorità organizzativa è la interconnessione delle strutture ospedaliere e, in generale, di tutti i servizi secondo un modello di "rete internodale" al fine di assicurare la presa in carico del paziente secondo un percorso assistenziale efficace e sicuro caratterizzato anche dall'appropriatezza del sito sanitario dove prendere in carico le patologie acute e croniche.

In questa visione organizzativa, il governo delle reti cliniche aziendali viene garantito prevalentemente da dipartimenti di natura "trasversale" aventi la missione di assicurare appropriatezza organizzativa e appropriatezza clinica dei percorsi di presa in carico, cura e assistenza mediante la adozione di protocolli operativi condivisi, buone prassi e linee guida.

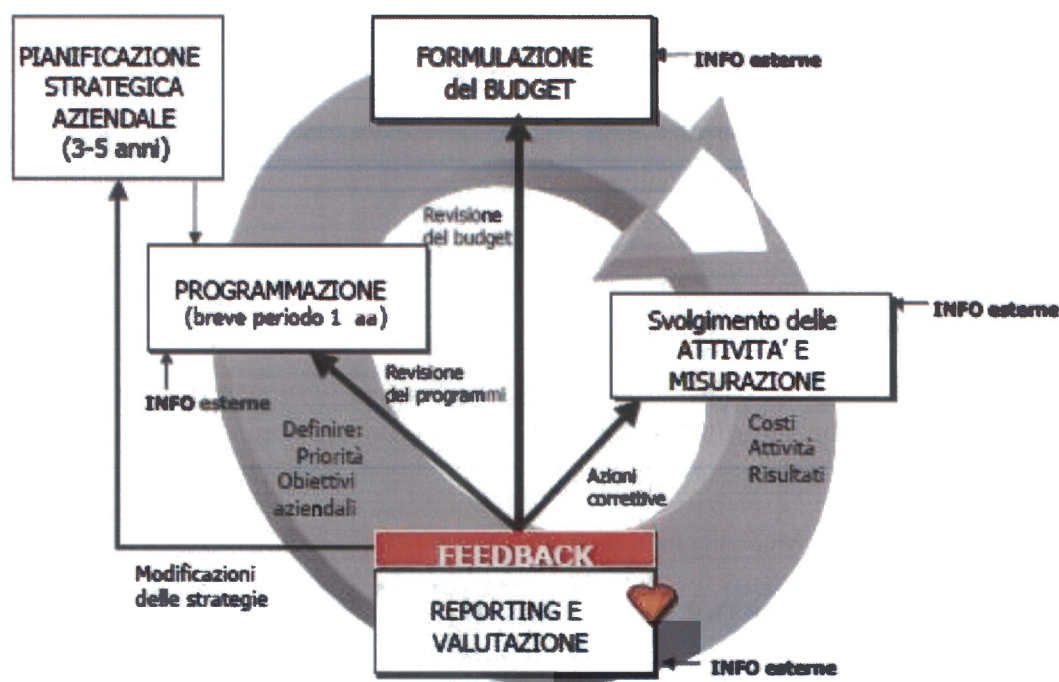
Allo stato attuale sono state individuate, oltre ai dipartimenti strutturali, previsti dalla programmazione nazionale e regionale, le reti cliniche di seguito riportate che verranno immediatamente attivate secondo il modello dipartimentale, ma che confluiranno in questi ultimi appena saranno costituiti.

- **Dipartimenti strutturali:** di regola previsti da specifiche norme nazionali e regionali, esercitano la propria autonomia operativa nell'ambito delle risorse assegnate secondo quanto previsto da specifici Regolamenti Regionali di settore:
  - Dipartimento di Prevenzione
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento della Riabilitazione (comprensivo ai fini funzionali delle strutture riabilitative accreditate e contrattualizzate con la ASL di Lecce)
  - Dipartimento Dipendente Patologiche
  - Dipartimento di Medicina Immunotrasfusionale
  - Dipartimento del Farmaco

- **Reti da organizzare in Dipartimenti funzionali:** assegnatari di obiettivi funzionali, esercitano la propria autonomia operativa secondo le modalità fissate dal Regolamento aziendale:

RETE	DIPARTIMENTO
Rete Cardiovascolare (IMA- SCA)	Dipartimento Cardiovascolare
Rete Medicine specialistiche	Dipartimento Medicine specialistiche
Rete Nefrologico-dialitica	Dipartimento Nefrologico-dialitico
Rete Ictus	Dipartimento Neuroscienze Testa Collo
Rete Oncologica	Dipartimento Oncologico
Rete Specialità chirurgiche	Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica
Rete Ortopedica e Traumatologica	Dipartimento Ortopedico e Traumatologico
Rete Neonatologica e Punti Nascita	Dipartimento Ostetrico Ginecologico
Rete Pediatrica	Dipartimento Pediatrico
Rete Emergenza Urgenza	Dipartimento integrato Emergenza-Urgenza
Rete Diagnostica di Laboratorio	Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
Rete Diagnostica Immagini	Dipartimento Diagnostica per immagini
Rete dei Servizi Distrettuali	Dipartimento Assistenza Territoriali
Rete Direzionale Governo Clinico	Dipartimento Governo Clinico
Rete Direzionale Indirizzo e Controllo	Dipartimento di Indirizzo e Controllo
Rete Direzioni Ospedaliere	Dipartimento Direzioni Ospedaliere

Sulla base della organizzazione dipartimentale sopra esposta è in corso di definizione il Piano dei Centri di Responsabilità individuati nelle Unità Operative Complesse (UOC) o Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) destinatarie di budget. Partendo dal Piano per le performance delle strutture Aziendali, verranno definiti gli obiettivi generali e specifici e individuati i necessari indicatori. Questi verranno attribuiti, a partire dal mese di Gennaio a tutte le strutture Dipartimentali, che avranno cura di definire il piano delle Attività, per le diverse articolazioni dipartimentali. L'Azienda Sanitaria opererà secondo i principi definiti da Anthony e Young per il ciclo di programmazione e controllo.





## 1) PREVENZIONE

Le attività di prevenzione vengono assicurate sul territorio di competenza mediante l'attuazione di specifici Programmi di screening oncologici e le attività afferenti alle UU.OO.CC. del Dipartimento di Prevenzione.

Il "Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018", adottato con DGR n. 1209 del 27.05.2015 in attuazione dell'Intesa Stato – Regioni 13.11.2014, e, successivamente, modificato e integrato con DGR n. 302 del 22.03.2016, da ultimo, la Giunta Regionale con Deliberazione n. 940 del 5 giugno 2018, ad oggetto "*DGR n. 302 del 22/3/2016 Piano Regionale della Prevenzione -Rimodulazione e proroga al 31/12/2019*", ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (P.R.P.) per l'anno 2018 e lo ha esteso, prorogando i termini temporali, all'anno 2019.

Il P.R.P. si declina in una serie di attività ed azioni derivanti dai dieci Macro Obiettivi: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili; Prevenire le conseguenze dei disturbi neuro-sensoriali; Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti; Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti; Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute – Acque potabili; Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie; Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli. I Macro Obiettivi in parte coincidono e comunque sono dei rafforzativi delle seguenti Macro-Aree di intervento: Promozione della salute; Salute e ambiente; Sicurezza alimentare; Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni; Screening; Sistemi di sorveglianza.

Il Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria fissa obiettivi, criteri ed indirizzi per la predisposizione ed attuazione del Piano Locale dei Controlli adottato annualmente dall'Azienda.

### *1.1 Dipartimento di Prevenzione*

In attuazione delle direttive regionali, al Dipartimento di Prevenzione, organizzato su due aree territoriali nord e sud della provincia, afferiscono i Servizi medici di Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione; i Servizi veterinari di Sanità Animale, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche.

Con l'adozione del citato Piano Regionale di Prevenzione, D.G.R. 302/2016 così come modificata ed integrata dalla D.G.R. 940/2018, e con l'approvazione del Piano la Regione dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, la Puglia ha definito, per i diversi Servizi ed in modo integrato, gli indirizzi e gli obiettivi strategici da raggiungere nel periodo di riferimento anche ai fini della valutazione ministeriale finalizzata alla certificazione LEA.

La Direzione Strategica della ASL LECCE, su istruttoria della Direzione del Dipartimento di Prevenzione, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1258 del 3/8/2019 "Approvazione del Piano Aziendale Attuativo del Piano Regionale della Prevenzione", ha programmato e pianificato le attività di competenza, dando consistenza al P.R.P. con proprie azioni e relativi indicatori.

### OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO 2020

Ferma restando la necessità di procedere, compatibilmente con i vincoli di bilancio, al potenziamento degli organici nell'area della prevenzione, costituiscono obiettivi specifici del Dipartimento di Prevenzione:

- Il rispetto degli standard ministeriali per le coperture vaccinali;
- L'effettuazione dei controlli finalizzati alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

- L'attuazione del Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in materia di Sicurezza alimentare e sanità veterinaria e del Piano Locale dei Controlli;
- Allineamento procedure dei controlli ufficiali al regolamento UE n. 625/2017;
- L'effettuazione dei controlli su alimenti per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale;
- Il mantenimento degli standard ministeriali di sanità veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucomi (O.M. 14/11/2006);
- L'attuazione del Piano Benessere Animale.

### *1.2 Potenziamento delle attività di Screening per le principali neoplasie*

La Regione Puglia con il citato “Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018” già rimodulato ed esteso al 2019 ha avviato un processo di riorganizzazione sul territorio regionale al fine di superare le criticità rilevate nella conduzione degli screening oncologici rispetto alle altre regioni italiane. Tale riorganizzazione ha previsto il potenziamento delle attività di coordinamento e monitoraggio a livello regionale e un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione delle singole aziende sanitarie sia nel procedimento di chiamata attiva che di presa in carico del paziente nel secondo livello di diagnosi. Inoltre, come evidenziato recentemente dai competenti Uffici regionali, nell'anno 2019 l'obiettivo fissato è stato quello di consolidare i risultati raggiunti nei programmi attivi in Puglia e di estendere la chiamata attiva alla popolazione target per lo screening del tumore del colon retto con miglioramento complessivo dei tassi di adesione per tutti gli screening oncologici. Detti Uffici tenuto conto che i lavori per l'elaborazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione sono stati già avviati ma non si sono conclusi, hanno ritenuto opportuno confermare per l'anno 2020, nelle more dell'adozione del nuovo PNP, il quadro degli obiettivi previsti dal piano regionale della Prevenzione per le attività di screening oncologici dando mandato a ciascuna Azienda Sanitaria Locale di garantire, per ciascuno dei tre screening attualmente attivi, il rafforzamento delle strutture deputate al coordinamento, alla organizzazione e governo dello screening e di quelle deputate all'erogazione delle prestazioni di primo, secondo e terzo livello.

