

OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2013

RELAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE ESERCIZIO 2013 – Allegato f) Deliberazione D.G. n. n. 2018 del 3.12.2012

Premessa

La presente relazione, che correda il bilancio di previsione esercizio 2013, è stata redatta tenendo conto dei contenuti minimi previsti dallo schema di relazione sulla gestione allegata al D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, con i necessari adeguamenti trattandosi di bilancio preventivo.

L'esercizio 2013 corrisponde, di fatto, alla terza annualità del “Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012”, approvato con L.R. n. 2 del 9/02/2011.

Nelle more dell'adozione del DIF per l'anno 2013, rimangono, pertanto, vincolanti gli indirizzi regionali fissati nel suddetto documento (Piano di rientro), con gli obiettivi specifici e gli interventi operativi ivi riportati, nonché le disposizioni in materia sanitaria contenute nella legge 135/2012 – Titolo III – Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria e delle “Linee operative per l'adozione del bilancio di previsione 2013” trasmesse dalla Regione Puglia ed acquisite al protocollo aziendale n. 164709 del 15.11.2012.

Piano strategico aziendale anno 2013

Nel corso dell'anno 2012, in ottemperanza agli indirizzi relativi al “Piano di rientro” ed alle conseguenti direttive regionali, questa Azienda ha posto in essere una serie di interventi finalizzati alla riqualificazione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria nonché al perseguimento dell'equilibrio economico complessivo. Le principali aree di intervento hanno riguardato:

- il completamento del riordino della rete ospedaliera già avviata nel 2011;
- il potenziamento dell'assistenza territoriale con la riconversione degli ospedali dismessi in Presidi Territoriali di Salute e l'ampliamento dell'offerta nell'area sociosanitaria (RSA, RSSA ed altre strutture residenziali e diurne previste dal R.R. 4/07);
- il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna;
- il contenimento dei costi del personale mediante il blocco del turn – over.

Tenendo conto delle azioni già avviate e dei vincoli posti dalla programmazione regionale e dalle disposizioni nazionali (spending review), si riportano di seguito gli indirizzi strategici aziendali per l'anno 2013, fatte salve diverse determinazioni regionali.

1) ASSISTENZA OSPEDALIERA

A) STATO DELL'ARTE

Nel corso del 2012 l'ASL di Lecce ha operato mediante n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, n. 1 ente ecclesiastico e n. 6 case di cura accreditate.

La dotazione di posti letto per disciplina è riportata nelle allegate Tabelle 1. e 2.

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO 2013 RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

In attuazione del Regolamento Regionale 7 giugno 2012, n. 11 “Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 – Modifica ed Integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia” nel corso dell'anno 2013 si realizzerà l'assetto definitivo della rete ospedaliera.

In particolare, tale processo di riordino, che si completerà ulteriormente con la disattivazione di due punti nascita, porterà la ASL di Lecce ad una offerta di posti letto pubblici pari a circa 1.860 posti, realizzando una copertura di posti letto inferiore al 2,5 per mille, dunque di gran lunga inferiore allo

standard di riferimento del 3,7 per mille, per quanto quest'ultimo venga calcolato sull'intero territorio regionale. Conseguenza diretta di questo rimodellamento della rete ospedaliera è la caduta del tasso di ospedalizzazione, che si avvia verso la quota virtuosa di 160 ricoveri per mille abitanti, grazie ad ulteriori interventi migliorativi della appropriatezza dei ricoveri in “day hospital”.

Questi interventi, in coerenza con le linee guida di AGENAS relative alle reti ospedaliere nelle regioni in piano di rientro, ultimamente trasfuse nello schema di Regolamento per i requisiti di qualità e sicurezza delle strutture ospedaliere approvato dal Ministero Salute, orientano l'assetto della rete ospedaliera secondo un sistema di crescente complessità assistenziale (“modello hub-spoke”) all'interno del quale garantire i flussi di emergenza-urgenza:

- due poli geograficamente situati a nord e a sud del territorio, all'interno dei quali è garantita una offerta quali-quantitativa dedicata alla assistenza interventistica ed intensivistica (P.O. Lecce “Fazzi” + alta specialità accreditata + E.E. “Panico” di Tricase): DEU II livello polo nord, sede delle alte specialità – centro della rete oncologica - polo di eccellenza della rete ospedaliera salentina, DEU II livello polo sud; i due “hubs”, opportunamente integrati dal sistema 118, garantiranno a regime la rete IMA – SCA per la gestione dell'Infarto miocardico acuto suscettibile di intervento di PTCA entro il termine temporale di 60 minuti, considerato “salvavita”, e rispetto al quale la ASL Lecce mostra “performances” di assoluta eccellenza;
- due aree “spoke” all'interno delle quali sono garantiti flussi di emergenza urgenza tipici del DEU I livello ed assicurati bisogni assistenziali riferibili prevalentemente alla media complessità, nord-orientale (ospedali di Copertino, Galatina e Scorrano), e sud-occidentale (ospedali di Gallipoli e Casarano).

Tale rete ospedaliera si integra di fatto con la rete dei presidi territoriali “governati” dai distretti socio-sanitari (“case della salute”), laddove si sta consolidando lo sviluppo organizzativo della presa in carico della cronicità (aree di degenza medica, UDT, con presenza di MMG), della riabilitazione, della patologia chirurgica eleggibile in “day service” o in “day surgery” de-localizzato. In tal senso sono già operativi i presidi territoriali di Campi Salentina, Gagliano, Maglie, mentre nella primissima parte del 2013 lo diventeranno quelli di Poggiardo e di Nardò.

2) ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza territoriale è garantita da alcune strutture Aziendali che hanno specifica Mission e una articolazione a rete. Le strutture sono:

1. I distretti Socio Sanitari
2. Il dipartimento di salute mentale
3. il dipartimento delle dipendenze patologiche
4. il dipartimento di riabilitazione
5. Il dipartimento di prevenzione.

2.1) IL DISTRETTO

La mission del Distretto è chiaramente definita nell'art. 14 della LR 25/06 (*Il Distretto e le cure primarie*)

1. Il Distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.

2. *Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione. In tale ottica il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'AUSL, costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'AUSL, coerentemente con la programmazione regionale e aziendale.*

Dopo il riordino della rete ospedaliera e territoriale avvenuta nel 2003 l'attività presso le strutture distrettuali è articolata in sedi principali distrettuali e articolazioni sub distrettuali in particolare nelle città dove insistevano le disciolte USL. In provincia di Lecce, la situazione è la seguente:

	Distretti	Popolazione	Struttura
1	Lecce	110.239	Distretto
	San Cesario	61.881	Sub Distretto
2	Campi Salentina	63.809	Distretto
	Copertino	70.061	Sub Distretto
3	Nardò	48.552	Distretto
4	Galatina	62.058	Distretto
5	Martano	50.269	Distretto
6	Maglie	56.074	Distretto
7	Poggiardo	46.798	Distretto
8	Gagliano	65.336	Distretto
	Ugento	47.208	Sub Distretto
9	Casarano	74.700	Distretto
10	Gallipoli	50.439	Distretto

Analisi della organizzazione del Distretto

Il regolamento regionale n. 6/2011 “ *regolamento di organizzazione del Distretto Socio Sanitario*” ha disciplinato l'organizzazione dei distretti sociosanitari e ha definito le attribuzioni funzionali alle Unità Operative che operano in esso.

Il Distretto è la Macrostruttura che garantisce il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale. Come stabilito dalla DGR n. 1161 del 8/8/2002 ha competenza territoriale sui comuni che costituiscono il distretto stesso. Questi comuni sono a loro volta aggregati in Ambiti Sociali.

Il Distretto Socio Sanitario assicura i seguenti livelli di assistenza territoriale:

a) **assistenza primaria e intermedia**: assistenza sanitaria di base comprendente la medicina e pediatria di famiglia, continuità assistenziale erogata dalle Guardie Mediche, assistenza di emergenza territoriale durante il periodo estivo e il costante raccordo funzionale con il servizio di emergenza urgenza 118, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare integrata, assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali operanti dall'ambito territoriale di Lecce e quelle accreditate in altri territori ma delegate all'assistenza di cittadini residenti nel Distretto, l'Hospice, l'assistenza sanitaria primaria ed intermedia svolta presso i centri di salute;

b) **assistenza specialistica** comprendente: assistenza specialistica ambulatoriale erogata presso il poliambulatorio e l'assistenza protesica in collegamento funzionale con il Dipartimento Aziendale di Riabilitazione;

c) **assistenza consultoriale** erogata presso le sedi consultoriali ubicate anche in altre città dello stesso distretto;

d) **assistenza psicologica**;

e) **assistenza penitenziaria** (per il distretto di Lecce effettuato presso la casa circondariale);

f) **assistenza sociosanitaria**.

g) **assistenza farmaceutica** assicurata per il tramite della farmacia distrettuale.

Il Distretto assicura altresì altri livelli dell'assistenza territoriale attraverso l'integrazione funzionale con tutte le strutture sovradistrettuali e, in particolare, con la Struttura Complessa Farmaceutica Territoriale, la struttura sovradistrettuale di Pneumotisiologia e con le Strutture del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, del Dipartimento di Prevenzione, del dipartimento di Riabilitazione e con l'Area per l'integrazione sociale.

Al fine di garantire il funzionamento di tutte le aree di intervento del Distretto, è stato predisposto l'organigramma funzionale previsto dal RR n. 6/2011 . In particolare:

Direzione del Distretto .

Organismi di staff:

Ufficio di Segreteria . L'ufficio di segreteria, in staff alla Direzione, supporta il Direttore del Distretto, svolge funzioni di protocollazione e archiviazione degli atti della Direzione Distrettuale, inoltre, funge da raccordo tra la Direzione e i livelli organizzativi interni ed esterni e quanto previsto dall'art. 13 del RR 6/ 2011 .

La Direzione Amministrativa di distretto anche se prevista dalla normativa regionale in materia, è stata attivata nel solo distretto di Maglie . Alla Struttura Semplice di Direzione Amministrativa competono le funzioni operative, di supporto e d'integrazione amministrativo-gestionale delle articolazioni distrettuali che assicurano i livelli di assistenza territoriale elencati all'art. 4 del RR n. 6/2011.

Per quanto attiene alle funzioni specifiche dell'area amministrativa , sono state attribuite comunque ad altri operatori (non dirigenti) del ruolo amministrativo. Le funzioni al momento assicurate sono:

- a. assistenza amministrativa ai cittadini;
- b. gestione dell'anagrafe degli assistiti;
- c. gestione economico-finanziaria, in raccordo con la Struttura Complessa Gestione delle Risorse Finanziarie, limitatamente al budget di Distretto e le funzioni delegate al Distretto per il controllo di Gestione;
- d. gestione del magazzino economico e dei beni mobili, in raccordo con la Struttura Complessa Gestione del Patrimonio;
- e. gestione amministrativa del Poliambulatorio;
- f. gestione amministrativa del personale dipendente e convenzionato, in raccordo con la Struttura Complessa Gestione delle Risorse Umane;
- g. Centro Unificato di Prenotazione (CUP e Ticket) per tutti i punti CUP Ticket presenti sul territorio di competenza;
- h. Attività delegate al distretto per la Libera professione;

Cure primarie e intermedie. Come previsto dall'art. 22 del citato RR 6/2011, le “ cure primarie e intermedie presidiano tutte quelle particolari situazioni di fragilità, cronicità e non autosufficienza in cui il sociale e il sanitario si integrano poiché la complessità è tale da rendere inscindibili le due dimensioni dell'assistenza”. In nessun distretto è stato individuato un direttore di tale struttura ma considerata la necessità di garantire le prestazioni assistenziali, la funzione è stata svolta dal direttore medico di distretto.