#### ***Screening per i tumori del colon retto.***

Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (CCR) è parte integrante del Piano regionale della prevenzione, approvato con DGR n. 302/2016 e rimodulato con DGR n. 940. Il Piano regionale della prevenzione ha previsto tra l'altro, la messa a regime dello screening del CCR entro il 2019 assicurando la chiamata attiva della popolazione target. Esso prevede un intervento di screening organizzato di popolazione, controllato ed attivamente offerto alla popolazione maschile e femminile, compresa fra i 50 ed i 69 anni, mediante il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci su unico campione e senza restrizioni dietetiche, offerto una volta ogni due anni.

#### **Obiettivo:**

Ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o di lesioni precancerose.

Ottenere una adesione superiore all'80% della popolazione target della ASL Le (218.642 cittadini di età compresa tra i 50-69 anni).



## **Contesto attuale**

Con delibera DG n 67 del 18/01/2019 Approvazione della Rete Oncologica della Provincia di Lecce ai sensi della DGR 221/2017 ASLLE e considerata la particolare rilevanza che gli screening assumono per l'Azienda, è stato individuato un coordinatore unico.

L'Area Gestione del Patrimonio ha provveduto alla acquisizione di un autoanalizzatore Sentinel Fit 270 collocato Presso Laboratorio di Patologia Clinica Territoriale del Distretto di Lecce.

Per garantire maggiore efficienza al sistema, sarà realizzato un coordinamento unico per tutti gli interventi di screening (colon retto, mammella, cervico-vaginale). Svolgerà le funzioni di front-office e call-center, di segreteria. Provvederà all'invio lettere con gli appuntamenti, curerà la consegna dei referti, gestirà anche gli appuntamenti per gli esami di primo e secondo livello e curerà la raccolta e registrazione dei dati di attività. Il Centro screening, sarà dotato di personale formato e dedicato disporrà di un sistema informatico dedicato per la gestione, la raccolta ed elaborazione dei dati provenienti dal programma con un numero verde.

## **Programmazione**

Da Settembre 2019 - Dicembre 2019 Prima dell'avvio dell'intervento, è attivata una campagna informativa e comunicativa territoriale, periodicamente ripetuta, multimodale, basata sull'utilizzo della Rete, su spot radiofonici e televisivi, manifesti, locandine, opuscoli informativi, pieghevoli da inviare assieme alla lettera di invito ad eseguire il test ecc.. Tale campagna sarà rafforzata con incontri con MMG, incontri con la popolazione e il coinvolgimento di associazioni di volontariato ecc...

Verrà assicurata la formazione degli operatori a vario livello (Farmacisti, Segreteria, Medici Specialisti, ecc.) secondo un calendario concordato e condiviso con i responsabili, al fine di utilizzare in modo appropriato ed efficiente il programma informatizzato seguendone l'adesione.

Le lettere di invito conterranno l'appuntamento prefissato e chiare indicazioni di dove ritirare o eseguire il test, l'illustrazione delle caratteristiche, degli obiettivi ed i limiti del programma.

La distribuzione dei kit verrà effettuata dalle 240 Farmacie operanti nel Territorio Aziendale. Le stesse provvederanno al ritiro dei campioni e al loro trasporto alla struttura di Patologia Clinica Territoriale, sita presso la Cittadella della Salute.

Presso le farmacie vi sarà il ritiro dei Kit da parte dei cittadini. In caso di non risposta (test non ritirato) o di test inadeguato o non riconsegnato il cittadino verrà ricontattato o personalmente o per lettera o tramite il MMG al fine di sensibilizzarlo all'adesione o alla ripetizione del test eseguito.

Consegna dei referti negativi e richiami per approfondimenti diagnostici:

L'esito negativo viene comunicato per posta all'interessato; nella risposta negativa verrà indicata la necessità di rivolgersi al proprio Medico di medicina generale in caso di insorgenza di sintomatologia specifica.

In caso di positività la persona interessata verrà contattata telefonicamente (in caso di irreperibilità ripetuta, mediante lettera raccomandata o mediante il proprio Medico di medicina generale) per proporre un appuntamento immediato presso il Servizio di Gastroenterologia individuato come centro di II livello; qui verrà effettuata l'esecuzione della Colonscopia in sessioni dedicate o degli esami sostitutivi in caso di impossibilità ad eseguirla (come il Clisma Opaco con doppio contrasto).

L'esame colonscopico sarà preceduto da un approfondito colloquio di counselling con l'endoscopista, in cui verranno illustrate le modalità di svolgimento dell'esame, i vantaggi ed i limiti dello stesso, gli eventuali effetti collaterali, la possibilità di eseguirlo in narcosi ecc. .

Per il Secondo livello dello Screening del Colon Retto, gli esami colonscopici di approfondimento diagnostico, saranno eseguiti, con sedute dedicate, presso i Servizi di Gastroenterologia ospedalieri che potranno effettuare, se necessario, prelievi biotipici o asportazione di lesioni precancerose o francamente patologiche. Le sedi individuate sono i servizi di endoscopia digestiva del PO "Vito Fazzi" Lecce, PO Copertino, PO Galatina, PO Scorrano, PO Gallipoli e PO Casarano.

Il successo del programma di screening è legato al pieno coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e degli operatori che con lui collaborano come gli infermieri e i collaboratori di studio. Dovranno attivare un Ambulatorio d'iniziativa, come fatto in occasione dei programmi di vaccinazione, per favorire una interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) e i medici di base stessi con report trimestrali per verifica dell'adesione.

## ALTRE AZIONI A SOSTEGNO DELLA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON RETTO

Interventi a sostegno della diagnosi precoce e della prevenzione primaria dei tumori del colon-retto in sottogruppi di soggetti a rischio con agende dedicate.

- *Diagnosi precoce e prevenzione sui familiari di primo grado di persone affette da tumori del colon-retto* Un paziente con cancro del colon retto su venti ha una Sindrome di Predisposizione Ereditaria al CCR. (LINEE GUIDA AIOM2018). In considerazione della percentuale dei tumori Eredo-familiari del CCR nella popolazione della provincia di Lecce e la popolazione target sana (509 casi di CCR di cui oltre il 20% erodofamiliari -Registro Tumori Puglia-Sezione Lecce), fin dal giugno 2014 è attivo in ambito aziendale l'Ambulatorio "Prevenzione dei Tumori eredo-familiari", che ha lo scopo di individuare i soggetti ad alto rischio come da Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018. Il percorso dedicato ai tumori eredo familiari consentirà un intervento di offerta attiva di test diagnostici (colonscopia in prima battuta o FOBT in alternativa almeno 10 anni prima dell'età del caso indice), per coloro che abbiano un familiare di primo grado (genitori, figli) o due familiari di secondo grado (fratelli, nonni, zii) colpiti da carcinoma del colon-retto in età  $\leq$  a 69 anni. In una prima fase il programma riguarderà tutti i nuovi casi diagnosticati.
- Iniziative per favorire il ricorso alla colonscopia a scopo di diagnosi precoce e prevenzione nella fascia di età 70-74 anni L'elevarsi dell'incidenza di cancro del colon-retto con l'età, rende consigliabile una maggiore attenzione alla popolazione asintomatica anche in età avanzata, favorendo l'accesso ad una colonscopia per le persone che non l'hanno mai eseguita in passato; per effetto della Legge Finanziaria n. 388 del 23/12/2000, tali accertamenti sono esenti da partecipazione alla spesa da parte del cittadino esenzione E01. E' compito prevalentemente dei Medici di Medicina Generale sensibilizzare le persone in questa fascia di età che non hanno mai eseguito indagini sul colon o che le hanno eseguite da più di 10 anni, a sottoporsi ad una colonscopia una volta nella vita.
- Cittadini sintomatici in possesso di impegnativa per colonscopia priorità B, previa valutazione dell'appropriatezza della richiesta secondo linee guida AIOM 2018.

### **Screening Mammografico.**

Attualmente concorrono all'erogazione del test di screening di 1° livello (mammografia) i seguenti centri:

- U.O.S. di Senologia, Pad. Oncologico Lecce, (vengono chiamate le donne residenti nei DSS Lecce) 6 sedute settimanali
- PTA di Campi (donne residenti nel DSS di Campi) 3 sedute settimanali
- DSS di Martano (donne residenti nel DSS di Martano). 1 seduta settimanale
- PTA di Maglie, (donne residenti nei DSS, Maglie, DSS Galatina,) 4 sedute settimanali di cui 2 per Maglie e 2 per Galatina
- PTA di Nardò, (DSS Nardò). 2 sedute settimanali
- PO Copertino, (solo donne residenti a Copertino e Leverano) 1 seduta settimanale



- PO Gallipoli , (DSS Gallipoli) 3 sedute settimanali
- PTA di Poggiardo (DSS di Poggiardo) 2 sedute settimanali
- PTA di Gagliano del Capo, (DSS Gagliano). 3 sedute settimanali
- PO Casarano (DSS Casarano) 2 sedute settimanali

Ogni seduta è composta da 25 donne, le sedute settimanali sono 27, per cui settimanalmente vengono chiamate 675 donne.

Nel periodo maggio-giugno 2019, presso il Polo Oncologico di Lecce sono state screenate n. 6 donne residenti presso la casa circondariale di Lecce.

A tali strutture compete l'esecuzione della mammografia e dei richiami per approfondimento diagnostico conseguenti alla positività del test di screening.

Se necessario un ulteriore approfondimento diagnostico (biopsie, agoaspirato, RM MAMMARIA etc.) le donne vengono inviate presso la U.O.S. di Senologia del PO di Lecce ed in conferma del sospetto le donne con diagnosi di ca. mammario vengono prese in carico dalla Brest Unit, operativa nella ASL LECCE.

A coordinare il tutto è stata chiamata una segreteria aziendale di screening che si occupa dell'invio degli inviti, dei referti, organizzazione delle sedute di screening, punto informativo telefonico, appuntamenti per i II livello di approfondimento e molte altre funzioni di controllo e considerata una popolazione bersaglio di 115.541, negli anni, la percentuale di adesione agli screening è andata crescendo,

Nel 2014: 42,86% (n. adesioni 17.178/40.083 n. inviti)

Nel 2015: 56,52% (n. adesioni 12.999/22.997 n. inviti)

Nel 2016: 59,16% (n. adesioni 13998/23658 n. inviti)

Nel 2017: 75,46% (n. adesioni 19604/25978 n. inviti) ;

Nel 2018: 80,23% (n. adesioni 21806/27177n. Inviti);

Nel 2019: 80,18% (n. adesioni 11524/14372n. Inviti al 15/06/2019).

Anche la percentuale di Estensione delle donne allo Screening negli anni è cresciuta:

nel 2016: 32,48 % , nel 2017: 42,73%, nel 2018: 47,04%, nel 2019: 49,75% (\*estensione effettiva)<sup>1</sup>

## Obiettivi 2020

Per il 2020 Resta ferma la necessità di proseguire nel percorso tracciato, aumentando l'offerta al fine di incrementare il numero di donne chiamate, mantenendo elevati i livelli di adesione ottenuti.

---

1

\*come da indicatori per la valutazione della performance di screening del tumore alla mammella - OER Puglia - Relazione sulla stato della popolazione pugliese. Anni 2006-2011. Estensione effettiva=denominatore:1/2 della popolazione di 50-69 anni residenti nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.