Utilizzando le diverse professionalità mediche presenti nel distretto, sono state garantite tutte le prestazioni che afferiscono per regolamento alle cure primarie. In particolare:

- a) - **Cure domiciliari e assistenza intermedia.**
 - b) - **Assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale e emergenza territoriale.**
 - c) - **Assistenza specialistica.** In molti Distretti , nel poliambulatorio è attivo il Laboratorio di Patologia Clinica e il servizio di Radiodiagnostica.
- Altri servizi attivati sono :
- e) L'Assistenza specialistica Psicologica
 - f) Hospice.
 - g) Assistenza Penitenziaria.

i) Consultoriale con un consultorio ogni 20-30.000 abitanti e alcuni consultori specializzati.

Nei Distretti sono attivi gli Uffici e Servizi di seguito elencati che svolgono le funzioni previste dal citato RR 6/2011:

- Ufficio per la Programmazione e il Monitoraggio delle Attività in Medicina Generale.
- Ufficio per la Programmazione e il Monitoraggio delle Attività in Pediatria di Libera Scelta.
- Servizio Sociale Professionale .
- Assistenza Farmaceutica Distrettuale .

Nei Distretti, operano articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), di Prevenzione, per le Dipendenze Patologiche , di riabilitazione e servizi di integrazione sociale. Queste èquipe e questi operatori, al fine di dare *risposte in modo unitario e globale alla domanda di salute* dei cittadini residenti nel Distretto e per poter meglio attuare il Programma delle attività territoriali, hanno un rapporto forte con il Distretto, pur rimanendo titolari di una forte autonomia tecnico-professionale. Sotto il profilo della produzione delle prestazioni le equipe sono **"funzionalmente"** legate al Distretto che, all'interno dei piani territoriali, dei piani delle prestazioni, dei piani di zona, programma gli interventi specifici, organizza e controlla gli stessi e si attiva al fine del raggiungimento di ottimali livelli di efficienza nell'ottica dei programmi che pongono in risalto la centralità del paziente.

OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO 2013 RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI DEI DISTRETTI

I Distretti socio sanitari, strutture fondamentali della ASL, hanno una specifica autonomia funzionale e gestionale all'interno delle linee di indirizzo regionali e Aziendali. Operano secondo la metodica di budget e, a questo fine, nell'ambito del programma regionale che caratterizza il piano di interventi e riqualificazione del servizio sanitario regionale, la Direzione Generale Aziendale ha assegnato per il 2013 i seguenti obiettivi:

- Rafforzamento della funzione di governo clinico distrettuale e della funzione di produzione delle prestazioni , finalizzate all'abbattimento del tasso di ospedalizzazione entro i limiti previsti dalla norma e, comunque, riduzione del 25% del differenziale tra il tasso di ospedalizzazione massimo e minimo rilevato nel 2011 all'interno della rete distrettuale. A tale fine, devono essere attuate procedure di monitoraggio e prevenzione dei ricoveri considerati ad alto rischio di inappropriately della Conferenza Stato Regioni;
- Attuazione della metodologia RAO per il contenimento dei tempi di attesa con predisposizione di agende utili alla gestione delle prestazioni U, B, D, P, come da DDG n. n. 1100 del 15/6/2012 per il governo dei tempi di attesa ;
- Attivazione dei day service medici e chirurgici con individuazione degli specialisti di riferimento; ove essi non siano disponibili a livello distrettuali devono essere concordati con le strutture ospedaliere di riferimento come da DDG n. 1028 del 7/6/2012 Piano Aziendale per le attività in Day Service ;
- Adeguamento delle dotazioni di personale alle nuove previsioni con progressivo inserimento, all'interno dei distretti, del personale con limitazioni funzionali, d'intesa con la Direzione Aziendale;
- Predisposizione di un piano sostenibile per l'adeguamento tecnologico nei singoli distretti, con l'indicazione delle relative fonti di finanziamento, d'intesa con la direzione aziendale, ed in particolare dei fondi FESR utilizzati per il potenziamento tecnologico;
- Accelerazione dei processi di riqualificazione degli ospedali dimessi in case della salute con sollecita attivazione di aree di degenza intermedia per il miglioramento del percorso ospedale- territorio;

- Formulazione di una nuova pianta delle sedi di continuità assistenziale orientata allo sviluppo delle funzioni territoriali di gestione codici bianchi e verdi, nonché di degenza territoriale;
- Ulteriore intensificazione del controllo sulla spesa farmaceutica con interventi mirati sui prescrittori ;
- Costituzione degli uffici di coordinamento delle attività distrettuali UCAD e rinnovo degli UDMMG là dove decaduti;
- Promozione delle forme di associazionismo complesso ;
- Sostegno delle funzioni amministrative da perseguirsi anche mediante la riallocazione del personale derivante dagli ospedali disattivati.

Area materno infantile

Il piano sanitario vigente (legge regionale n. 23/2008) e la normativa regionale in materia di assistenza consultoriale (DGR 405/2009), recependo la normativa nazionale - D.M. 24.4.2000 " Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile " e D.P.C.M. 29.11.2001 " Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza" - , prevedono la riqualificazione e la riorganizzazione dei Consultori Familiari sul territorio regionale, con i seguenti obiettivi generali:

Ottimale distribuzione sul territorio dei consultori familiari e loro allocazione all'interno di strutture territoriali pubbliche (preferibilmente di proprietà delle ASL e/o della Regione e/o nel Comune), con accesso riservato in caso di condivisione della sede con altri servizi, secondo un rapporto medio di circa 1 ogni 20.000 abitanti.

Multidisciplinarietà e completezza delle prestazioni mediante la riorganizzazione della rete e la ridefinizione dei modelli organizzativo-gestionali in funzione della tipologia degli interventi da realizzare secondo le modalità dell'offerta attiva, così come previsto dal POMI e dalle normative vigenti.

Integrazione con gli Ambiti Sociali per garantire la tutela dei minori, contrastare la violenza sulle donne e promuovere la cultura dei diritti e della sicurezza sociale mediante la costituzione delle equipe integrate affido - adozione e maltrattamento – abuso.

A seguito delle novità introdotte dalla normativa citata, la rete consultoriale della ASL di Lecce è in fase di trasformazione e vede nei diversi Distretti situazioni più o meno formalmente ridefinite in base ai nuovi parametri.

Attualmente sono attivi N. 32 consultori distribuiti per distretto come da tabella seguente:

Rete consultoriale aziendale

CdcDst	Distretti sociosanitari	Totale	Popolazione femminile in età feconda (15-49)	Consultori Familiari	Popolazione Totale X C.F.
A210	LECCE	179.071	41.820	3	59.690
A211	CAMPI	89.690	20.289	4	22.423
A212	NARDO'	94.193	21.671	3	31.398
A213	MARTANO	49.765	11.082	3	16.588
A214	GALATINA	61.645	13.762	2	30.823
A215	MAGLIE	56.344	12.755	2	28.172
A216	POGGIARDO	46.266	10.183	2	23.133
A217	GALLIPOLI	75.571	17.241	3	25.190
A218	CASARANO	75.138	17.391	6	12.523
A219	GAGLIANO	87.914	19.918	4	21.979

La situazione attuale è il risultato di una riorganizzazione progressiva che ha ridotto a 32 il numero delle sedi consultoriali (inizialmente erano 47). La riorganizzazione è avvenuta all'interno di ogni singolo Distretto mantenendo invariata la dotazione organica ad eccezione della branca di ginecologia.

Obiettivi per l'area materno infantile - anno 2013

- Razionalizzare la rete consultoriale allocando le sedi in edifici di proprietà pubblica e garantendo la multidisciplinarietà e completezza delle prestazioni;
- Attrezzare le sedi dei consultori propriamente detti sia dal punto di vista strumentale che dal punto di vista delle risorse umane per lo svolgimento dei programmi strategici Screening cervicouterina, Percorso Nascita, Adolescenti;
- Rimodulare gli orari di apertura per garantire l'assistenza consultoriale tutti i giorni dal lunedì al venerdì, mattina e pomeriggio, ed il sabato mattina;
- Avviare l'offerta attiva del Percorso Nascita, assicurare i corsi di accompagnamento alla Nascita (CAN) e garantire il monitoraggio della gravidanza presso il Consultorio, al fine di promuovere il parto spontaneo quale naturale compimento della gravidanza fisiologica e contribuire alla riduzione dei parti cesarei che, con riferimento al territorio aziendale, nell'anno 2011 sono pari al 45%.
- A tal fine, è stato dato mandato ad un gruppo di lavoro per la Riprogettazione del percorso nascita ed è in corso la progettazione di dettaglio;
- Garantire in ogni Distretto lo Spazio Giovani Consultoriale con orario di apertura dedicato nella fascia pomeridiana e con la presenza di tutti gli operatori dell'equipe;
- Mantenere in crescita il trend di risposta positiva alla chiamata diretta per lo screening del tumore del collo dell'utero;
- Garantire la distribuzione gratuita dei contraccettivi ormonali, in applicazione della Delibera di G.R. n. 483/2008;
- Implementare l'attività integrata con gli Ambiti Sociali mediante il pieno funzionamento delle equipe integrate "affido – adozione" e "maltrattamento – abuso".

- Migliorare l'accoglienza delle donne straniere anche mediante l'appropriato utilizzo dei mediatori interculturali previsti dalla DGR n. 912 del 2012.

Assistenza sociosanitaria

La programmazione regionale, conseguente all'attuazione del piano di rientro delinea una profonda trasformazione del sistema dell'offerta sanitaria e sociosanitaria prevedendo, su base regionale, il trasferimento di circa 150.000 ricoveri ospedalieri in setting assistenziali più appropriati e a minore consumo di risorse, tra cui l'assistenza residenziale in RSA, RSSA ed Hospice che dovrebbero assorbire dal 35 al 40% dei suddetti ricoveri.

Tale previsione meglio specificata nel Piano di Rientro (L.R. n. 2/2011) al capitolo 1.1.4 "Livello di assistenza territoriale" che, con riferimento all'area della riabilitazione e delle prestazioni specialistiche per disabili, evidenzia la necessità di procedere ad una progressiva implementazione dell'assistenza sociosanitaria (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) anche al fine di recuperare maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e prescrizione di prestazioni sanitarie.