Parallelamente all'attività di screening, si è operato anche al fine di riorganizzazione i percorsi e gli accessi per prestazioni senologiche legate a specifiche problematiche cliniche della donna. Facendo riferimento al progetto "Noi insieme a te per la Prevenzione" (DDG n.804 del 20 Luglio 2016), e alle linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo i criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sono stati assegnati specifici pacchetti di prestazioni di diagnostica senologica, coordinati tra loro utilizzati al fine di giungere tempestivamente ad una diagnosi definitiva proprio per la patologia mammaria.

Nello specifico sono state garantite:

- α) agende di primo accesso per donne che non abbiano mai eseguito esame mammografico, con pagamento ticket ;
- β) Visita, mammografia ed ecografia e successivi approfondimenti diagnostici per donne con sintomatologia mammaria, su richiesta del medico curante con priorità B (entro 10 giorni).
- χ) Mammografie per donne 45-49, gratuita ogni 18 mesi, con codice di esenzione D01.
- δ) Follow up di pazienti in trattamento per neoplasia, su richiesta del medico curante (codice 048).
- ε) Mammografia a donne sane, di età compresa tra i 20 e i 44 anni, donne che rinunciano allo Screening e donne sane con età superiore ai 70 anni. A queste è stato garantito l'accesso al programma di prevenzione con impegnativa del medico curante e con pagamento ticket.
- φ) Agende dedicate alle donne ad alto rischio per tumore della mammella (familiarità o portatrici di alterazione patogenetica)
- γ) Sono state assicurate le prestazioni dopo la prima visita, se il senologo per continuità assistenziale, ha ritenuto utile un ulteriore controllo e/o approfondimento, con "specificato dubbio diagnostico" e con pagamento ticket.

A partire dal 2020 anche gli uomini con familiarità per tumore della mammella o portatori di alterazione patogenetica potranno usufruire dei posti disponibili nelle agende alto rischio.

Sempre nel 2020 si prevede l'attivazione dell'agenda CORO per donne ammalate di tumore che non sia alla mammella e che l'oncologo ritiene opportuno eseguire mammografia.

### ***Screening per tumori Cervico Vaginali.***

Per lo screening Cervico-vaginale, attualmente i consultori familiari che eseguono l'esame pap-test sono 29 distribuiti su tutto il territorio dell'ASL Le, (15 per l'area nord e 14 per l'area sud della Provincia). Effettuato il prelievo, dai singoli centri i campioni vengono trasferiti prima al Distretto Sanitario di riferimento poi al Servizio di Citodiagnostica Aziendale in via di trasferimento presso la UOC di Anatomia Patologica del Presidio Ospedaliero di Gallipoli.

In caso di positività o dubbio diagnostico, l'esame colposcopico di approfondimento viene effettuato presso i centri di 2 livello ospedalieri e territoriali: U.O. di Ginecologia PO Vito Fazzi Lecce, U.O. Ginecologia PO Galatina, Ambulatorio Ginecologia Cittadella della Salute Lecce, Centro Colposcopia PO Casarano, Centro Colposcopia PO Scorrano, Centro Colposcopia PO Gallipoli.

La popolazione bersaglio nella fascia di età 25- 64 anni è di 224.256 donne. Gli inviti generati nel 2018 sono stati 49.823 e i pap test eseguiti 18.561 con il 37% di adesione e un numero di referti positivi pari a Positivi 279 (i referti inadeguati per motivi tecnici 416 quelli inadeguati ai fini oncologici ma positivi per processo flogistico in atto sono risultati pari a 1.870).



Il centro di coordinamento degli Screening è stato collocato a Maglie e in questa sede opera il personale incaricato del servizio di individuazione della popolazione eleggibile, invio degli inviti con appuntamento, con consegna dei referti.

### **Obiettivi 2020**

Per il 2020 tutte le equipe che coordinano i diversi programmi di screening verranno unificati in un unico centro e sarà rivista l'organizzazione nell'ottica di un miglioramento degli standard di adesione di estensione. Vi sarà l'implementazione del programma di screening cervico vaginale con la introduzione del HPV-DNA test per le donne di età compresa tra i 30 e i 64 anni in affiancamento al pap-test di I Livello.

Per l'attuazione di tale obiettivo si procederà alla revisione delle procedure finalizzate alla individuazione della popolazione bersaglio, escludendo quanti vaccinati per l'HPV, procedendo poi alla chiamata attiva. Particolare cura verrà riservata ai Professionisti in particolare al raccordo tra i laboratori che effettueranno i test di laboratorio, la citodiagnosi e il prelievo dei campioni.

## **2) ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'assistenza territoriale nella ASL LE viene assicurata dalle seguenti strutture:

1. N. 10 Distretti Socio-Sanitari di cui 5 sede di PTA (Presidio Territoriale di Assistenza)
2. Il Dipartimento di Salute Mentale
3. Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
4. Il Dipartimento di Riabilitazione
5. Il Dipartimento di Emergenza – Urgenza 118.

### **2.1) DISTRETTI SOCIO-SANITARI**

La programmazione regionale ha evidenziato l'importanza di coniugare la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento delle strutture territoriali in una logica di continuità assistenziale.

L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza.

Per quanto sopra, non può esserci un fattivo riordino dei servizi ospedalieri, con una riduzione dei posti letto per ricovero per patologie acute, senza un contestuale potenziamento dei servizi territoriali.

Questi devono necessariamente essere orientati verso diverse linee di intervento che sono:

1. Potenziamento dei servizi amministrativi, di accoglienza e di orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e socio sanitarie, anche attraverso la sperimentazione della Porta Unica di Accesso;

2. Potenziamento dei servizi specialistici, siano essi direttamente erogati che quelli assicurati da parte delle strutture Accreditate. Individuazione di misure efficaci per il governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero. Allargamento dell'offerta di prestazioni anche attraverso il potenziamento dei Day service e le Prestazioni Ambulatoriali Complesse.
3. Potenziamento dell'offerta di posti letto per il ricovero per periodi programmati di pazienti fragili, nel corso dei picchi di patologia stagionale o in dimissione protetta da strutture ospedaliere. Aumento dei posti letto dedicati a pazienti in stato vegetativo permanente (Strutture R1) o malati che necessitano di cure palliative (Hospice).
4. Potenziamento della medicina generale e la pediatria di famiglia, con l'attivazione di aggregazioni tra medici, all'interno di strutture messe a disposizione della ASL o delle Amministrazioni Comunali.

Sulla base di queste considerazioni la regione Puglia intende portare a regime il modello assistenziale di medicina di iniziativa, avviato in via sperimentale nel corso del 2012 secondo i principi del *Chronic Care Model*, con l'adozione del programma **Care Puglia 3.0**, attraverso un percorso che:

- *parta dalla definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,*
- *passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,*
- *alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,*
- *utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,*
- *completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.*

Come rilevato nella Relazione sulla performance 2018 - ASL LE, il tasso di ospedalizzazione complessivo della popolazione residente nella provincia di Lecce si attesta a n. 124,56 ricoveri x 1000 ab. (di cui 111,41 ordinari e 13.15 D.H.), un valore in linea con le regioni italiane più virtuose che registrano un tasso di ospedalizzazione inferiore al valore medio di n. 139 ricoveri x 1000 ab. Con riferimento all'anno precedente il tasso di ospedalizzazione aziendale complessivo registra una riduzione di 3,25 punti (con una riduzione di 1,64 sui ricoveri ordinari e di 1,60 su day hospital). Uno degli elementi più critici è la gestione delle cronicità, la cui prevenzione e terapia attengono proprio al livello territoriale dove l'efficacia indiretta delle cure primarie è misurabile attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza:

- Scompenso Cardiaco: Tasso di ospedalizzazione anno 2018 – ASL LE pari a n. 272,21 ricoveri per 100.000 ab. 50 – 74 anni, in linea con il valore medio regionale di n. 257,71 ricoveri);
- Diabete: Tasso di ospedalizzazione anno 2018 – ASL LE pari a n. 16,42 ricoveri per 100.000 ab. 35 – 74 anni, la migliore performance tra le aziende della regione Puglia che registra un valore medio pari a 42,25;
- Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO): Tasso di ospedalizzazione anno 2018 – ASL LE pari a n. 38,18 ricoveri per 100.000 ab. 50 – 74 anni, al di sotto del valore medio regionale di 51,56 ricoveri.



Obiettivo prioritario diviene, pertanto, il potenziamento dei servizi in day service per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di area medica, in particolare per le patologie sociali inserite nel piano nazionale per la cronicità proposto dal Ministero della Salute in Conferenza Stato – Regioni del 16 settembre 2016.

Nel corso del 2019 la Direzione aziendale ha operato nel perseguimento degli indirizzi regionali lungo le direttrici principali:

- investimenti infrastrutturali della rete dei servizi sanitari territoriali (Piano investimenti FESR 2014 - 2020) finalizzati prioritariamente a:
  - completare la riconversione degli ospedali dismessi adeguandoli al modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza definiti nel R.R. 21.01.2019, n. 7;
  - potenziare strutture e attrezzature delle Cittadelle della Salute di Lecce e Gallipoli;
  - attuazione del progetto di percorso “ROSA” dedicato alla prevenzione e cura delle patologie tumorali della sfera femminile;
  - attuazione del progetto di telemedicina per il potenziamento dell’assistenza domiciliare;
  - completamento e ampliamento della rete ecocardiografica territoriale;
  - implementazione rete aziendale per lo screening del colon retto;
  - adeguamento tecnologico degli ambulatori presso la Casa Circondariale di Lecce.

Il suddetto Piano degli investimenti è stato aggiornato con riferimento al triennio 2020 – 2022 come riportato nell’allegato E) del presente bilancio di previsione.

Le principali azioni poste in essere nel corso dell’anno 2019 hanno riguardato:

- Rafforzamento delle funzioni di governo clinico e presa in carico della cronicità finalizzate all’abbattimento del tasso di ospedalizzazione;
- Sviluppo dell’assistenza domiciliare integrata anche in attuazione degli accordi di programma sottoscritti con gli Ambiti territoriali per l’utilizzo delle risorse PAC;
- Raccordo con gli Ambiti territoriali e il Servizio Sociosanitario aziendale al fine di assicurare:
  - il pieno funzionamento delle strutture per l’accesso alla rete dei servizi sociosanitari (PUA e UVM);
  - la completezza e attendibilità dei flussi informativi relativi all’assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale mediante la registrazione dei dati nel sistema informativo regionale EDOTTO;
- Governo dei tempi di attesa, mediante il Piano Aziendale adottato con Deliberazione D.G. n. 1120 dell’8 agosto 2019, in attuazione della L.R. n. 13/2019 e della DGR n. 735/2019;
- Attivazione/potenziamento dei day service medici e chirurgici con individuazione degli specialisti di riferimento e attivazione dei nuovi pacchetti approvati dalla regione;
- Potenziamento dei controlli sulla spesa farmaceutica mediante l’attività delle Commissioni Appropriatazza Prescrittiva Distrettuali (D.D.G. n. 51 del 6 aprile 2016);
- Razionalizzazione della spesa protesica.

## OBIETTIVI DELL’ESERCIZIO 2020

In coerenza con la programmazione regionale su richiamata, di seguito si riportano gli obiettivi assegnati ai Distretti Sociosanitari:

- Piena attuazione del Piano Aziendale per il governo dei tempi di attesa;

- Potenziamento della presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso, BPCO, ipertensione) secondo gli indirizzi regionali del programma “Care Puglia 3.0”;
- Miglioramento delle procedure di accesso e presa in carico sia per l'attività di specialistica ambulatoriale in day service che per l'assistenza sociosanitaria in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare;
- Implementazione/completamento dei Presidi Territoriali di Assistenza in attuazione del Piano aziendale di investimenti infrastrutturali FESR 2014 – 2020;
- Attuazione del “Progetto aziendale di formazione-audit” per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale;
- Razionalizzazione della spesa protesica;
- Attuazione del percorso nascita in integrazione con i reparti ospedalieri di ostetricia e pediatria;
- Monitoraggio delle attività distrettuali mediante il tempestivo e completo inserimento dei dati nel sistema informativo regionale EDOTTO;
- Attivazione reti Territoriali Integrate con gli Ospedali secondo gli indirizzi della direzione strategica.

Tali obiettivi verranno dettagliatamente articolati nel Piano triennale della Performance 2020 – 2022, da adottare entro il 31 gennaio 2020.

### **Assistenza Domiciliare Integrata**

Nel corso dell'anno 2019 si è proceduto ad un consolidamento dell'attività di assistenza domiciliare rispetto all'anno precedente che registrava una copertura del servizio (Fonte FLS 21) pari a 5,43% degli anziani ultrasessantacinquenni, ed un superamento di 1.43 punti dello standard fissato dalla regionale (4%) .

L'assistenza Domiciliare nella ASL Lecce è oggi assicurata:

1. Dalle equipe distrettuali;
2. Dai Medici di Medicina Generale, per il tramite delle infermiere che operano presso gli ambulatori medici;
3. Dalle Associazioni di volontariato, in particolare per l'ADI Oncologica;
4. Da ditte private, in particolare per l'Assistenza domiciliare di terzo livello, riservata prevalentemente a pazienti con gravissime patologie molte delle quali interessanti il Sistema Nervoso Centrale, Periferico e i principali organi o apparati.

Per l'anno 2020 si conferma l'obiettivo target già raggiunto nel 2019. Saranno comunque dettate nuove linee guida in materia di acquisizione di prestazioni sanitarie da privato, in particolare per l'ADI di terzo livello.

### **Assistenza sociosanitaria**

Gli indirizzi regionali e gli obiettivi di servizio già fissati negli atti di programmazione regionale individuano l'integrazione sociosanitaria tra le azioni strategiche prioritarie per lo sviluppo dell'assistenza territoriale anche mediante l'incremento dell'offerta di posti/utente per le strutture ed i servizi connessi ai LEA sociosanitari.

In particolare, la Regione Puglia, con l'emanazione dei Regolamenti Regionali n. 4 e n. 5 del 2019, ha inteso disciplinare ex novo il settore relativo all'assistenza residenziale e semiresidenziale in favore di soggetti non autosufficienti e disabili, riorganizzando le prestazioni sociosanitarie relative alle strutture di cui al R.R. 4/2007 (ex artt. 57, 58, 60, 60 ter. e 66) e al R.R. 3/2005 (RSA e RSA diurno Alzheimer).



L'attuazione di quanto sopra è legata all'imminente approvazione dell'atto ricognitivo regionale di tutte le strutture sopra specificate con il quale verranno stabiliti i relativi fabbisogni e regolamentate le modalità di stipula degli accordi contrattuali.

Per quanto detto, nel rispetto degli indirizzi regionali, fatte salve eventuali diverse disposizioni conseguenti all'adozione da parte della Giunta Regionale delle indicazioni operative relativi ai nuovi regolamenti, di seguito si riportano le previsioni di spesa per l'anno 2020 per le diverse tipologie di assistenza afferenti all'Area Sociosanitaria.

#### Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

##### - Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali (RSSA)

Nel corso dell'anno 2019, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 14 Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA) per un totale di n. 551 posti letto a fronte di un fabbisogno determinato sullo standard regionale di 7 p.l. per 10.000 pari a n. 569.

Occorre rilevare che la spesa complessiva per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle RSSA, corrispondente al 50% della retta stabilita dalla Regione Puglia. La stima dei costi di seguito riportata è stata effettuata sulla base della tariffa giornaliera determinata dalla Regione per le RSSA con autorizzazione definitiva pari ad € 92,90:

Alla luce di quanto sopra si ritiene congruo prevedere, per l'anno 2020, una spesa complessiva a carico della ASL pari ad € 9.061.538,20 stimata su un utilizzo medio del 97% dei 551 P.L. contrattualizzati.

#### ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI NELLE RSSA DELL'ASL LECCE – Previsione ANNO 2020

Denominazione	Sede	Posti letto	Giornate anno	Quota sanitaria	Spesa anno 2020 (su utilizzo del 97% P.L.)
Ispe -Linneo e Angelina Varese	Maglie	72	25.492	46,45	1.184.084,82
Ispe -Marangi Crispino	Lecce	72	25.492	46,45	1.184.084,82
Ispe -Padre Pio	San Pietro in Lama	15	5.311	46,45	246.684,34
Santa Rita	Alezio	78	27.616	46,45	1.282.758,56
Associazione Casa Serena	Matino	54	19.119	46,45	888.063,62
Fondazione Filograna	Casarano	34	12.038	46,45	559.151,17
Villa Iris	Trepuzzi	24	8.497	46,45	394.694,94
Villa Iris Fulgenzio	Lecce	23	8.143	46,45	378.249,32
Villa Modoni	Sogliano Cavour	49	17.348	46,45	805.835,50
Giada	Trepuzzi	44	15.578	46,45	723.607,39
La Fontanella	Soletto	30	10.622	46,45	493.368,68
San Giorgio	Gagliano del Capo	28	9.913	46,45	460.477,43
Villa Elena	Castri di Lecce	11	3.895	46,45	180.901,85
Villa Rosa	Copertino	17	6.019	46,45	279.575,58
<b>Totale anno 2020</b>		<b>551</b>	<b>195.082</b>		<b>9.061.538,00</b>

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

L'ASL di Lecce ha, attualmente, in essere rapporti contrattuali con sei RSA ubicate rispettivamente in Montesardo di Alessano, Campi, Copertino, Casarano, Taviano e Gagliano del Capo.

Le RSA di Montesardo, gestita in convenzione da Euroitalia e la RSA di Campi, gestita in convenzione dal Consorzio S. Raffaele, sono strutture di proprietà di questa Azienda e hanno rispettivamente una capacità ricettiva di 60 posti letto con moduli dedicati ai pazienti affetti da M. di Alzheimer per i quali vengono erogate anche prestazioni a ciclo diurno.

Anche la RSA di Copertino è una struttura di proprietà di questa Azienda, gestita in convenzione dall'Azienda Pubblica "Istituto Europeo per i Servizi alla Persona" (ISPE), con una capacità ricettiva di n. 58 posti letto.

La R.S.A "Villa Armonia" di Taviano (LE), con capacità ricettiva di n. 40. p.l., di cui 20 per pazienti affetti da Alzheimer, e la RSA "Euroitalia" di Casarano (LE), con capacità ricettiva di n. 42 p.l., di cui 10 per pazienti affetti da Alzheimer, contrattualizzate nei limiti di un tetto di remunerazione annuo complessivo ed invalicabile corrispondente al 95% della potenzialità erogativa massima rinveniente dai posti letto accreditati in regime residenziale (modulo ordinario e modulo Alzheimer).

La RSA per disabili "San Giovanni de' Matha", sita in Gagliano del Capo (Le), accoglie utenti già in carico presso strutture ex art. 26 della Legge 833/78 ritenuti dimissibili ed eleggibili in RSA ai sensi dell'art. 2, lettera c del R.R. n. 8/2002. Con l'accordo rinnovato nell'anno 2016 è stata acquisita la piena disponibilità dei posti letto accreditati pari a n. 40 posti letto in regime residenziale e una parziale disponibilità n. 20 posti letto in regime semiresidenziale. I volumi massimi di attività contrattualizzati corrispondono a n. 14.600 giornate di degenza in regime residenziale e n. 5.200 giornate di frequenza in regime diurno.

La previsione di spesa complessiva per l'anno 2020, tenendo conto delle considerazioni su richiamate e degli accordi contrattuali in essere con le suddette RSA è pari a € 8.684.134,06 di cui € 477.750 per prestazioni a ciclo diurno.

- Assistenza Residenziale e semiresidenziale per Disabili

Altre strutture sociosanitarie (Comunità socio-riabilitative, RSSA per disabili, Case famiglia o Case per la vita per persone con problematiche psico-sociali, Centri diurni socio-educativi e riabilitativi):

Per far fronte alla crescente domanda di assistenza residenziale e semiresidenziale in favore di disabili gravi senza il necessario supporto familiare e pazienti psichiatrici stabilizzati, nel corso dell'anno 2019 si è fatto ricorso alle strutture sociosanitarie di cui agli artt. 57, 58, 60, 60ter, 70 e 70 bis del R.R. 4/2007 (Comunità socio-riabilitative, RSSA per disabili, Centri diurni socio-educativi e riabilitativi, Centri diurni integrati per demenze, Case famiglia o Case per la vita per persone con problematiche psico-sociali a bassa e media intensità assistenziale).

Nelle more della piena attuazione dei regolamenti regionali n. 4 e 5 del 2019 sopra richiamati, strumento indispensabile per la stipula di accordi contrattuali su base aziendale, tenuto conto degli indirizzi della programmazione regionale, si ritiene congruo formulare la seguente previsione di spesa per l'anno 2020, a copertura delle quote di rilievo sanitario:

- assistenza c/o Case per la Vita a bassa intensità assistenziale dimensionata su 0,4 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 12.410 giornate annue, con una previsione di spesa di € 344.005,00.
- assistenza c/o Case per la Vita a media intensità assistenziale dimensionata su 3,1 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 90.885 giornate annue, con una previsione di spesa di € 6.964.518,00.



- assistenza c/o Comunità socio-riabilitative dimensionata su 1,2 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 35.770 giornate annue, con una previsione di spesa di € 1.612.011,00;
- assistenza c/o RSSA per disabili dimensionata su 0,6 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 18.615 giornate annue, con una previsione di spesa di € 655.248,00.
- assistenza c/o Centri diurni socio-educativi e riabilitativi dimensionata su 7 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 145.600 giornate annue, con una previsione di spesa di € 4.531.072,00.
- assistenza c/o Centri diurni integrati per demenza (art. 60 ter r.r. 7/2010) dimensionata su 2,9 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 66.701 giornate annue, con una previsione di spesa di € 2.123.090,00.

La succitata previsione di spesa è stata formulata sulla base dell'attività relativa agli inserimenti nelle strutture sociosanitarie nell'anno 2019 corretta in modo da garantire equità nell'accesso alle prestazioni nei diversi territori aziendali.