Gli indirizzi regionali già fissati con il DIEF per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012, individuano tra le azioni strategiche prioritarie lo sviluppo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria anche mediante l'incremento dell'offerta di posti/utente per le strutture ed i servizi connessi ai LEA sociosanitari di cui all'Allegato 1C) del D.M. 20/11/2001, così come declinati dal Piano Regionale di Salute (L.R. 23/2008) e nel rispetto degli obiettivi di servizio già fissati negli atti di programmazione regionale.

Per quanto detto, nel rispetto degli indirizzi regionali su richiamati, fatte salve eventuali diverse disposizioni conseguenti all'adozione da parte della Giunta Regionale del documento di Indirizzo e Programmazione per l'anno 2013, di seguito si riportano le previsioni di spesa per l'anno 2013 per le diverse tipologie di assistenza afferenti all'area sociosanitaria.

Assistenza Residenziale

– Residenze Socio-sanitarie Assistenziali (RSSA)

Nel corso dell'anno 2012, questo Servizio ha gestito i rapporti con n. 11 Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA) sulla base di specifici accordi contrattuali stipulati nell'anno 2010, per un totale di n. 519 posti letto.

La spesa complessiva per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle RSSA, pari al 50% della retta stabilita dalla Regione Puglia, è oggetto di rimborso da parte della Regione essendo la stessa imputata su uno specifico capitolo del bilancio regionale.

A seguito della determinazione della nuova tariffa di riferimento regionale (92,90 €) e della riformulazione delle rette in ragione del numero dei moduli abitativi presenti nelle su citate Strutture, la spesa a carico della ASL subirà, nell'anno 2013, il seguente incremento, stimato su un utilizzo pieno dei posti letto :

ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI NELLE RSSA DELL'ASL LECCE - ANNO 2013

Denominazione	Sede	Posti letto	Tariffa massima	Moduli abitativi	Tariffa di riferimento	Quota sanitaria	Spesa anno 2013
Ispe -Linneo e Angelina Varese	Maglie	72	92,90	2	83,61	41,80	€ 1.098.504,00
Ispe -Marangi Crispino	Lecce	72	92,90	2	83,61	41,80	€ 1.098.504,00
Ispe -Padre Pio	San Pietro in Lama	15	92,90	1	92,90	46,45	€ 254.313,75
Santa Rita	Alezio	78	92,90	3	78,96	39,48	€ 1.123.995,60
Associazione Casa Serena	Matino	54	92,90	2	83,61	41,80	€ 823.878,00
Fondazione Filograna	Casarano	34	92,90	1	92,90	46,45	€ 576.444,50
Villa Iris	Trepuzzi	24	92,90	1	92,90	46,45	€ 406.902,00
Villa Iris Fulgenzio	Lecce	23	92,90	1	92,90	46,45	€ 389.947,75
Villa Modoni	Sogliano Cavour	49	92,90	2	83,61	41,80	€ 747.593,00
Giada	Trepuzzi	62	92,90	2	75,25	37,62	€ 851.340,60
La Fontanella	Soletto	30	92,90	1	92,90	46,45	€ 508.627,50
Totale anno 2013		513					€7.880.050,70

Si precisa, inoltre che, rispetto allo fabbisogno fissato dalla regione in 7 p.l. per 10 mila abitanti (art. 8 della L.R. 26/2006 lettera b) e s.m.i. e tenuto conto della popolazione della Provincia di Lecce, al 01/01/2011, pari a n. 815.597 abitanti, l'attuale fabbisogno di posti letto in RSSA ammonta a n. 571 per l'intera ASL di Lecce.

A fronte del fabbisogno come sopra determinato pari a 571 p.l., attualmente risultano contrattualizzati n. 513 p.l., con una disponibilità di n. 58 posti letto da assegnare in conformità alle indicazioni regionali e tenendo conto, prioritariamente, dell'offerta finalizzata all'assistenza dei pz. Affetti da morbo di Alzheimer.

Alla luce di quanto sopra si ritiene congruo prevedere, per l'anno 2013, una spesa complessiva a carico della ASL pari ad € 8.197.659 stimata su una quota media a rilievo sanitario di € 43,71 e un utilizzo medio del 90% dei 571 P.L. corrispondenti all'intero fabbisogno.

Come esposto in precedenza, il suddetto importo di € 8.197.659 va registrato anche ai ricavi essendo oggetto di specifico trasferimento regionale.

– Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

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

Le RSA di Montesardo e Campi, strutture di proprietà dell'Azienda sono gestite in convenzione dal Consorzio S. Raffaele, le stesse 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 dell'Azienda, gestita in convenzione dall'Azienda Pubblica "Istituto Europeo per i Servizi alla Persona" (ISPE), con una capacità ricettiva di n. 58 posti letto.

Con le R.S.A "Villa Armonia" di Taviano (LE) ed "Euroitalia" di Casarano (LE), sono stati sottoscritti accordi contrattuali nel corso del 2012, convenzionando rispettivamente n. 40. p.l., di cui 20 per pazienti affetti da Alzheimer e n. 42 p.l., di cui 10 per pazienti affetti da Alzheimer.

La previsione di spesa complessiva per l'anno 2013, tenendo conto degli accordi contrattuali in essere viene stimata in € 6.171.372, di cui € 141.960 per prestazioni a ciclo diurno.

- 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 in favore di disabili gravi senza il necessario supporto familiare e pazienti psichiatrici stabilizzati, nel corso dell'anno 2012 si è fatto ricorso alle strutture sociosanitarie di cui agli artt. 57, 58 e 70 del R.R. 4/2007 (Comunità socio-riabilitative, RSSA per disabili, Case famiglia o Case per la vita per persone con problematiche psico-sociali).

Per quanto concerne l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale, al fine di assicurare l'assistenza ad utenti che necessitano di prestazioni riabilitative di carattere sociosanitario, tenuto conto della riconversione in atto dei centri diurni di riabilitazione a gestione diretta, si è fatto ricorso alle strutture di cui all'art. 60 del R.R. 4/2007 (Centri diurni socio-educativi e riabilitativi).

Nelle more della definizione del fabbisogno regionale in materia di servizi residenziali e semiresidenziali a carattere sociosanitario, strumento indispensabile per la stipula di accordi contrattuali, le modalità di accesso alle prestazioni fornite dalle strutture sociosanitarie sopra specificate sono le seguenti:

- preventiva valutazione multidimensionale del caso da parte dell'UVM competente per territorio;
- definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato con l'indicazione della durata della presa in carico e, per le strutture a ciclo diurno, della frequenza di accessi settimanali. (Relativamente alle Case per la vita il PAI viene configurato "a bassa intensità assistenziale" in quanto allo stato è l'unica prestazione per la quale è stabilita la tariffa regionale, giusta deliberazione del commissario ad acta n.1 del 07/04/2011);
- individuazione della struttura ospitante sulla base delle indicazioni dell'utente e/o dei familiari, previa verifica e acquisizione dei provvedimenti di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune o Ambito di appartenenza e iscrizione al registro regionale rilasciata dalla Regione Puglia ai sensi dell'art. 53, L.R. 19/2006;
- predisposizione della delibera di ammissione con l'indicazione dei costi a carico della ASL e degli oneri a carico dell'Utente/Comune.

Con riferimento alle tipologie di strutture su menzionate, di seguito si riporta il numero di utenti che nel corso del I° semestre 2012 ha fruito di assistenza sociosanitaria in regime residenziale e semiresidenziale:

- n. 71 in Case per la Vita (regime residenziale);
- n. 19 in Comunità socio-riabilitative (regime residenziale);
- n. 4 in RSSA per disabili (regime residenziale)
- n. 40 in Centri diurni socio-riabilitativi (regime semiresidenziale).

Tenuto conto degli indirizzi della programmazione regionale nonché dei programmi aziendali in ordine alla revisione dell'appropriatezza degli inserimenti nelle strutture riabilitative sanitarie, si ritiene indispensabile formulare la seguente previsione di spesa per l'anno 2013, a copertura delle quote di rilievo sanitario:

- l'assistenza c/o Case per la Vita dimensionata su n. 82 utenti, con una previsione di circa € 825.205,00 corrispondenti a 29.769 giornate per l'intero anno.
- l'assistenza c/o Comunità socio-riabilitative dimensionata su n. 30 utenti, con una previsione di circa € 493.473,00 corrispondenti a 10.950 giornate per l'intero anno.
- L'assistenza c/o le RSSA per disabili su n. 10 utenti, con una previsione di circa € 141.328,00 corrispondenti a 4.015 giornate per l'intero anno.

- l'assistenza c/o Centri diurni socio-educativi e riabilitativi dimensionata su n. 122 utenti, con una previsione di circa € 989.874,00 corrispondenti a 31.808 giornate per l'intero anno. Gli importi, con riferimento al Piano dei Conti, sono riportati nell'allegato prospetto excel, precisando che la previsione dei costi sui conti dell'assistenza riabilitativa residenziale per malati e disturbati mentali e l'assistenza riabilitativa semiresidenziale per malati e disturbati mentali vanno sommati a quanto verrà comunicato dal Dipartimento di Salute Mentale.

2.2) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il D.S.M. opera nel rispetto del principio della continuità terapeutica e si articola nelle seguenti Unità Operative Complesse (network dipartimentale): Centro di Salute Mentale; Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza; Psicologia Clinica.

ASSISTENZA TERRITORIALE del DSM

a) Centro di Salute Mentale

La rete dei Centri di Salute Mentale afferenti al Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce è ben articolata, coincide con l'ambito territoriale dei Distretti Socio-Sanitari e copre in maniera abbastanza razionale il territorio provinciale.

Nel territorio della ASL Lecce sono attivi nr. 10 Centri di Salute Mentale, alcuni dei quali con subarticolazioni periferiche.

La ricognizione delle strutture in cui i C.S.M. sono allocati, fa emergere la necessità, non più derogabile, di interventi per risolvere le criticità strutturali ed organizzative, anche alla luce delle prescrizioni di cui alla DGR n. 916/2010 avente per oggetto: «Legge Regionale n. 26/1006 *“Interventi in materia sanitaria”*, art. 9. *Piano di Salute 2008-2010. Apertura h.12 dei Centri di Salute Mentale*», obiettivo ripreso nel Piano di Rientro”.

La Programmazione del Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce in ordine alla apertura h.12 dei Centri di Salute Mentale, prevede un cronoprogramma con apertura h/12 dei seguenti Centri di Salute Mentale:

- CSM Lecce
- CSM Squinzano
- CSM Gagliano del Capo -Ugento
- CSM Casarano
- CSM Nardò

Allo stato attuale sono stati attivati h/12 i Centri di Lecce, Nardò, Casarano.

Successivamente si sono verificate cessazioni dal servizio di Unità di personale che rendono estremamente difficoltoso mantenere l'obiettivo, essendo necessario intervenire con assegnazione di personale, in osservanza di quanto previsto dal DIF 2007.

b) Riabilitazione Psicosociale

Le attività di riabilitazione psicosociale nel D.S.M. hanno assunto un crescente grado di complessità, con una progettualità rivolta verso i bisogni reali del territorio.