A questo fine, è stata ridefinita la metodologia operativa per garantire ai cittadini la fruizione dei diversi servizi. Nel dettaglio:

- Il Distretto di riferimento sulla base della richiesta formulata dal cittadino o dal MMG/PLS effettuerà la valutazione multidimensionale, seguendo la regolamentazione regionale in materia. Da questa definirà un Piano Individualizzato di Trattamento e individuerà con il cittadino o suoi caregiver la struttura ritenuta idonea. Il distretto Trasmetterà questa documentazione all'area Socio Sanitaria.
- L'Area Socio Sanitaria fatte le necessarie verifiche predisporrà la determina di invio del paziente presso la struttura e monitorerà su scala Aziendale l'andamento dei servizi. Individuerà, di concerto con la Conferenza dei Direttori di Distretto le eventuali Azioni Correttive necessarie nel corso dell'esercizio 2020
- Il Distretto effettuerà nel tempo le necessarie verifiche dei livelli di funzionamento delle strutture e, ricevute le fatture per il pagamento delle prestazioni, provvederà alla liquidazione.

Si riporta di seguito la tabella indicante il limite di spesa assegnato ai singoli Distretti, confermando i livelli di spesa sostenuti nell'anno 2018

Previsione anno 2018		Centri Diurni socio-educativi Art. 60				Centri Diurni per demenze Art. 60 ter				Casa per la vita Art. 70				Casa per la vita Art. 70 bis				Comunità socio-riabilitative art. 67				RSSA disabili art. 68				Totale		
Distretto	Popolazione residente 01.01.2018	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa	utenti	GG degenza/ presenza	Spesa
Campi Salentina	87.937	98	10.000	€ 400.200,00	16	4.800	€ 182.784,00	1	365	€ 10.117,00	25	9.125	€ 690.340,78	8	1.825	€ 82.252,75	2	730	€ 26.696,00	107	91.825	€ 1.439.380,90						
Casarano	73.308	34	8.840	€ 275.108,00	18	5.400	€ 171.882,00	1	365	€ 10.117,00	20	10.220	€ 783.180,60	4	1.480	€ 65.882,00	4	1.460	€ 61.392,00	89	17.625	€ 1.387.453,46						
Gagliano del Capo	86.267	42	10.920	€ 339.936,00	26	8.400	€ 267.372,00	1	365	€ 10.117,00	24	8.760	€ 671.270,00	29	10.560	€ 477.068,00	9	3.285	€ 115.632,00	133	33.560	€ 1.981.290,96						
Gallipoli	80.673	39	10.140	€ 319.890,00	15	4.500	€ 143.235,00	2	730	€ 20.235,00	13	4.745	€ 363.600,35	4	1.460	€ 65.882,00	9	3.285	€ 115.632,00	82	20.118	€ 1.024.070,96						
Gallipoli	74.911	39	10.140	€ 319.890,00	36	10.800	€ 354.216,00	12	4.380	€ 121.413,00	18	6.870	€ 683.400,10	3	1.095	€ 49.301,05	4	1.460	€ 61.392,00	111	27.675	€ 1.375.358,15						
Lecce	179.992	98	26.480	€ 792.937,00	27	8.100	€ 267.823,00	2	730	€ 20.235,00	33	12.845	€ 923.080,35	10	6.935	€ 212.890,45	6	2.190	€ 77.008,00	186	42.430	€ 2.383.668,88						
Maglie	88.317	25	8.800	€ 262.280,00	13	3.900	€ 126.137,00	1	365	€ 10.117,00	27	13.805	€ 1.034.880,15	2	730	€ 32.901,10	2	730	€ 26.696,00	90	12.235	€ 1.430.020,05						
Martano	48.679	37	9.620	€ 299.374,00	8	2.400	€ 76.292,00	1	365	€ 10.117,00	3	1.095	€ 51.900,85	2	730	€ 32.901,10	2	730	€ 26.696,00	83	13.645	€ 628.391,18						
Nardo'	93.835	82	16.120	€ 881.664,00	40	12.000	€ 381.960,00	0	3.285	€ 91.060,25	24	6.760	€ 671.270,00	8	2.920	€ 121.604,40	6	2.190	€ 77.008,00	140	36.810	€ 1.854.645,00						
Poggiardo	45.612	20	5.200	€ 161.824,00	13	3.900	€ 126.137,00	2	730	€ 20.235,00	17	6.205	€ 478.480,15	11	4.015	€ 180.940,05	2	730	€ 26.696,00	65	14.575	€ 988.337,86						
Totale provincia	894.239	484	118.040	€ 3.672.404,05	213	63.900	€ 2.033.937,00	32	11.600	€ 323.700,00	222	81.630	€ 6.209.320,90	87	31.795	€ 1.421.187,05	46	16.790	€ 601.008,00	1.054	251.290	€ 14.362.940,96						

## Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica

L'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica è stata mantenuta come tale nella ASL di Lecce. Detti professionisti operano in diverse articolazioni aziendali come DSM, Dipendenze Patologiche, Riabilitazione, Integrazione Socio Sanitaria, Assistenza Distrettuale. I Professionisti assicurano le seguenti attività:

psicodiagnosi; psicologia clinica; ricerca in campo psicologico e psicoterapico; psicoterapia; prevenzione e riabilitazione, nonché attività di supporto. Presso i Distretti Sanitari il servizio di Assistenza Psicologica assicura risposte appropriate ed efficaci al bisogno di benessere psicologico attraverso le funzioni di: psicologia ambulatoriale e domiciliare emergenziale. Assicura, inoltre, la funzione di filtro volta ad orientare l'utenza verso forme appropriate di presa in carico, anche al fine di ridurre il ricorso ai ricoveri impropri in ospedale e nelle strutture residenziali territoriali. La UOC assicura il coordinamento del lavoro dei Dirigenti Psicologi, con particolare attenzione alle attività pluriprofessionali integrate nelle equipe operanti nell'intero territorio dell'Azienda Sanitaria. Per questo motivo la Struttura Complessa è stata collocata nel Dipartimento delle Direzioni sanitarie.

## **2.2) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Il Dipartimento di Salute Mentale comprende una rete di strutture territoriali, ospedaliere, residenziali e a ciclo diurno che consentono di assicurare, sull'intero territorio aziendale, la continuità terapeutica basata sulla presa in carico degli utenti attraverso percorsi multidisciplinari.

### **a) Centri di Salute Mentale**

Per l'anno 2020, si conferma la programmazione del D.S.M., compatibilmente con le risorse disponibili, che prevede un progressivo avvicinamento all'obiettivo regionale con l'apertura h/12 dei Centri di Salute Mentale anche mediante l'accorpamento di alcuni CSM su base sovradistrettuale: CSM Lecce; CSM Campi; CSM Nardò – Galatina; CSM Martano – Maglie – Poggiardo; CSM Gagliano del Capo; CSM Casarano – Gallipoli.

### **b) Riabilitazione psicosociale**

Le attività di riabilitazione psicosociale costituiscono l'insieme delle cure intermedie, residenziali e diurne, che dovrebbero assicurare, con diverso grado di intensità assistenziale, il graduale passaggio degli utenti verso la rete delle strutture sociosanitarie ovvero il reinserimento nelle comunità locali.

L'Accordo della Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013, nel Documento "Le strutture residenziali psichiatriche" ha individuato l'intera filiera delle strutture, distinte per intensità riabilitativa ed assistenziale offerta, prevedendo tipologie a carattere intensivo, estensivo e per interventi socio-riabilitativi.

Nelle more del pieno recepimento delle direttive su richiamate, l'attuale normativa regionale prevede nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali, le seguenti tipologie di trattamento in relazione al livello di intensità assistenziale:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti sono erogati nell'ambito delle strutture di cui al R.R. n. 7/2002, come modificato dal R.R. n. 11/2008 e sono a totale carico del SSR;
- b) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. I trattamenti sono erogati nell'ambito delle Case per la vita a media e bassa intensità assistenziale, di cui all'art. 70 del R.R. n.4/2007, con la previsione a carico del SSR di una compartecipazione della spesa rispettivamente del 70% e 40%.

Con Deliberazione DG n. 1800 del 31 luglio 2018 è stato determinato il fabbisogno triennale delle strutture riabilitative psichiatriche, redatto ai sensi della DGR n. 2711/2014.



Il DSM assicura parte di queste attività con le seguenti strutture a gestione diretta:

- n. 4 Comunità Riabilitative Residenziali Psichiatriche (C.R.A.P.).
- n. 6 Strutture Riabilitative Diurne (C.D.), collegate ai C.S.M. di riferimento.

Per entrambe le tipologie di strutture a gestione diretta (C.R.A.P. e C.D.), si procederà, compatibilmente con le risorse disponibili, a superare le attuali carenze di organico, con esplicito riferimento agli standard fissati dal R.R. n. 7/2002 e s.m. e i.

Con riferimento alle prestazioni di riabilitazione psicosociale erogate presso strutture private convenzionate, nel corso del 2020 proseguirà l'attività di verifica dell'appropriatezza e della durata degli inserimenti con contestuale attivazione delle UVM distrettuali per i casi dimissibili dal circuito psichiatrico e per i quali si ritiene appropriato il ricorso alla rete dei servizi sociosanitari.

#### **c) Unità Operativa Complessa di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)**

Il Servizio è finalizzato alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza ed assicura le seguenti attività:

- a. prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- b. prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;
- c. attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;
- d. interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;
- e. intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- f. tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsico-pedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione.

Nel corso dell'anno 2020 l'U.O.C. di NPIA proseguirà nell'obiettivo di consolidare l'unitarietà organizzativa e gestionale di tutte le attività di competenza precedentemente frammentate in differenti strutture, mentre si rimanda alla programmazione regionale la definizione di modalità e tempi per l'attivazione di un Centro Territoriale per l'Autismo previsto in ciascuna ASL.

#### **d) Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**

Per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si rimanda a quanto previsto per la rete ospedaliera in ordine agli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza con particolare riferimento ai ricoveri ripetuti.

### **2.3) DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Il dipartimento Dipendenze Patologiche, strutturato su base distrettuale, assicura l'erogazione dei LEA in ambito tossicologico e delle dipendenze mediante attività di prevenzione, cura, riduzione del danno, recupero e reinserimento socio-lavorativo.