Sono state definite le procedure ed elaborati strumenti di raccolta e di verifica di tutti gli interventi attuati nel settore riabilitativo, definendo tre settori di attività: le strutture residenziali, le strutture semiresidenziali, gli interventi socio-riabilitativi.

Le Strutture Pubbliche, a gestione diretta del DSM ASL Lecce, sono le seguenti:

- Nr. 6 Strutture Riabilitative Semiresidenziali - Centri Diurni (C.D.), tutti collegati con i C.S.M. di riferimento.

- Nr. 5 Strutture Riabilitative Residenziali Psichiatriche (C.R.A.P.).

Per entrambe le tipologie di strutture (C.R.A.P. e C.D.) è inderogabile risolvere le carenze di Personale, con esplicito riferimento agli standard fissati dal R.R. n. 7/2002.

I Programmi per l'inclusione sociale, la socializzazione, l'inserimento lavorativo di Persone con problemi psichici in carico ai DSM.

Il Piano di Rientro ed il DIEF 2011, riprendendo criticità e progettualità più volte segnalate nei precedenti DIEF e nel P.R.S., hanno posto una specifica attenzione su questa tipologia di interventi.

Il DSM ASL Lecce ha riconosciuto gli interventi di ri-socializzazione, la riabilitazione al lavoro degli utenti psichiatrici ed il loro effettivo inserimento nel mondo produttivo, come priorità del DSM nel settore della Riabilitazione Psico Sociale.

Il DSM ASL Lecce assume come priorità per l'anno 2013 e successivi, dare attuazione alla DGR n. 471 del 23/02/2010, con la quale sono state licenziate le Linee Guida Regionali ed il Protocollo d'Intesa Istituzionale tra ASL, Province e Comuni per la realizzazione di percorsi integrati finalizzati all'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici.

Sport e Riabilitazione – Programmazione 2013

Organizzazione e partecipazione al Torneo Internazionale di Calcio a 6, che prevede la presenza di 20 squadre composte da Persone in carico ai Centri di Salute Mentale delle regioni italiane e partecipazione di squadre di nazioni europee.

L'evento sportivo verrà preceduto da una sessione scientifica, accreditata ECM, con partecipazione di Relatori di rilevanza nazionale e locale.

Evento da realizzare in collaborazione tra ASL Lecce, Comune di Lecce, Provincia di Lecce, Regione Puglia, ACSI (Associazione di Cultura, Sport e tempo Libero), CONI, CIP (Comitato Italiano Paralimpico)

Preventivo di spesa (a carico ASL Lecce): € 15.000,00

c) Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica

L'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica del D.S.M. assicura in tutti i servizi, centri ed articolazioni del D.S.M. le seguenti attività: psicodiagnosi; psicologia clinica; ricerca in campo psicologico e psicoterapico; psicoterapia; prevenzione e riabilitazione, nel campo della salute mentale e nelle interrelazioni con il benessere psicofisico.

Coordina il lavoro dei Dirigenti Psicologi, con particolare attenzione al lavoro pluriprofessionale integrato, alla multifattorialità della malattia mentale e del disagio psichico ed alla integrazione degli interventi all'interno del D.S.M. e nell'intero territorio dell'Azienda Sanitaria.

Per assicurare l'assistenza psicologica presso tutte le Unità Operative del D.S.M., con specifico riferimento al potenziamento dell'assistenza erogata dai C.S.M. ex DGR nr. 916/2010, è necessario procedere alla copertura del posto di Direttore U.O.C. ed all'adeguamento della dotazione organica, anche al fine di promuovere le seguenti attività e realizzare gli obiettivi:

d) Unità Operativa Complessa di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Con deliberazione del D.G. nr. 2192 del 03 Luglio 2009 è stato indetto avviso pubblico per il conferimento di incarico di Direttore Medico di struttura complessa del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce, pubblicato in G.U. nr. 67 del 01/09/2010.

Obiettivo prioritario ed indifferibile è l'attivazione dell'U.O.C. di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) del D.S.M. ASL Lecce.

Con l'attivazione dell'U.O.C. verranno anche predisposti i progetti di utilizzo dei finanziamenti di cui alla Deliberazione G.R. n. 1627/2004 e succ.ve.

Sotto il profilo strutturale/organizzativo, l'U.O.C. NPIA si dovrebbe articolare in:

- N. 2 Unità Operative Territoriali (U.O.T.) (una per il territorio dell'area nord e una per il territorio dell'area sud della ASL provinciale), costituite da équipe multidisciplinari.
- All'interno delle anzidette sedi operative territoriali, si propone di attivare:
- N. 1 Centro per la ricerca, lo studio, il trattamento dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo-Autismo;
- N. 1 Centro per l'attuazione del Progetto Leonardo sulla Depressione Infantile;
- N. 1 Centro "Adolescenza", espressamente rivolto alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura dei disturbi psicopatologici dell'adolescenza.

Appare, al tempo stesso, fondamentale poter favorire la più ampia e fattiva collaborazione - anche con una rimodulazione delle competenze - tra l'UOC di NPIA Territoriale ed il Dipartimento della Riabilitazione attualmente incaricati, con le rispettive équipes multidisciplinari, di effettuare le attività di supporto per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap.

Nella organizzazione dell'U.O.C. di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del D.S.M. ASL Lecce, dovranno poi essere rimodulate le attività e funzioni attualmente devolute all'Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale denominata "Centro di Psichiatria e Psicoterapia dell'Infanzia e dell'Adolescenza" (Ce.Ps.I.A.) ed all'ambulatorio di N.P.I.A. allocato presso l'Ospedale di Scorrano, dove vengono svolte prevalentemente attività di neurofisiopatologia.

e) Unità Operative Semplici Dipartimentali

- ▶ Centro di Psichiatria e psicoterapia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Ce.Ps.I.A.): Nelle more dell'attivazione dell'U.O.C. di NPIA, svolge attività di studio e ricerca, formazione, prevenzione, diagnosi e cura per la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza.
- ▶ Centro per la cura e la ricerca sui Disturbi del comportamento Alimentare (D.C.A.): si occupa di patologie di notevole rilevanza sociale e in crescente aumento che interessano soprattutto i giovani, quali l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa, i Disturbi del Comportamento Alimentare NAS, etc... Sulla base delle risorse disponibili si potrà avviare un programma di potenziamento delle attività del Centro, attraverso l'istituzione di:
 - strutture di 1° livello (ambulatoriale), da allocarsi all'interno del Poliambulatorio dei distretti sociosanitari, integrate con il C.S.M., individuando sedi che garantiscano la più efficace e funzionale copertura dell'intero territorio di ASL;

- 1 struttura di 2° livello con 15 posti letto di day hospital all'interno dei Centri Specializzati per i DCA a valenza dipartimentale, collocata nell'ospedale di riferimento della ASL;
- una struttura di 3° livello residenziale e semiresidenziale, all'interno di una struttura dedicata, dotata di ambulatorio, day hospital, residenza terapeutico-riabilitativa.

f) Unità Operativa di Psichiatria Penitenziaria

Come previsto dal D. Lgs. n.230 del 1999, è stata attivata l'U.O. per l'assistenza psichiatrica nell'Istituto Penitenziario di Lecce.

E' necessario dare seguito alle previsioni di cui al DPCM 1 aprile 2008 ed alle successive disposizioni impartite dalla Regione Puglia nonché alle previsioni di cui al P.S.R..

E' necessario implementare l'Equipe Multiprofessionale a valenza dipartimentale, dedicata e distinta dalle Equipes di assistenza territoriale, anche alla luce dei nuovi bisogni di assistenza (dimissioni OPG; attivazione sezione di psichiatria nell'istituto di pena)..

ASSISTENZA OSPEDALIERA del DSM

I servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura hanno sviluppato programmi terapeutici integrati, non esclusivamente basati sulla terapia farmacologica sicchè, compatibilmente con le carenze di personale dedicato, hanno sviluppato progetti di psicoterapia ed interventi psicosociali; è stato implementato il Progetto Regionale "Miglioramento e valutazione della qualità dell'assistenza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia", con l'adozione di strumenti innovativi quali l'uso quotidiano del registro di monitoraggio, la cartella clinica omogenea per tutti i Servizi Ospedalieri del DSM, la discussione dei casi in equipe, l'accreditamento tra pari, l'integrazione con i servizi territoriali per la continuità delle cure e della "presa in carico",

Dato atto di un indice di occupazione prossimo al 100%, è indispensabile mantenere la prevista dotazione di posti letto (15 p.l. per ciascuno dei 4 S.P.D.C. presenti nel territorio ASL Lecce).

Per tutti i servizi è necessario un adeguamento delle dotazioni organiche, uniformandole agli standard definiti dal DIF 2009 e garantire il servizio di Guardia Attiva in tutte le sedi.

FORMAZIONE del PERSONALE

Il DSM si propone di definire e organizzare progetti formativi sia multidisciplinari sia dedicati per i diversi ruoli e competenze professionali, sulla base dei bisogni formativi rilevati e degli obiettivi fissati dalla Regione Puglia.

2.3) DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

Per poter garantire la erogazione dei LEA in ambito tossicologico e delle dipendenze, si programmerà il potenziamento degli organici anche al fine di garantire l'esigenza prioritaria delle attività assistenziali nella Struttura Penitenziaria. Verrà dato impulso ad ulteriori attività assistenziali collegate alle Dipendenze Patologiche sia di tipo preventivo che clinico-assistenziale. Particolare attenzione verrà posta alle attività di recupero ed inserimento sociale e lavorativo del tossicodipendenti che hanno completato il percorso riabilitativo favorendo la collaborazione con gli ambiti di zona per le attività connesse all'integrazione sociosanitaria. Per l'anno 2013 è prevista la piena funzionalità del centro territoriale di San Cesario, dove la struttura ultimata, ospiterà le attività territoriali del SERT e dei servizi di psicologia collegati, oltre al Centro "Fiocco Rosso" per le attività di contrasto alla diffusione dell'HIV/AIDS.

2.4) DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Il dipartimento di riabilitazione è attualmente strutturato come segue:

- componente ospedaliera “Polo riabilitativo ospedaliero di San Cesario” cui afferiscono le UU.OO. di Medicina fisica e riabilitazione, l'U.O. di Riabilitazione respiratoria e l'U.O. di Riabilitazione cardiologica.
- componente territoriale che comprende l'U.O.C. “Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione” cui afferiscono le UU.OO.SS. di “Riabilitazione neuropsichica dell'età evolutiva”, “Foniatría e riabilitazione dei disturbi della comunicazione”, “Riabilitazione ex art. 25”, “Riabilitazione ex art. 26”, nonché i dieci Presidi Riabilitativi Distrettuali coincidenti con i dieci Distretti sociosanitari. Nel corso dell'anno 2012 è stato potenziato, con l'incremento di ore di assistenza specialistica, il “Centro di ipovisione” attivo presso l'Istituto Antonacci di Lecce; anche le attività dell'ambulatorio dedicato di “Riabilitazione post – mastectomia” sono state ampliate portando a sette i punti erogativi a copertura dell'intero territorio aziendale.

Per quanto attiene la riabilitazione territoriale si confermano gli indirizzi programmatici già fissati per l'anno 2012, ed in particolare:

- la riorganizzazione dell'attività di Neuro Psichiatria Infantile che, come previsto dalla L.R.30/99 dovrà afferire interamente alla U.O.C. di NPIA afferente del DSM;
- la definitiva trasformazione degli ex centri diurni in ambulatori di riabilitazione funzionale per casi complessi;
- sviluppo della rete integrata di strutture sociosanitaria a ciclo diurno anche mediante la sperimentazione gestionale con gli Ambiti di Zona;
- la rimodulazione dell'assistenza riabilitativa ex art. 26 L.833/78 da privato con la seguente previsione di spesa, tenendo conto degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro (L.R. 2/2012) e delle disposizioni contenute nel decreto legge 95/2012:

- ▲ Assistenza Riabilitativa **semiresidenziale** da privato intraregionale: la spesa complessivamente prevista per l'anno 2013 è pari ad € 2.681.960,62 ed è invariata rispetto all'anno precedente. Tale prestazione è erogata dalle strutture di seguito riportate:

ASS. RIAB. SEMIRESIDENZIALE IN IST. SCHEMA TIPO ART.26 DELLA L.833/78 DA PRIVATO (INTRAREGIONALE)	
STRUTTURA	PREVISIONE 2013
PADRI TRINITARI	€ 1.716.488,27
EUROITALIA	€ 478.784,74
SANTA CHIARA	€ 486.687,61
TOTALE	€ 2.681.960,62

- ▲ Assistenza Riabilitativa **residenziale** da privato intraregionale : la spesa complessiva prevista è pari a € 3.670.521,67 suddivisa come di seguito indicato tra le strutture private accreditate:

ASS. RIAB. RESIDENZIALE IN IST. SCHEMA TIPO ART.26 DELLA L.833/78 DA PRIVATO (intraregionale)	
STRUTTURA	PREVISIONE 2013
PADRI TRINITARI	€ 2.770.393,00
EUROITALIA	€ 900.128,67
TOTALE	€ 3.670.521,67

- ▲ Assistenza Riabilitativa **domiciliare** da privato intraregionale : nel corso dell'anno 2012 sono stati assegnati complessivamente n. 5 moduli equamente suddivisi tra le tre strutture operanti sul territorio provinciale, con l'aggiunta quindi di n. 2 moduli rispetto all'anno 2011. Pertanto la spesa complessiva prevista per l'anno 2013 conferma l'assegnazione alle tre strutture di complessivi cinque moduli con un costo ripartito per ciascuna struttura secondo lo schema seguente:

ASS. RIAB. DOMICILIARE IN IST. SCHEMA TIPO ART.26 DELLA L.833/78 DA PRIVATO (INTRAREGIONALE)	
STRUTTURA	PREVISIONE 2013
PADRI TRINITARI	€ 655.455,59
EUROITALIA	€ 655.455,59
SANTA CHIARA	€ 655.455,59
TOTALE	€ 1.966.366,77

- ▲ Assistenza riabilitativa **residenziale** in istituti schema tipo art. 26 della legge 83/78 da privato **extraregionale**: le prestazioni riabilitative di tipo residenziale, erogate da istituti extraregionali ex art. 26 a favore pazienti residenti nel territorio della Asl Lecce, avvengono solo in seguito ad una autorizzazione rilasciata dalla Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione. Per l'anno 2013 tale voce di spesa è prevista sostanzialmente invariata rispetto l'anno 2012 ed ammonta ad € 1.200.000,00 ;
- ▲ Assistenza riabilitativa **semiresidenziale** in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato **extraregionale** : per l'anno 2013 si prevede una spesa pari a € 50.000,00 ;
- ▲ Assistenza riabilitativa **domiciliare** in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato **extraregionale** : per l'anno 2013 si prevede una spesa pari a € 10.000,00.

Trasporto assistiti e disabili : la spesa prevista per il servizio trasporto disabili presso gli ambulatori di riabilitazione per l'anno 2013 è pari a quella dell'anno precedente ossia ad € 2.142.480,60 . Si tratta di una spesa che grava sul bilancio della Asl Lecce per il 40% del totale mentre il restante 60% , anticipato comunque dalla Asl, è a carico degli Ambiti Territoriali.

La previsione di spesa per le prestazioni ex ONIG ammonta ad €. 160.000.

Si prevede, inoltre, la prosecuzione di progetti riabilitativi speciali (Riabilitazione in acqua, pet-therapy) per un importo complessivo di €. 160.000.

3) PREVENZIONE

Per poter garantire l'erogazione dei LEA nell'area della prevenzione, si prevede il potenziamento degli organici del Dipartimento di Prevenzione al fine di recuperare le risorse umane depauperate dai pensionamenti di personale, specie di quello tecnico-ispettivo. Le attività previste dai precedenti Piani Regionali della Prevenzione (infortuni sul lavoro, vaccinazioni, obesità ecc), e rese possibili grazie all'assunzione temporanea di personale, sono ormai da considerarsi non aggiuntive ma di potenziamento rispetto a quelle istituzionali. Qualunque ipotesi di potenziamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione non può prescindere dalla progressiva copertura, almeno parziale, delle carenze menzionate compatibilmente con le risorse economiche disponibili. Si procederà, inoltre, all'incremento di ore settimanali di specialistica ambulatoriale per i Servizi Veterinari A, B e C, indispensabili per il raggiungimento dei LEA in questo delicato settore (in particolare per il randagismo, per tutte le competenze dell'Area C, ora fortemente carente, per le prestazioni h24 compresa la pronta disponibilità).

4) INDIRIZZI SULLA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA

Razionalizzazione, qualificazione e riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi

Le previsioni di spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari sono state formulate nel rispetto dei vincoli finanziari posti dalle vigenti disposizioni normative nazionali e regionali.

Sul versante dei servizi nel corso dell'esercizio 2012 si è proceduto nel processo di internalizzazione riformulando il business plan e affidando alla società in house la globalità dei servizi di ausiliario/pulizie e manutenzione del verde, nonché i servizi informatici (Conduzione funzionale e gestione del sistema informativo automatizzato e supporto tecnico ed affiancamento operativo del personale aziendale comprensivo delle attività di CUP back-office e front-office). Nel corso del 2013 è prevista, inoltre, la internalizzazione delle postazioni 118 attualmente gestite da ditte private.

Per i restanti servizi non sanitari (mensa, lavanderia, smaltimento rifiuti, vigilanza, assicurativi, ecc.) sono in corso le procedure di gara per gli appalti in scadenza e/o scaduti.

Il piano degli investimenti (beni durevoli e interventi strutturali) è stato definito nei limiti delle entrate proprie dell'azienda.

Spesa per accordi contrattuali con le strutture private accreditate:

- **Case di Cura** (attività di ricovero): la previsione di spesa per l'anno 2013 tiene conto di quanto già indicato dal Piano di Rientro 2010-2012 nonché di quanto previsto dalla legge n. 135/2012 in materia di revisione della spesa pubblica, nell'ambito della programmazione regionale aggiornata con le nuove "pre-intese" con le strutture accreditate.
- **Strutture ambulatoriali:** la previsione di spesa per l'anno 2013 tiene conto di quanto già indicato dal Piano di Rientro 2010-2012, di quanto previsto dalla legge n. 135/2012 in materia di revisione della spesa pubblica, nonché di quanto previsto dalla normativa regionale in materia di standard prestazionali quali-quantitativi per le prestazioni emodialitiche; resta prioritario per la ASL di Lecce garantire l'accesso dei cittadini alle prestazioni di PET-TAC, mediante "addendum" contrattuale con la struttura accreditata detentrica della strumentazione, nelle more della installazione della PET-TAC pubblica, prevista entro il primo semestre 2013.

Razionalizzazione della spesa farmaceutica

L'andamento dell'assistenza farmaceutica territoriale SSR nel triennio 2010-2012, evidenzia un netto decremento sia in termini di spesa che di consumo, come si evince dalla seguente tabella:

	anno 2010	anno 2011	Gen.-sett. 2012	Proiezione anno 2012
Spesa SSN	€ 184.622.031,85	€ 153.793.799,85	€ 103.167.501,46	€ 137.556.668,61
DPC	€ 2.732.700,63	€ 2.176.900,14	€ 1.545.562,92	€ 2.060.750,56
DD	€ 25.667.018,80	€ 28.127.686,29	€ 28.932.162,88	€ 38.576.217,17
Totale	€ 213.021.751,28	€ 184.098.386,28	€ 133.645.227,26	€ 178.193.636,35
% su quota base pesata	18,19%	15,51%		14,57%

Fonte Edotto per SSN e DPC

Fonte Oliamm per DD

Importante è l'aumento della prescrizione di farmaci equivalenti registrato nella maggior parte delle categorie ATC oggetto di genericazione. Conseguentemente il costo medio DDD è in netta diminuzione. La distribuzione per conto (DPC) è in decremento sia come proiezione di spesa 2012 che come numero di confezioni (2012 vs 2011), pur rilevando un incremento nelle categorie ATC C ed A. Dato in controtendenza rispetto agli obiettivi regionali dovuto: all'esclusione dei farmaci con costo inferiori a € 27,00; alla diminuzione nell'anno 2012 delle prescrizioni di farmaci ad alto costo, quali: eparine, fondaparinux, eritropoietine (ATC B), ormone somatotropo (ATC H) passato nel 2012 in erogazione diretta, interferoni (ATC L), antipsicotici e farmaci antidemenza (ATC N).

La riduzione delle prescrizioni di alcuni farmaci ad alto costo soggetti all'obbligo di piano terapeutico potrebbe essere stata determinata anche dall'utilizzo dalla fine dell'anno 2010, per l'intero territorio aziendale, dei moduli aziendali numerati e dal controllo effettuato sull'appropriatezza prescrittiva dei piani terapeutici.

L'incremento di spesa dell'erogazione diretta è dato dall'aumento dell'attività della Distribuzione diretta del primo ciclo di terapia soprattutto per eparine a basso peso molecolare ed albumina.

Un'attenzione particolare è sempre stata riservata alla farmacovigilanza, in quest'ottica, sono stati organizzati, in accordo con la Direzione Sanitaria Aziendale, incontri specifici con i Medici Ospedalieri ed i centri vaccinali, per incrementare la cultura aziendale della segnalazione delle sospette reazioni avverse. La maggiore attenzione al tema da parte degli operatori sanitari è riscontrabile nel numero di reazioni avverse inserite, da gennaio a ottobre 2012, nella Rete nazionale di farmacovigilanza: n. 137 nel 2012 vs n. 28 nel 2011.

Appropriatezza prescrittiva: l'attività di formazione e informazione curata dall'Area Farmaceutica nel corso del triennio considerato è stata costante ed ha trattato tematiche varie, tra cui i farmaci che più spesso si prestano ad un uso improprio (antibiotici, eparine a basso peso molecolare, statine, bifosfonati, oncologici, farmaci biologici) approfondendo i risvolti di un eventuale inappropriato utilizzo sia sulla spesa farmaceutica che sulla salute dei pazienti (ad es. interazioni).