L'articolazione Aziendale dei servizi è così rappresentata:

Dipartimento Dipendenze  
Patologiche

<b>MACRO STRUTTURA</b>	<b>Unità Operativa Complessa</b>	<b>Unità Operativa Semplice Valenza Dipartimentale</b>	<b>Unità Operativa Semplice</b>	<b>Alte Professionalità</b>
Sezione Dipartimentale Lecce		Psicologia clinica delle dipendenze da sostanze e comportamentali		
Sezione Dipartimentale Casarano		Doppia Diagnosi-Gallipoli		
Sezione Dipartimentale Lecce	Sez. Dip. Lecce			Ser.D Campi
Sezione Dipartimentale Lecce		Ser.D Carcere		
Sezione Dipartimentale Galatina	Sez. Dip. Galatina			Ser.D Copertino
Sezione Dipartimentale Galatina				Ser.D Nardò
Sezione Dipartimentale Maglie	Sez. Dip. Maglie			Ser.D Poggiardo
Sezione Dipartimentale Casarano		Sez. Dip. Casarano		Ser.D Gallipoli
Sezione Dipartimentale Casarano				Ser.D Tricase

Le priorità di intervento nel settore sono:

- la prevenzione ed in particolar modo quella precoce e orientata ai gruppi più vulnerabili (selettiva) con una forte attenzione allo sviluppo dei programmi di diagnosi precoce da disturbi comportamentali da uso occasionale di sostanze e da dipendenza (con particolare riferimento a ludopatie, disturbi del comportamento alimentare e da sostanze alcool-correlate);
- La cura e prevenzione delle patologie correlate: offerte attivamente e precocemente in tutte le varie forme possibili (in strada, ambulatoriali, residenziali) e conservando quanto più possibile la continuità assistenziale verso percorsi riabilitativi finalizzati al reinserimento socio-lavorativo e alla guarigione.
- Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo anche in integrazione con gli Ambiti sociali di Zona.
- Monitoraggio costante e tempestivo del fenomeno anche al fine di valutare gli esiti dei trattamenti.

## 2.4) DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione comprende l'insieme dei servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio, e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatrica), integrandosi con le strutture sociosanitarie di tipo residenziale e semiresidenziale e con le articolazioni territoriali dei Distretti Sociosanitari.

Attraverso il governo dei PDTA il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi, garantendo:

- la centralità della Persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo e Assistenziale con la stessa e con i suoi familiari;



- l'accessibilità;
- la sostenibilità e l'appropriatezza del Progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi;
- la globalità e la precocità degli interventi;
- l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

Il dipartimento di riabilitazione è attualmente strutturato come segue:

- **Componente ospedaliera** che comprende il “Polo riabilitativo di San Cesario” e le altre UU.OO. di Medicina fisica e riabilitazione previste dal piano di riordino della rete ospedaliera.
- **Componente territoriale** che comprende la “Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione” cui afferiscono i Presidi Riabilitativi Distrettuali coincidenti con i Distretti sociosanitari.

Per il 2020 si prevede un potenziamento dell'offerta dei servizi riabilitativi in ambito aziendale attraverso:

- Il potenziamento dei posti letto presso la Struttura di San Cesario con 2 moduli di riabilitazione motoria e uno di Riabilitazione respiratoria.
- L'attivazione di 20 posti Letto di riabilitazione intensiva presso il PO Fazzi, con posti dedicati alla Neuroriabilitazione, Posti per la riabilitazione cardiologica in fase sub intensiva e posti per la riabilitazione motoria
- L'attivazione di posti letto di riabilitazione presso il PO di Copertino, prevalentemente rivolto alla riabilitazione Cardiologica estensiva
- L'attivazione di posti letto di riabilitazione presso il PO di Galatina, prevalentemente rivolto alla riabilitazione Cardiologica estensiva e Neuro Motoria

Gli obiettivi specifici delle strutture afferenti ai Dipartimenti Territoriali verranno dettagliatamente articolati nel Piano triennale della Performance 2020 – 2022, da adottare entro il 31 gennaio 2020.

### 3) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nel corso del 2019, l'Azienda Sanitaria Locale Lecce ha assicurato l'assistenza ospedaliera mediante n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, l'Azienda ospedaliera “Ente Ecclesiastico G. Panico” di Tricase, n. 6 Case di Cura accreditate insistenti nel territorio provinciale.

Con Regolamento Regionale 22 novembre 2019, n. 23, è stato approvato il “Riordino Ospedaliero della regione Puglia ai sensi del d.m. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017”, prevedendo una organizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura. Le strutture ospedaliere vengono classificate secondo tre livelli a complessità crescente:

- Presidi Ospedalieri di base: (Casarano, Galatina, Copertino) strutture dotate di sede di pronto soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale;
- Presidi Ospedalieri di I° livello: (Gallipoli e Scorrano a gestione diretta, E.E. Cardinal Panico di Tricase) strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA I° livello) dotate di specialità di ampia e media diffusione;

- Presidio Ospedaliero di II° livello: (Ospedale “V. Fazzi” di Lecce) struttura sede di DEA II° livello dotata di tutte le specialità previste per gli ospedali di I° livello nonché delle specialità più complesse riferite a bacini di utenza superiori a 600.000 abitanti.

Nel contesto della programmazione regionale su richiamata, una particolare rilevanza assumono i provvedimenti di definizione e organizzazione delle reti assistenziale e dei connessi PDTA.

Con la citata DGR 1726/2019, la Regione Puglia ha provveduto a riapprovare i documenti relativi alle reti tempo – dipendenti e precisamente Rete trauma, Rete cardiologica e Infarto Acuto Del Miocardio (Ima), Rete Stroke, riportatiti nell’Allegato B, del medesimo provvedimento, nonché: il Modello organizzativo Rete emergenza – urgenza, e la Rete Oncologica della Regione Puglia, già approvata con D.G.R. n. 221 del 23/02/2017 e ss.mm.ii., in fase di implementazione.

Nel corso del 2020 si prevede l’avvio delle attività presso la nuova struttura ospedaliera “Dipartimento di Emergenza Urgenza” (DEA) realizzata nel perimetro del P.O. “Vito Fazzi” Lecce in base all’Accordo di Programma Stralcio 2007 - ART. 20 L. 67/88 - Scheda N° 24 - del Programma di investimenti sanitari per l’ammodernamento del SSR ex ART 20 L.67/88 III° FASE, approvato con delibera n. 3516 del 27.07.2007 del Commissario Straordinario della ASL LE e finanziato con delibera di Giunta Regionale n.73 dell’8/2/2007, per un importo complessivo di finanziamento pari ad € 117.000.000,00 di cui il 95% a carico dello Stato e il restante 5% a carico della regione Puglia. L’importo di aggiudicazione contrattualizzato comprensivo delle perizie effettuate in corso d’opera ammonta ad € 75.626.210,65.

Il nuovo DEA è una modernissima struttura dotata di tecnologia di ultima generazione, sarà attivato nei primi mesi dell’anno 2020 e comprende:

#### PIANO INTERRATO -2

Parcheggio **246 posti auto**  
**120 posti motocicli**

#### PIANO INTERRATO -1

- Sottocentrali Tecnologiche
- Depositi
- Spogliatoi
- Archivi

#### PIANO TERRA

- Aree Pubbliche: accoglienza, informazioni, attività commerciali, attesa
- Pronto Soccorso - Trauma Center **4 Sale Emergenza**
- Degenze Emergenza Urgenza **28 posti letto**
- Osservazione Breve Intensiva **10 posti letto**
- T.S.I Politraumatologica **10 posti letto**
- T.I. Politraumatologica **8 posti letto**
- Diagnostica per Immagini **4 sale RX**  
**1 sala RM**  
**1 sala angiografica**  
**2 sale TAC**  
**3 sale eco**
- Terapia iperbarica

#### PIANO PRIMO

- Aree pubbliche
- Degenze area chirurgica **44 posti letto**
- Blocco Operatorio **12 sale operatorie**
- Recovery room
- T.I.P.O **16 posti letto**
- Rianimazione **8 posti letto T.I.**  
**8 posti letto T.S.I**

#### PIANO SECONDO

- Ambulatori generici: **14 generici**



**6 specialistici**

- Attese
- Locali di Supporto
- Sala conferenze: **70 posti**
- Luogo di culto

**PIANO TERZO**

- Degenze Area Cardiovascolare:
- Cardiochirurgia **30 posti letto**
- Cardiologia **40 posti letto**
- Vascolare **12 posti letto**
- Maxillofacciale **10 posti letto**
- T.I.coronarica **16 posti letto**
- Centro Cuore **1 Sala Ibrida**
- 1 Sala elettrofisiologia**
- 2 Sale angiografiche**

**PIANO QUARTO**

- Chirurgia Toracica **21 posti letto**
- Degenze Area cerebrale **56 posti letto**
- Stroke-unit **16 posti letto**

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera verranno attivate, come previsto dal DM 70/2015 e dalla programmazione regionale e aziendale, le reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatrica
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

La strutturazione delle reti cliniche e di assistenza, come già detto in premessa, costituirà la base per l'organizzazione dipartimentale dell'Azienda e la negoziazione del budget con i centri di responsabilità.

**OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO 2020**

Il riordino della rete ospedaliera è orientato al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, e si integra con lo sviluppo dei servizi territoriali promovendo il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, in day service e, più in generale, dal ricovero ospedaliero all'assistenza territoriale e domiciliare.

La rete ospedaliera della ASL di Lecce si integra, pertanto, con la rete dei "Presidi Territoriali di Assistenza" di Campi, Nardò, Maglie, Poggiardo e Gagliano del Capo, con le Cittadelle della salute di Lecce e di Gallipoli e con i poliambulatori di Martano, Galatina e Casarano.

L'attuazione della nuova rete ospedaliera verrà condotta perseguendo l'obiettivo fondamentale di assegnare ad ogni singolo presidio una mission compatibile con i livelli di complessità voluti dal piano di riordino. Parallelamente a questo ogni presidio dovrà tendere all'equilibrio economico tra costi sostenuti e produttività registrata per prestazioni da ricovero o prestazioni specialistiche, considerando che gli ospedali di base si

dovranno orientare prevalentemente verso la bassa complessità (peso DRG  $\leq 1$ ), mentre gli ospedali di I° e II° livello con i rispettivi dipartimenti DEA di I° e II° livello dovranno garantire l'intera rete aziendale per le patologie tempo - dipendenti con particolare riferimento a quelle di maggiore complessità. Sempre negli ospedali di base e negli ospedali di I° livello si proseguirà nella sperimentazione di percorsi chirurgici ad intensità di cura crescente, riservando nei primi prevalentemente attività di wick-surgery.