Si è data priorità al controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei piani terapeutici, alla redazione del "Vademecum eparine", delle "Raccomandazioni antipsicotici", dei monitoraggi sulle prescrizioni di ossigeno, tiotropio, farmaci afferenti alla nota Aifa 74, statine, farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACEi e sartani), antimicrobici per uso sistemico (antibiotici). L'andamento dell'assistenza farmaceutica convenzionata SSR territoriale ASL LE nel triennio 2010-2012 (gen-sett) è in netta diminuzione sia in termini di spesa (costo medio DDD) che di consumi (DDD x 1000 ass.). L'uso dei farmaci equivalenti, nella maggior parte dei casi, è in continua crescita.

In attuazione della legge 135/2012 l'onere per l'assistenza farmaceutica territoriale (farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta) è da prevedersi nella misura dell'11,35% delle risorse assegnate. Nella redazione del bilancio di previsione 2013 prudenzialmente si confermano i dati derivanti dalla proiezione di spesa anno 2012.

La ASL Lecce predisporrà un piano per l'appropriatezza prescrittiva, da attuare sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero, con l'obiettivo di raggiungere lo standard nazionale relativo alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto nelle diverse ATC, di raggiungere gli standard previsti dagli atti regionali in materia di prescrizione di farmaci cardio-vascolari e metabolici, di migliorare gli standard prescrittivi in alcune aree critiche che sono state già oggetto di monitoraggio aziendale, quali i farmaci per la BPCO, i farmaci anti-psicotici, le eparine, gli antibiotici.

Personale, dotazioni organiche, risorse contrattuali ed accordi integrativi

I. BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2013.

La previsione di spesa del personale dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato è stata effettuata, sulla base del consuntivo relativo al III trimestre 2012 riferito alle unità in servizio al 30/09/2012 in applicazione dei CC.CC.NN.L. in vigore per l'area del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e per l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, opportunamente integrati dalla indennità di vacanza contrattuale ai sensi del comma 17 dell'art.9 del D.L.n.78 del 31/08/2010, convertito in legge dall'art.1 della L. 30/07/2010 n.122.

In particolare, le somme iscritte nel bilancio di previsione sono state determinate considerando le seguenti componenti di spesa:

- importi liquidati con la mensilità di settembre 2012, al netto dei cedolini pagati al personale a tempo indeterminato risultato cessato al 01/10/2012, per il quale naturalmente non ci sarà spesa nell'esercizio 2013;
- fondi contrattuali così come provvisoriamente determinati nel corso del 2012 senza superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ai sensi dell'art.9, comma 2 bis, del D.L.n.78 del 31/08/2010, convertito in legge dall'art.1 della L. 30/07/2010 n.122;
- risparmio di spesa relativamente al personale che prevedibilmente, sulla base dei dati aggiornati al mese di settembre 2012, andrà in quiescenza o comunque cesserà nei mesi da ottobre a dicembre 2012 e nel corso del 2013 e di cui si riporta, di seguito, analitico prospetto per profilo professionale di appartenenza, salvo gli effetti prodotti dalle recenti riforme in materia previdenziale (D.L. 06/12/2011, n.201 convertito nella L.22/12/2011 n.214);
- importi relativi a personale comandato presso questa Azienda e proveniente sia da altre Aziende Sanitarie Regionali e/o di altre Regioni, sia da Enti Pubblici Regionali e/o di altre Regioni;
- per ciò che attiene la attività di Libera Professione si è considerata la spesa consuntivata nel terzo trimestre 2012 e opportunamente proiettata sull'anno 2013.

Personale che presumibilmente cesserà nei mesi da ottobre a dicembre 2012 e nel corso del 2013

PROFILO PROFESSIONALE / CATEGORIA	NUM.
DIRIGENZA MEDICA	18
DIRIGENZA SANITARIA	2
DIRIGENZA TECNICA	1
COMPARTO SANITARIO	32
COMPARTO TECNICO	24
COMPARTO AMM.VO	13
Totale	90

Le somme relative alle consulenze del personale dipendente (prestazioni aggiuntive) sono state previste sulla base del corrispondente valore calcolato nel consuntivo 2009 decurtato del 80% confermando quanto previsto dal par.4.6 n.10) del D.I.E.F. per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012.

Le somme relative al “Personale a progetto (Ex Co.Co.Co.)” dei quattro ruoli sono state calcolate sulla base dei contratti esistenti alla data del 30/09/2012 opportunamente proiettate per l’anno 2013 ove gli stessi fossero confermati.

E’ stato, inoltre, verificato il rispetto dell’art.13 della L.R. n.1 del 04/01/2011 in materia di spesa per assunzioni a tempo determinato e per collaborazioni, quantificando la stessa, in sede di previsione, in un importo non superiore al 50% di quello del 2009 come di seguito riportato.

	ANNO 2009 COMPRESO ONERI ED IRAP	DI CUI PER PROGETTI FINANZIATI	TOTALE ANNO 2009	LIMITE ANNO 2013	
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	27.665.396,08	2.765.023,16	24.900.372,92	12.450.186,46	
CO.CO.CO.	1.280.488,30	674.309,75	606.178,55	303.089,28	
INTERINALI	190.219,78		190.219,78	95.109,89	
TOTALE	29.136.104,16	3.439.332,91	25.696.771,26	12.848.385,63	A
	PREVISIONE 12 MESI 2013 COMPRESO ONERI ED IRAP	DI CUI PER PROGETTI FINANZIATI		TOTALE PREVISIONE 2013	
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	13.534.835,00	813.802,24		12.721.032,76	
CO.CO.CO.	523.000,00	427.000,00		96.000,00	
INTERINALI				-	
TOTALE	14.057.835,00	1.240.802,24		12.817.032,76	B
			DIFFERENZA B-A	- 31.352,87	

A riguardo va tenuto conto degli effetti prodotti dalle nuove disposizioni regionali in materia di spesa per il personale a tempo determinato di cui al comma 1 dell’art.5 della L.R. 03/07/2012 n.18 che di seguito si riporta:

“1. All'articolo 1 della legge regionale 15 maggio 2012, n. 11 (Misure urgenti per l'accelerazione della determinazione delle dotazioni organiche delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale e di tutela assistenziale), sono aggiunti, in fine, i seguenti commi: "2-bis. Per l'anno 2012 i limiti di cui all'articolo 9 (Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico), comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, vengono determinati su base aggregata regionale con riguardo alla spesa complessivamente sostenuta nell'anno 2009 dagli enti ed aziende del Servizio sanitario regionale (SSR). 2-ter. Gli enti e le aziende del SSR procedono senza indugio a comunicare alla Regione i dati relativi alla spesa storica del 2009 per le tipologie contrattuali di cui all'articolo 9, comma 28, del d.l. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. 122/2010, nonché la spesa già sostenuta e quella derivante da convenzioni o contratti già perfezionati per le medesime tipologie contrattuali per l'anno 2012. 2-quater. La Giunta regionale provvede: a) sulla base delle comunicazioni di cui al comma 2-ter, alla quantificazione della spesa aggregata regionale consentita nel 2012, nel rispetto dei limiti previsti dalle norme in materia di contenimento della spesa pubblica, al netto di quanto già speso ovvero previsto da convenzioni o contratti già perfezionati; b) ad assegnare agli enti e aziende del SSR le quote della spesa residua consentita per il 2012, al fine esclusivo di consentire che detti enti e aziende siano posti nelle condizioni di attuare quanto disposto dal comma 2".”

II. Comma 21 dell’art.15 del D.L. n.95 del 06/07/2012 convertito nella L. 07/08/2012 n.135 - CONFRONTO CONSUNTIVO 2004 – PREVISIONE ANNO 2013.

Nella tabella seguente si espone il confronto tra il consuntivo 2004, come informalmente determinato e comunicato dall’Assessorato alle Politiche della Salute nella riunione del 01/08/2012, tenuta presso l’Assessorato alle Politiche della Salute di Bari con i Direttori Generali delle A.S.L. e la previsione 2013 della spesa per personale dipendente, necessario per la dimostrazione del rispetto dei vincoli previsti in materia di contenimento della spesa di personale, giusta comma 21 dell’art.15 del D.L. n.95 del 06/07/2012, convertito nella Legge 07/08/2012 n.135, che estende agli anni dal 2013 al 2015 quanto previsto dal comma

71 dell'art. 2 della Legge 23/12/2009 n.191 (Finanziaria 2010). Tale adempimento è previsto quale obiettivo per i Direttori Generali nel D.I.E.F. per l'anno 2012, giusta D.G.R.n.1426 del 13/07/2012.

PREVISIONE SPESA PERSONALE ANNO 2013			
IMPORTI IN MIGLIAIA DI EURO			
	Anno 2004	Previsione anno 2013	NOTE
Retribuzioni lorde (trattamento fisso ed accessorio) corrisposto al personale dipendente a t.i. ed a t.d. comprensivo di oneri a carico Ente	345.926,02	404.011,00	
IRAP	25.254,27	27.030,47	
Consulenze personale dipendente (prestazioni aggiuntive)	5.242,83	848,00	
Altro personale	8.431,69	1.579,67	
Altre voci di spesa	-	-	
Da escludere			
Maggiore spesa, rispetto al 2004, per l'assunzione di personale appartenente alle categorie protette		- 3.379,12	
Spese per arretrati relativi ad anni successivi al 2004, compreso vacanza contrattuale [Incrementi contrattuali]		- 68.572,15	
Spesa per il personale impiegato in progetti finanziati da terzi da escludere ai sensi dell'art.1, c.565 della L.296/2006 (L.F. 2007)		- 1.240,80	
Spese per adeguamento inquadramento ed arretrati relativi ad anni successivi al 2004, per il personale SISH (L.R.n.16/87) [Incrementi contrattuali]		- 2.565,55	
SPESA PERSONALE DI RIFERIMENTO - ANNO 2004	384.854,81		
Abbattimento del 1,4%	- 5.387,97		
Limite consentito per Personale anno 2012	379.466,84	357.711,52	
Differenza		- 21.755,31	

III. Programmazione delle assunzioni per l'anno 2013 (D.I.E.F. per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012)

Non essendo stata apportata alcuna innovazione dal D.I.E.F. per l'anno 2012, si fa riferimento al p.to 9) del par.4.6 del D.I.E.F. per l'anno 2010, e valevole per il triennio 2010-2012, che richiama il comma 76 della L.n.191/2009 (Finanziaria 2010), di modifica dell'art.1, c.174, della L. 30/12/2004, n.311, e successive modificazioni, nel senso di prevedere per le regioni in squilibrio economico-finanziario il blocco automatico del turn over del personale del S.S.R. fino al secondo anno successivo a quello di riferimento.