Di seguito si riportano i dati economici relativi all'anno 2018 (in quanto il consuntivo 2019 è in corso di elaborazione) dei singoli presidi ospedalieri con riferimento ai ricavi per prestazioni tariffabili e i costi diretti (beni di consumo e personale):

PO Casarano			PO Galatina		
RICAVI	Anno 2018	% su ricavi	RICAVI	Anno 2018	% su ricavi
01_DrgOrdinari	20.993.016,08		01_DrgOrdinari	16.053.025,47	
02_DrgDH	1.360.276,26		02_DrgDH	1.721.257,30	
03_Spec. esterni	8.753.230,48		03_Spec. esterni	5.664.939,82	
04_Spec. interni	6.451.826,23		04_Spec. Interni	5.411.081,64	
05_Day service	2.015.891,00		05_Day service	1.078.805,09	
Totale Ricavi	39.574.240,05		Totale raggruppamento	29.929.109,32	
COSTI IDIRETTI			COSTI IDIRETTI		
Beni sanitari	- 11.878.302,83	30,0%	Beni sanitari	- 9.478.949,16	31,7%
Beni non sanitari	- 255.520,24	0,6%	Beni non sanitari	- 130.034,90	0,4%
Personale	- 31.497.238,36	79,6%	Personale	- 30.149.797,75	100,7%
Totale Costi Diretti	- 43.631.061,43	110,3%	Totale Costi Diretti	- 39.758.781,81	132,8%
Primo margine	- 4.056.821,38	10,3%	Primo margine	- 9.829.672,49	32,8%
PO Copertino			PO Gallipoli		
RICAVI	Anno 2018	% su ricavi	RICAVI	Anno 2018	% su ricavi
01_DrgOrdinari	17.210.694,80		01_DrgOrdinari	19.383.233,17	
02_DrgDH	304.092,04		02_DrgDH	802.362,26	
03_Spec. esterni	2.531.749,19		03_Spec. esterni	4.920.648,56	
04_Spec. interni	4.206.913,07		04_Spec. interni	4.874.759,14	
05_Day service	9.781,00		05_Day service	2.156.536,66	
Totale raggruppamento	24.263.230,10		Totale raggruppamento	32.137.539,79	
COSTI IDIRETTI			COSTI IDIRETTI		
Beni sanitari	- 7.585.396,13	31,3%	Beni sanitari	- 9.357.391,30	29,1%
Beni non sanitari	- 152.296,22	0,6%	Beni non sanitari	- 153.836,02	0,5%
Personale	- 26.066.433,36	107,4%	Personale	- 30.410.051,35	94,6%
Totale Costi Diretti	- 33.804.125,71	139,3%	Totale Costi Diretti	- 39.921.278,67	124,2%
Primo margine	- 9.540.895,61	39,3%	Primo margine	- 7.783.738,88	24,2%
PO "Fazzi" Lecce			PO Scorrano		
RICAVI	Anno 2018	% su ricavi	RICAVI	Anno 2018	% su ricavi
01_DrgOrdinari	91.958.910,49		01_DrgOrdinari	21.485.531,17	
02_DrgDH	2.824.794,83		02_DrgDH	567.993,25	
03_Spec. esterni	16.539.165,68		03_Spec. esterni	6.260.612,49	
04_Spec. interni	19.420.039,19		04_Spec. interni	5.136.980,11	
05_Day service	5.261.978,20		05_Day service	666.028,17	
Totale raggruppamento	136.004.888,39		Totale raggruppamento	34.117.145,19	
COSTI IDIRETTI			COSTI IDIRETTI		
Beni sanitari	- 56.738.575,77	41,7%	Beni sanitari	- 9.884.945,59	29,0%
Beni non sanitari	- 566.707,53	0,4%	Beni non sanitari	- 195.483,63	0,6%
Personale	- 102.649.651,28	75,5%	Personale	- 31.127.009,95	91,2%
Totale Costi Diretti	- 159.954.934,58	117,6%	Totale Costi Diretti	- 41.207.439,17	120,8%
Primo margine	- 23.950.046,19	17,6%	Primo margine	- 7.090.293,98	20,8%



In coerenza con la programmazione regionale di seguito si riportano gli obiettivi assegnati alle strutture ospedaliere:

- miglioramento appropriatezza chirurgica attraverso: la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriately e l'incremento dell'attività in day surgery;
- miglioramento appropriatezza medica attraverso: la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriately e dei ricoveri in day hospital di tipo diagnostico
- miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile attraverso: la riduzione del ricorso al parto cesareo; riduzione del tasso di ospedalizzazione in età pediatrica;
- miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza attraverso: riduzione dei tempi di risposta al P.S. (% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti); miglioramento % ricoveri da P.S. in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione;
- miglioramento qualità di processo attraverso: incremento della % di fratture collo del femore operate entro 2 gg dall'ammissione; riduzione tempi di attesa per la chirurgia oncologica; riduzione degenza media; riduzione degenza media preoperatoria.
- razionalizzazione nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici;
- miglioramento dell'efficienza operativa attraverso: la riduzione dello scostamento tra costi e ricavi;
- rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi nazionali e regionali come stabilito dai decreti ministeriali di riferimento e dalla DGR n. 2713/2014. invio dei dati ai sistemi informativi sanitari regionali e nazionali con le modalità ed entro i termini prestabiliti (DGR 2596/2014).

Tali obiettivi verranno dettagliatamente articolati nel Piano triennale della Performance 2020 – 2022, da adottarsi entro il 31 gennaio 2020.

#### **4) SPESA FARMACEUTICA ACQUISTO DIRETTO E ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE**

In attuazione delle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 983 del 12 giugno 2018, è stato adottato con DDG n. 2568/2018 il **Piano di azioni per la riduzione della spesa farmaceutica** entro i limiti stabiliti con il tetto assegnato dalla Regione Puglia per l'acquisto diretto di farmaci con D.D. n. 3 del 26 marzo 2018.

Il suddetto Piano di contenimento della spesa farmaceutica per acquisto diretto prevede la istituzione di:

- una **Commissione Aziendale per l'appropriatezza prescrittiva e la razionalizzazione della spesa farmaceutica** che assicurerà:
  - la redazione di puntuali indicazioni sull'uso di medicinali con miglior rapporto costo/efficacia, al fine di incentivare l'uso di farmaci a brevetto scaduto (generici/biosimilari);
  - la valutazione dei protocolli terapeutici in uso per i DRG a maggior impatto economico, sia in termini di volumi complessivi che di costi unitari;
  - l'aggiornamento della lista dei farmaci ad alto costo soggetti a richiesta nominativa motivata da utilizzare in ambito ospedaliero;
  - la verifica della spesa farmaceutica territoriale dei farmaci a maggior impatto economico, sia per il costo unitario che per i volumi, prescritti a seguito di visita ambulatoriale o di dimissioni, valutando il rapporto costo/efficacia e il puntuale rispetto delle indicazioni autorizzate in scheda

tecnica, delle note AIFA, di eventuali protocolli aziendali e/o regionali adottati, delle raccomandazioni regionali diramate per specifiche classi ATC;

- la valutazione dell'andamento trimestrale dei costi medi della spesa farmaceutica ospedaliera per giornata di degenza;
  - la valutazione dei report trimestrali trasmessi dalle Commissioni di Dipartimento riguardo le richieste dei rimborsi dei farmaci sottoposti ai Registri di monitoraggio AIFA ed i relativi indicatori previsti dal Piano aziendale delle performance 2018-2020;
  - l'adozione di un regolamento per la valutazione delle richieste dei farmaci utilizzati in modalità off label e trasmissione del parere al Direttore Sanitario Aziendale a supporto della successiva autorizzazione;
  - la trasmissione delle indicazioni alle Commissioni di Dipartimento per l'appropriatezza prescrittiva e la razionalizzazione della spesa farmaceutica, per gli adempimenti conseguenti.
- **delle Commissioni di Dipartimento per l'appropriatezza prescrittiva e la razionalizzazione della spesa farmaceutica, una per ogni Dipartimento, con le seguenti funzioni:**
- definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie a maggiore frequenza e, in questi, individuazione dell'impatto assistenziale dei farmaci al fine di migliorare il risultato clinico, l'efficienza produttiva e la gestione di rischi correlati;
  - recepire ed implementare le indicazioni fornite dalla Commissione appropriatezza aziendale;
  - prendere in carico i report trimestrali elaborati dal Controllo di Gestione e dal Dipartimento Farmaceutico entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento;
  - assicurare incontri mensili in seno al Comitato di Dipartimento al fine di:
    - implementare l'appropriatezza d'uso, di approvvigionamento e di movimentazione dei farmaci per concorrere alla razionalizzazione della spesa e dei PDTA attivati;
    - implementare la formazione e l'informazione indipendente finalizzata a sensibilizzare gli operatori sanitari ad operare nel rispetto delle direttive nazionali, regionali ed aziendali in materia di appropriatezza d'uso, di approvvigionamento e di movimentazione dei farmaci, nonché alla valutazione del rischio clinico derivato;
  - verificare l'andamento dei consumi e dei costi dei farmaci dei reparti rispetto alla produzione e ai tetti di spesa, avvalendosi dei report mensili di reparto, dei monitoraggi trimestrali appositamente predisposti dal Controllo di Gestione (fonte Oliamm) e delle elaborazioni del Dipartimento Farmaceutico (fonte direzionale Edotto). Tutto ciò, affinché i medici specialisti prescrittori, dipendenti e convenzionati, effettuino l'autovalutazione ed il benchmarking, per concorrere alla riduzione della spesa farmaceutica, anche mediante scelte terapeutiche con miglior rapporto costo/efficacia;
  - verificare l'andamento della erogazione diretta, così come previsto nell'atto deliberativo n°1564 del 04/07/2018 e valutare le prescrizioni inappropriate trasmesse dal Farmacista responsabile;
  - trasmettere trimestralmente alla Commissione appropriatezza aziendale i dati riguardanti i registri di monitoraggio AIFA e le relative richieste di rimborso, così come riportati su file appositamente predisposti e diramati dal Dipartimento Farmaceutico;
  - assicurare l'attività di informazione e documentazione ai medici specialisti prescrittori, dipendenti e convenzionati, sui protocolli e sui profili prescrittivi, nel rispetto delle note AIFA e dell'aderenza alle linee di indirizzo regionali;



- promuovere iniziative di integrazione fra specialisti ospedalieri ed ambulatoriali e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per la condivisione dei percorsi assistenziali di continuità ospedale/territorio e l'applicazione di linee guida.
- **l'Osservatorio prezzi aziendale:** con l'obiettivo di sviluppare e aggiornare il benchmark dei prezzi di acquisto dei farmaci applicati dalla ASL LE rispetto ai prezzi massimi di acquisto AIFA, ai prezzi di riferimento pubblicati con le liste di trasparenza, alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o, in mancanza, alle convenzioni attivate da CONSIP.

Con riferimento all'assistenza farmaceutica territoriale, a seguito del Progetto approvato dal Comitato Permanente Aziendale (CPA) della Medicina Generale nella seduta del 23/06/2016, sono stati avviati i lavori delle Commissioni "Appropriatezza prescrittiva" distrettuali e della Commissione Appropriatezza prescrittiva" aziendale con l'obiettivo della riduzione della spesa farmaceutica e del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva del farmaco sia sulla base delle specifiche criticità rilevate sul territorio sia in ottemperanza agli indirizzi regionali in materia per singola categoria ATC (Farmaci Biosimilari, Eritropoietine, Inibitori di pompa, Farmaci antiinfiammatori, Antibiotici, Ossigeno gassoso, Farmaci per l'ipertrofia prostatica, Farmaci soggetti alla Nota 51, Albumina, ecc.).

Tenuto conto dei risultati raggiunti, si conferma il modello organizzativo adottato e si prevede di intensificare l'erogazione diretta a seguito di dimissione ospedaliera o di visita ambulatoriale, nonché presso le strutture semiresidenziali e residenziali (RSA e RSSA).