Inoltre con l'art.2 della L.R. 24/09/2010 n.12 è stato previsto, anche per adempiere alle prescrizioni collegate al Piano di Rientro, che per gli anni 2010, 2011 e 2012 sussiste il divieto per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali di procedere alla copertura, mediante assunzioni a tempo indeterminato o incarichi a tempo determinato, dei posti resisi vacanti a partire dalla data di entrata in vigore della medesima legge.

In caso di comprovata necessità e urgenza, accertata l'impossibilità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con il personale in servizio, anche attraverso le procedure di mobilità tra Aziende ed Enti del S.S.R., la Giunta regionale autorizza il Direttore Generale, in deroga al blocco del turn over, a procedere alle assunzioni necessarie nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'art.2, c.71, della L.n.191/2009, nonché della programmazione economico-finanziaria prevista nel Piano di rientro.

Attualmente, quindi, l'unica previsione possibile è soltanto quella riferibile alle procedure di mobilità di cui, di seguito, si riporta prospetto riepilogativo.

Assunzioni previste per l'anno 2013

Profilo prof.le	Ruolo	Numero
COLL.RE PROF.LE SANIT. - INFERMIERE	Sanitario	50
COLL.RE PROF.LE SANIT. - FISIOTERAPISTA	Sanitario	5
ASSISTENTE SOCIALE	Tecnico	2
DIRIGENTE MEDICO - PSICHIATRIA	Sanitario	2
DIRIGENTE MEDICO - ANESTESIA E	Sanitario	2

RIANIMAZIONE		
DIRIGENTE MEDICO – MEDICINA E CHIRURG. D'ACCETT. E D'URGENZA	Sanitario	4

CONCLUSIONI

Con gli interventi sopra descritti è stato possibile formulare il bilancio di previsione per l'esercizio 2013 in pareggio. Nel perseguimento dell'equilibrio economico complessivo saranno coinvolte tutte le strutture aziendali dando maggiore impulso alle attività di monitoraggio e al pieno sviluppo dei sistemi gestionali budgetari secondo le allegate "Direttive di budget per l'esercizio 2013".

Lo sforzo dell'Azienda di contenere i costi nei limiti dei trasferimenti regionali sarà teso, in ogni caso, ad assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza alla popolazione residente nel territorio di competenza ponendo la massima attenzione ai bisogni emergenti connessi al progressivo invecchiamento della popolazione e alle esigenze legate alla cronicità.

Il Direttore Generale
Dr. Valdo Mellone

DIRETTIVE DI BUDGET PER L'ESERCIZIO 2013

Con riferimento alle azioni previste nel piano strategico vengono di seguito definiti gli obiettivi per la determinazione del budget 2013.

A. OBIETTIVI COMUNI A TUTTI I SERVIZI:

→ Flussi informativi:

La responsabilità di garantire flussi informativi completi, affidabili e tempestivi investe tutti i dirigenti dell'azienda preposti alle direzioni operative e deve essere esercitata con la consapevolezza che ogni ritardo o altro inadempimento influisce negativamente sulla gestione complessiva.

La corretta gestione dei flussi informativi è costituisce elemento fondamentale per l'accesso delle regioni ai finanziamenti e tanto lo è per le ASL verso la Regione. La Giunta Regionale, infatti, ha fissato tra gli obiettivi prioritari da assegnare ai Direttori Generali nei rispettivi atti di nomina la corretta e puntuale alimentazione dei flussi informativi ed il rispetto degli adempimenti previsti dalle norme di legge in vigore nonché dalle intese/accordi Stato – Regioni con particolare riferimento agli adempimenti e debiti informativi oggetto di verifica da parte dei tavoli di monitoraggio sui LEA di cui all'intesa del 23.03.05 tra Stato, Regioni e P.A.

I principali flussi informativi, da tenere inderogabilmente aggiornati in tempo reale, concernono:

- SDO – Accettazione e Dimissione Ospedaliera; (sia da strutture a gestione diretta che convenzionate)
- Prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche e specialistiche; (sia da strutture a gestione diretta che convenzionate)
- Prestazioni diagnostiche e specialistiche erogate a pazienti ricoverati;
- Anagrafe degli assistiti;
- Prestazioni aggiuntive dei MMG e PLS;
- Prestazioni di continuità assistenziale;
- Prestazioni specialisti interni;
- Prestazioni erogate in assistenza domiciliare;
- Prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale;
- Prestazioni di assistenza integrativa e protesica;
- Contabilità del personale e aggiornamento in tempo reale delle eventuali variazioni di destinazione (centro di costo) di ciascuna unità di personale;
- Contabilità dei magazzini farmaceutici ed economici, con particolare attenzione alla completezza dell'informazione per i materiali di solo transito;
- Contabilità delle casse economiche;
- Inventari dei beni mobili ed immobili (gestione dei cespiti);
- Contabilità generale;
- Contabilità analitica per centri di costo.

B. UNITÀ OPERATIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI:

- ➔ Riduzione della mobilità passiva infra ed extraregionale non inferiore al 10% rispetto alla mobilità passiva 2011.
- ➔ Riduzione del numero dei ricoveri di un giorno non inferiore al 30% rispetto al 2011.
- ➔ Riduzione del numero dei ricoveri con degenza uguale a 2 giorni non inferiore al 20% rispetto al 2011.
- ➔ Riduzione dei ricoveri considerati “ad alto indice di in appropriatezza” con le modalità previste dalla normativa nazionale e regionale (ricoveri LEA).
- ➔ Riduzione di almeno il 5% della percentuale dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC sul totale dei ricoveri.
- ➔ Riduzione di almeno 1, 2 giornate della degenza media preoperatoria fatta registrare nel 2011.
- ➔ Utilizzo dei posti letto pari ad almeno il 75% del tasso di utilizzo. Il non raggiungimento di questo obiettivo comporta la immediata riduzione dei PL e delle risorse umane e strumentali assegnate.
- ➔ Incremento di almeno il 5% dei primi tre DRG, per i quali i cittadini ricorrono alla mobilità passiva infra ed extra regionale di seguito riportati.
- ➔ Razionalizzazione dell'impiego dei farmaci ad alto costo, con particolare attenzione alla ricerca di prodotti che per pari efficacia mostrino migliori condizioni di mercato.
- ➔ Incremento di almeno il 10% del rapporto operati/dimessi.
- ➔ Riduzione dei costi di almeno il 2% rispetto al 2011.

- Impegno a conseguire l'equilibrio economico tra il Budget assegnato a ciascuna Unità operativa e i costi gestionali effettivamente sostenuti.
- Rapporto parti cesarei su totale parti inferiore al 40%.
- Percentuale di interventi chirurgici per fratture di femore operate entro 2 giorni = o > al 35%.
- Presa in carico dei pazienti nel giusto regime assistenziale a seconda delle condizioni cliniche e dello stato di acuzie: (ambulatoriale; day service; day hospital; ricovero programmato; ricovero per acuti), potenziando le attività di day hospital e day.
- Attivare e/o incrementare le prestazioni ambulatoriali per esterni ed in particolare di quelle che hanno caratteristiche di urgenza. L'incremento non deve essere inferiore al 10% rispetto al risultato del 2011.
- Attuare percorsi preferenziali nell'esecuzione e refertazione degli esami destinati ai degenti.
- Impegnarsi a conseguire il giusto equilibrio tra le prestazioni ambulatoriali rese in regime di attività istituzionale e quelle rese in regime d'attività libero professionale.
- Definizione di almeno 3 percorsi diagnostici e terapeutici integrati coinvolgenti gli ospedali, le strutture ambulatoriali specialistiche e i medici di base, tesi alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse destinate alla trattazione dei casi.

C. DISTRETTI SOCIOSANITARI

- Potenziamento delle attività specialistiche nelle forme di “day service” integrati di tipo medico e chirurgico.
- Pieno sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata su tutto il territorio dell'azienda, aumentando il numero di assistiti al fine di raggiungere l'obiettivo di servizio del 3,5% della popolazione anziana.
- Adozione di protocolli diagnostico – terapeutici concordati con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per alcune rilevanti patologie croniche: Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO., con incremento dei pazienti presi in carico;
- Razionalizzazione delle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali interni finalizzata al miglioramento della produttività (prestazioni/ora) e alla riduzione delle liste di attesa gestite per priorità di intervento in linea con le previsioni del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).
- Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria in raccordo con gli Ambiti Territoriali ed il Servizio Sociosanitario mediante:
 - l'attuazione degli interventi programmati nei Piani di Zona (seconda triennalità),
 - la piena funzionalità della P.U.A. e dell'UVM,
 - il rispetto delle procedure di accesso, presa in carico e verifica dei piani di trattamento dei pazienti inseriti nelle strutture socio-sanitarie a ciclo diurno e a ciclo residenziale.
- Attuazione in ogni distretto, in collaborazione con i PP.OO., del protocollo operativo Dimissioni Ospedaliere Protette (DOP) adottato dalla Direzione Generale.

D. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

- Sviluppo dell'assistenza territoriale mediante il completamento del programma (seconda fase) di potenziamento e apertura h12 dei CSM di Squinzano e Gagliano del Capo.
- Riduzione della degenza media nelle strutture riabilitative psichiatriche residenziali h 24 e contestuale incremento dell'assistenza riabilitativa h 12, ambulatoriale e domiciliare.
- Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria in raccordo con i Distretti, gli Ambiti Territoriali ed il Servizio Sociosanitario mediante:
 - l'attuazione degli interventi programmati per la salute mentale nei Piani di Zona (seconda triennalità), con particolare riferimento ai percorsi di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici stabilizzati ed ai percorsi di reinclusione sociale dei pazienti psichiatrici gravi;
 - la partecipazione alle UVM per la valutazione e la stesura dei piani assistenziali individualizzati dei pazienti con patologia psichiatrica cronica e stabilizzata che necessitano di interventi a prevalente carattere socio-assistenziale, nel rispetto delle procedure di presa in carico e di accesso alla rete delle strutture socio-sanitarie a ciclo diurno e a ciclo residenziale.
 - Riqualificazione delle attività di riabilitazione psichiatrica in linea con le risultanze della apposita Conferenza dei Servizi indetta dalla ASL Lecce.

E. DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

- Sviluppo delle attività di prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche mediante:

- il potenziamento dei programmi per il trattamento dell'alcoldipendenza, in raccordo con l'U.O. di "Alcologia" e in collaborazione con le associazioni di auto-mutuo aiuto;
 - il miglioramento della gestione del paziente tossicodipendente con comorbidità psichiatrica, raccordandosi con l'U.O. "Doppia Diagnosi" e con la collaborazione dei servizi del DSM;
 - sviluppo degli interventi per il contrasto delle dipendenze senza sostanze ed in particolare il gioco d'azzardo patologico.
- Attuazione e implementazione a regime del "Progetto per la prevenzione e cura delle criticità cliniche correlate alle dipendenze patologiche" finalizzato:
- al trattamento dei pazienti affetti da forme morbose secondarie ad agenti tossici e/o virali secondo il protocollo di cura integrato con la Divisione di malattie infettive del P.O. di Galatina;
 - alla riduzione di ricoveri impropri e/o di ricoveri per complicanze correlate alla tossicodipendenza e alla riduzione della durata complessiva della degenza di utenti in reparti ospedalieri.
- Avvio di programmi finalizzati a facilitare l'accesso alle misure alternative alla detenzione.
- Contenere la spesa e gli inserimento dei pazienti nelle Comunità Terapeutiche attraverso:
- una appropriata valutazione degli invii;
 - un'offerta diversificata dei trattamenti ambulatoriali;
 - la valorizzazione e l'utilizzo delle risorse sociali esistenti sul territorio.
- Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria in raccordo con i Distretti, gli Ambiti Territoriali ed il Servizio Sociosanitario mediante l'attuazione degli interventi programmati per l'area delle dipendenze patologiche nei Piani di Zona (seconda triennalità).

F. STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE DELLA RIABILITAZIONE

- Predisposizione e realizzazione di un modello organizzativo per il Polo Riabilitativo Ospedaliero di S. Cesario, finalizzato alla piena operatività delle quattro unità operative complesse di riabilitazione compatibilmente con le risorse assegnate.
- Definizione di percorsi assistenziali unitari con la presa in carico dei pazienti dal reparto per acuti fino alla dimissione riabilitativa, passando attraverso i diversi setting assistenziali - riabilitativi.
- Progressiva riconversione dei centri diurni di riabilitazione territoriale in ambulatori di riabilitazione funzionale per casi complessi, assicurando il pieno raccordo con i Distretti e gli Ambiti di zona per l'attivazione di percorsi sociosanitari alternativi.
- Assicurare la costante verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture riabilitative convenzionate.
- Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria in raccordo con i Distretti, gli Ambiti Territoriali ed il servizio Sociosanitario mediante:
- l'attuazione degli interventi programmati per l'area della disabilità nei Piani di Zona (seconda triennalità),
 - la partecipazione alle UVM per la valutazione e la stesura dei piani assistenziali individualizzati dei disabili fisici, psichici e sensoriali nel rispetto delle procedure di presa in carico e di accesso alla rete delle strutture socio-sanitarie a ciclo diurno e a ciclo residenziale.

G. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- Assicurare il puntuale svolgimento delle attività di verifica periodica dei requisiti minimi autorizzativi e vigilanza.
- Potenziamento delle attività di monitoraggio degli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali.
- Potenziamento delle attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL per la realizzazione degli obiettivi del Patto per la Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e dei corrispondenti piani attuativi regionali.
- Sanità pubblica veterinaria:
- Potenziare gli interventi per il contenimento del fenomeno del randagismo canino attraverso:
 - attività di sterilizzazione chirurgica,
 - puntuale aggiornamento dell'anagrafe canina regionale di cui alla DGR n. 828/08;
 - conseguimento degli obiettivi prefissati dall'O.M. 14/11/2006 (tubercolosi e leucomi dei bovini, brucellosi dei bovini e degli ovocapri);
 - attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame, con controllo della movimentazione, sorveglianza epidemiologica, eventuale vaccinazione dei capi di bestiame;
 - controllo delle acque destinate alla acquacoltura;
 - potenziamento delle attività di monitoraggio dei contaminanti ambientali (PCB, diossine, IPA, etc.) nelle produzioni agro-zootecniche.
- Tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale:

- potenziamento delle attività di igiene della nutrizione mediante la piena realizzazione delle funzioni di sorveglianza nutrizionale nonché la promozione di stili di vita nutrizionali corretti;
 - miglioramento delle attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare ed igiene dei mangimi.
- Attività di prevenzione rivolte alla persona:
- Rispetto del calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate mettendo in atto azioni di chiamata attiva dei cittadini.

H. SERVIZI AMMINISTRATIVI E UFFICI DI STAFF

→ Obiettivi comuni a tutte le Aree e Uffici di Staff:

- Assicurare l'invio, secondo i tempi previsti, al Ministero della Economia e Finanze dei dati riferiti al monitoraggio della spesa sanitaria.
- Analisi e revisione delle procedure amministrative che devono essere definite in manuali a garanzia dell'uniformità dei comportamenti di ogni struttura, con particolare riferimento allo "spending review".
- Attivazione di sinergie (unioni d'acquisto) tra aziende sanitarie.

→ Area gestione risorse finanziarie:

- Assicurare l'invio trimestrale, per via informatica, alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze e al Ministero della Salute, della certificazione di accompagnamento del conto economico trimestrale in ordine alla coerenza dei risultati con gli obiettivi assegnati dalla Regione con particolare riferimento ai limiti di spesa.

→ Programmazione e Controllo di gestione:

- Organizzazione e sviluppo delle funzioni strategiche per il sistema di programmazione e controllo dell'azienda (sistema informativo contabile ed extra contabile) e messa a regime della metodica di budget a tutti i livelli di responsabilità della gestione delle risorse.
- Coinvolgimento pieno dei servizi amministrativi, unitamente ai servizi sanitari, nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione del budget.

→ Gare e appalti: in coerenza con gli obiettivi fissati dalla regione in materia di acquisizione di beni e servizi (piano di rientro) e nel rispetto delle norme e disposizioni regionali in materia di unioni di acquisto, verifica preventiva degli appalti, alimentazione dell'Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie, dei Dispositivi Medici e Protesici, degli Investimenti in Sanità, costituiscono obiettivi specifici per l'**Area Gestione del Patrimonio e Area Tecnica:**

- Attivare, espletare o concludere le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi al fine del superamento di ogni pregressa condizione di proroga o prosecuzione delle forniture in essere;
- Attivare e/o potenziare specifici sistemi di monitoraggio dei consumi di beni e della qualità dei servizi esternalizzati.

→ Gestione tecnica:

- Garantire gli interventi necessari per la realizzazione dei progetti finanziati con fondi FESR compresa la conseguente rendicontazione entro i termini previsti.
- Garantire gli interventi necessari per la realizzazione dei progetti finanziati con fondi ex articolo 20 II^a e III^a fase.

→ Personale:

- Assicurare il rispetto dei vincoli nazionali e regionali in materia di riduzione della spesa per il personale del SSN;
- Rideterminare la dotazione organica.
- Assicurare il rispetto delle norme regionali e relative direttive in materia di dotazioni organiche, di pianificazione del fabbisogno, di utilizzo del personale nelle mansioni proprie di appartenenza, di razionalizzazione della spesa, di corretta predisposizione dei fondi contrattuali, di gestione delle relazioni sindacali finalizzate alla definizione degli accordi integrativi aziendali.
- Contenimento dei costi per prestazioni aggiuntive per l'anno 2012 in misura non inferiore al 80% del costo complessivo registrato nell'anno 2009, fatte salve autorizzazioni in deroga da parte della Giunta Regionale.

→ Convenzioni:

- Assicurare il rispetto delle disposizioni regionali (Piano di rientro e Dief) in materia di accordi contrattuali con le strutture private accreditate.

→ Area gestione servizio farmaceutico:

- Assicurare la piena attuazione delle misure per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale, definite con deliberazione D.G. n. 3273 del 8/11/2010, finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica e al contrasto dei fenomeni di consumo inappropriato, di iperprescrizione, etc. nel rispetto dei tetti fissati per l'assistenza farmaceutica territoriale, ai sensi e con le modalità previste

dall'art. 5 del D.L. 159/07 come convertito con modificazioni dalla Legge 29.11.2007 n. 222 e ss. mm. ed ii. nonché dalle successive disposizioni ed accordi in materia.

→ **Farmacie ospedaliere:**

- Governare la appropriatezza dell'uso del farmaco in sinergia con le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero.
- Assicurare le azioni necessarie al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera mediante la revisione delle procedure per l'approvvigionamento dei beni di consumo sanitari, al fine di evitare gli sprechi e contenendo al minimo necessario le scorte di magazzino.
- Collaborare con i referenti aziendali per l'aggiornamento costante dell'anagrafe dei farmaci e dei prodotti sanitari.

→ **Servizio sociosanitario:**

- Garantire il coordinamento delle attività gestionali connesse agli interventi sociosanitari previsti nei piani di zona (seconda triennalità)
- Assicurare il rispetto delle disposizioni regionali in materia di accordi contrattuali con le strutture private accreditate che erogano prestazioni sociosanitarie ai sensi del R.R. 4/07.

→ **Formazione ed addestramento:**

- Predisposizione del Piano Formativo Aziendale e attuazione degli interventi formativi programmati.

→ **Unità di statistica ed epidemiologia:**

- Sviluppo dei flussi informativi di interesse epidemiologico (demografici, natalità, mortalità, registro tumori, etc.), utili ai fini della programmazione aziendale.
- Rispetto dei termini per la trasmissione dei flussi informativi verso il SISR ed il MEF.

→ **UVAR:**

- Effettuare per ciascun erogatore di prestazioni sanitarie (pubblico e privato accreditato) di competenza dell'ASL un controllo analitico di almeno il 15% del totale delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità agli specifici protocolli di valutazione approvati dalla Regione Puglia ed ai parametri relativi alla inappropriatezza clinica e organizzativa, al fine di assicurare il puntuale adempimento degli obblighi contrattuali degli Erogatori privati accreditati, anche avvalendosi della consulenza di Specialisti interni indicati dalla Direzione Sanitaria aziendale.
- Assicurare la puntuale applicazione delle metodologie e dei parametri di verifica stabiliti dalla Regione Puglia per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e delle prestazioni specialistiche erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate in favore dei cittadini pugliesi.

→ **Centro Unico di Prenotazione:**

- Adeguare la piattaforma informatica alle nuove modalità di gestione della offerta di prestazioni (ambulatori dedicati, "day service", liste per priorità clinica di accesso, ecc.).
- Garantire la puntuale e corretta gestione delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie mediante il sistema informatico di prenotazione (CUP) con esposizione di tutte le prestazioni offerte ed erogabili ai cittadini;
- Garantire che le strutture private accreditate espongano nell'ambito del sistema informatico delle prenotazioni (CUP) delle prestazioni sanitarie dell'Azienda tutte le prestazioni contrattualizzate ed erogabili ai cittadini;
- Garantire che la gestione delle attività libero professionali svolte dal personale dipendente avvenga esclusivamente mediante prenotazione attraverso il sistema informativo (CUP) dell'Azienda.

→ **Sistema di informazione e comunicazione ed audit civico:**

- Sviluppare i sistemi di comunicazione e informazione dell'utenza mediante l'aggiornamento del sito web aziendale e delle carte dei servizi.
- Attivare progetti di miglioramento della qualità in relazione alle criticità rilevate a seguito dell'audit civico di cui alla delibera di G.R. n. 965 del 28.12.2005.
- Potenziare i sistemi di rilevazione permanente del grado di soddisfazione espresso dagli utenti.
- Attuare il percorso di strutturazione del sistema di informazione e comunicazione in sanità previsto dal documento approvato dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 1079 del 25/06/2008.
- Potenziare la rete dei punti di informazione, comunicazione ed audit nell'ambito dei presidi e delle strutture dell'Azienda.

Il Direttore Generale
Valdo Mellone