## 5) RAZIONALIZZAZIONE DISPOSITIVI MEDICI

In attuazione delle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 1251 del 12 giugno 2018, è stato adottato con DDG n. 2569/2018 il **Piano di azioni per la riduzione della spesa per dispositivi medici** entro i limiti stabiliti con il tetto assegnato dalla Regione Puglia per l'acquisto diretto di farmaci con D.D. n. 7 del 14 giugno 2018.

Il citato Piano per la riduzione della spesa dei dispositivi medici prevede la istituzione di:

- una **Commissione Aziendale per la Valutazione dei Dispositivi Medici** che, con incontri mensili, si occuperà di:
  - redigere ed aggiornare il Repertorio aziendale dei DM, distinto per branche specialistiche omogenee;
  - valutare ed emettere il parere sulle richieste di DM a maggior impatto economico e/o di nuova introduzione, all'avvio delle procedure di acquisizione;
  - monitorare i consumi aziendali dei DM con particolare attenzione alle aree a maggior impatto di spesa appartenenti alle classi CND, di cui alla DGR 1251/2018, allegato A;
  - perfezionare il coordinamento delle attività in materia di dispositivo-vigilanza;
  - diffondere e monitorare l'applicazione delle raccomandazioni e delle linee di indirizzo nazionali e regionali in materia HTA;
  - predisporre rapporti sull'attività svolta, eventualmente richiesti dagli organi regionali HTA;
  - analizzare le modalità di valutazione delle richieste di approvvigionamento e la logistica proponendo soluzioni organizzative alla Direzione Aziendale al fine di migliorare la "governance" dei DM.
- delle **Commissioni di Dipartimento per la Valutazione dei Dispositivi Medici**, una per ogni Dipartimento, con le seguenti funzioni:

- definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie a maggiore frequenza e individuazione dell'impatto assistenziale dei dispositivi al fine di migliorare il risultato clinico, l'efficienza produttiva e la gestione di rischi correlati;
  - recepire ed implementare le indicazioni della Commissione aziendale;
  - prendere in carico i report trimestrali elaborati dal Controllo di Gestione e dal Dipartimento Farmaceutico entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento;
  - assicurare incontri mensili in seno al Comitato di Dipartimento al fine di:
    - implementare l'appropriatezza d'uso, di approvvigionamento e di movimentazione dei DM per concorrere alla razionalizzazione della spesa e dei PDTA attivati;
    - implementare la formazione e l'informazione indipendente finalizzata a sensibilizzare gli operatori sanitari ad operare nel rispetto delle direttive nazionali, regionali ed aziendali in materia di appropriatezza d'uso, di approvvigionamento e di movimentazione dei DM, nonché alla valutazione del rischio clinico derivato;
  - valutare e trasmettere con parere motivato alla Commissione Aziendale le richieste di acquisizione di dispositivi medici provenienti dalle UU.OO. afferenti il Dipartimento e redatte secondo metodologia HTA, anche in sostituzione dei DM obsoleti da dismettere e con particolare riferimento a quelli innovativi, emergenti e ad alto impatto economico.
- **l'Osservatorio prezzi aziendale**, con l'obiettivo di sviluppare e aggiornare il benchmark dei prezzi di acquisto dei dispositivi medici applicati dalla ASL LE rispetto ai prezzi di riferimento pubblicati dall'ANAC, ovvero rispetto ai prezzi unitari messi a disposizione dal Ministero della Salute e presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario NSIS.

Tutte le attività sopradescritte risultano indispensabili a supportare l'Area Gestione del Patrimonio nella rinegoziazione di eventuali prezzi di acquisto di DM non in linea con i prezzi di riferimento e/o nell'espletamento di gare ponte, in assenza di convenzioni CONSIP attive, ovvero nelle more della definizione delle gare centralizzate da parte del soggetto aggregatore InnovaPuglia.

## **6) INDIRIZZI SULLA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA**

Ai fini della determinazione dei costi da inserire nel Bilancio Preventivo 2020 l'Azienda ha tenuto conto delle Linee operative trasmesse dalla Regione Puglia – Sezione Amministrazione, finanza e controllo, con nota prot. 1408 del 10/12/2019.

### **Razionalizzazione della spesa per farmaci e dispositivi medici**

La previsione della spesa per l'acquisto diretto di farmaci è stata formulata con l'obiettivo di un progressivo allineamento al tetto di spesa regionale prevedendo per la ASL di Lecce una riduzione del 19,17% rispetto al preconsuntivo 2019.

Relativamente ai dispositivi medici e alla protesica la previsione di spesa per l'anno 2020 è stata formulata con un obiettivo di risparmio del 14% sul preconsuntivo.

### **Razionalizzazione della spesa per servizi non sanitari**

Nel corso del 2020 proseguirà il percorso avviato in regione Puglia in ordine alla centralizzazione degli acquisti affidati alla Centrale di Committenza regionale InnovaPuglia.



### Spesa per il personale

La previsione di spesa del personale dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato è stata effettuata sulla base delle indicazioni pervenute dalla Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo del Dipartimento Promozione della Salute, con nota prot. n. AOO\_168/PROT/10/12/2019/1408.

In particolare, le somme da iscrivere nel bilancio di previsione anno 2020 sono state determinate considerando le seguenti componenti di spesa:

- preconsuntivo di spesa al III trimestre 2019, proiettato ad anno;
- fondi contrattuali così come provvisoriamente determinati nel corso del 2019.

La previsione di spesa del personale per il 2020 tiene conto della necessità di procedere alla "conversione" a tempo indeterminato, con concorsi già indetti e indicendi, ovvero con altre modalità di reclutamento, dei contratti a tempo determinato in atto, stipulati al fine di soddisfare nell'immediato, e per quanto possibile, gli obblighi derivanti dalla previsione dell'art. 14 della Legge 161/2014, nonché per garantire i livelli di assistenza.

La suddetta previsione rispetta il limite di spesa dell'1,4% fornito con la DGR n. 2293 dell'11/12/2018.

Di seguito si riporta la tabella di sintesi delle figure professionali di nuova assunzione, già previsto nel piano dei fabbisogni, per il cui reclutamento ed effettiva entrata in servizio si procederà compatibilmente con i vincoli di bilancio.

Profilo	Previsione
Direttore Medico di struttura complessa	10
Dirigente Medico	21
Dirigente Farmacista	2
Dirigente Biologo	2
Dirigente Professioni Sanitarie	2
Dirigente Amministrativo	4
Dirigente Psicologo	5
Dirigente Ingegnere	2
Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioterapista	8
Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	2
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Educazione e Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale	10
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Prevenzione Ambienti e Luoghi di Lavoro	4
Collaboratore Professionale Sanitario-Infermiere	45
Collaboratore Amministrativo	28
Coadiutore Amministrativo	10
Assistente Amministrativo	18
Collaboratore Tecnico Professionale	5
Operatore Socio Sanitario	172
<b>TOTALE</b>	<b>350</b>

Sulla base delle indicazioni regionali è stato determinato l'accantonamento per rinnovi contrattuali del personale dipendente delle Aree della Dirigenza Medica, Dirigenza non Medica e Comparto, come da tabella sottostante, imputato sui relativi conti.

Accant. fondo oneri rinnovi contrat. Dirigenza medica	6.240.598,67
Accant. fondo oneri rinnovi contrat. Dirigenza NON medica	814.972
Accant. fondo oneri rinnovi contrat. Area Comparto	1.764.974,67
<b>TOTALE ACCANTONAMENTI PER RINNOVI</b>	<b>8.820.545,34</b>

## Sistemi di monitoraggio e valutazione

### 1. Procedure Amministrativo-Contabili

Con DDG n.1799 del 11.11.2015 è stato adottato il Manuale delle procedure amministrativo-contabili dell'Azienda ASL LE. Tale documento ha tra i suoi obiettivi la Certificazione del Bilancio prevista dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 settembre 2012.

Il suddetto documento definisce procedure amministrative e informatiche connesse alla gestione del ciclo passivo e del budget di spesa, che consentono un controllo preventivo della spesa al fine di rendere compatibili le spese programmate con le risorse disponibili in bilancio e di conseguenza garantire il tempestivo pagamento delle somme dovute ai fornitori in presenza di disponibilità di cassa. È stato previsto, inoltre, un intervento straordinario per l'aggiornamento degli Inventari e un potenziamento delle dotazioni di hardware e software, ricomprese nel Piano degli Investimenti di cui all'allegato E) del presente Bilancio.

### 2. Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance

In attuazione dell'art. 7 c. 1 del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., l'Azienda, conclusione di un percorso formativo che ha coinvolto tutti i Centri di Responsabilità (CdR) e le posizioni di coordinamento, ha predisposto la revisione del "Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance", aggiornata alle disposizioni del D.Lgs. 74/2017.

Il sistema proposto fissa i criteri generali per la gestione e misurazione della performance organizzativa, demandando a specifici protocolli applicativi, da definire in contrattazione decentrata, la gestione del Sistema di valutazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante.

Gli obiettivi per l'esercizio 2020, conformemente a quanto stabilito dal D.lgs. 150/2009, verranno dettagliati nel Piano triennale della Performance 2020 - 2022 che verrà adottato entro il mese di gennaio 2020, tenendo conto degli obiettivi gestionali assegnati ai Direttori Generali da parte della regione Puglia.

### 3. Piano per la sanità digitale

In coerenza con il piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale elaborato dalla Regione Puglia, la ASL Lecce definisce per il 2020 un piano strategico che consente, mediante l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione, di avviare il processo di trasformazione digitale e di migliorare la capacità di prendere in carico l'individuo nel lungo termine anche attraverso una sistematica implementazione di modelli diagnostico-terapeutici innovativi.

I pilastri fondanti della trasformazione al digitale si basano su una elaborata architettura, il cui legame si poggia su una piattaforma unica per la gestione documentale, interconnessa fra i diversi servizi applicativi aziendali e implementazioni di soluzioni migliorative.

Alcuni esempi di Progetti da implementare:

- Presa in carico, gestione, manutenzione ed evoluzione di alcune componenti applicative;
- Realizzazione di una piattaforma di interoperabilità;
- Realizzazione di una soluzione per la presa in carico delle cronicità;
- Adeguamento GDPR.
- Supporto Direzionale per l'implementazione del processo di trasformazione Digitale.



## CONCLUSIONI

Con gli interventi sopra descritti è stato possibile formulare il bilancio di previsione per l'esercizio 2020 in pareggio.

Occorre, tuttavia, evidenziare che nel perseguimento dell'equilibrio economico complessivo, saranno determinanti le azioni, condivise con la regione, finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica e per dispositivi medici.

Rilevanti sono, inoltre, gli interventi di tipo organizzativo per la messa a regime delle reti cliniche ospedaliere e l'integrazione ospedale – territorio per la presa in carico proattiva delle patologie croniche.

L'insieme delle azioni suddette unitamente agli investimenti realizzati con finanziamenti vincolati consentiranno di ammodernare l'intero sistema di offerta dei servizi sanitari dell'azienda e procedere alla rimodulazione delle attività e alla conseguente riallocazione delle risorse secondo modelli organizzativi finalizzati al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della sostenibilità economica.

Il Direttore Generale  
Dott. Rodolfo Rollo