

PIANO DELLA PERFORMANCE

2020 - 2022

Indice

1. Presentazione del Piano
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni
 - 2.1 Chi siamo
 - 2.2 Cosa facciamo
 - 2.3 Come operiamo
3. Identità
 - 3.1 Amministrazione “in cifre”
 - 3.2 Mandato istituzionale e Missione
4. Analisi del contesto
 - 4.1 Analisi del contesto esterno
 - 4.2 Analisi del contesto interno
5. Obiettivi strategici
 - 5.1 Albero delle performance
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi
 - 6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale
7. La valutazione partecipativa
 - 7.1 Interventi da parte del Comitato Consultivo Misto
 - 7.2 La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi
 - 7.3 La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero
 - 7.4 Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori
 - 7.5 Comitato Unico di Garanzia (C.U.G). Piano di azioni positive
 - 7.6 Attività di “Transizione alla Modalità Digitale” e “Dematerializzazione”
8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
 - 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
 - 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
9. ALLEGATI:
 - A) Posizionamento ASL Lecce su obiettivi DGR 2198/2016 – Indicatori MeS Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa – Anni 2017 – 2018
 - B) SCHEDE BILANCIATE DI VALUTAZIONE
 - C) Pari opportunità – Piano di azioni positive 2018 - 2020

1. Presentazione del Piano

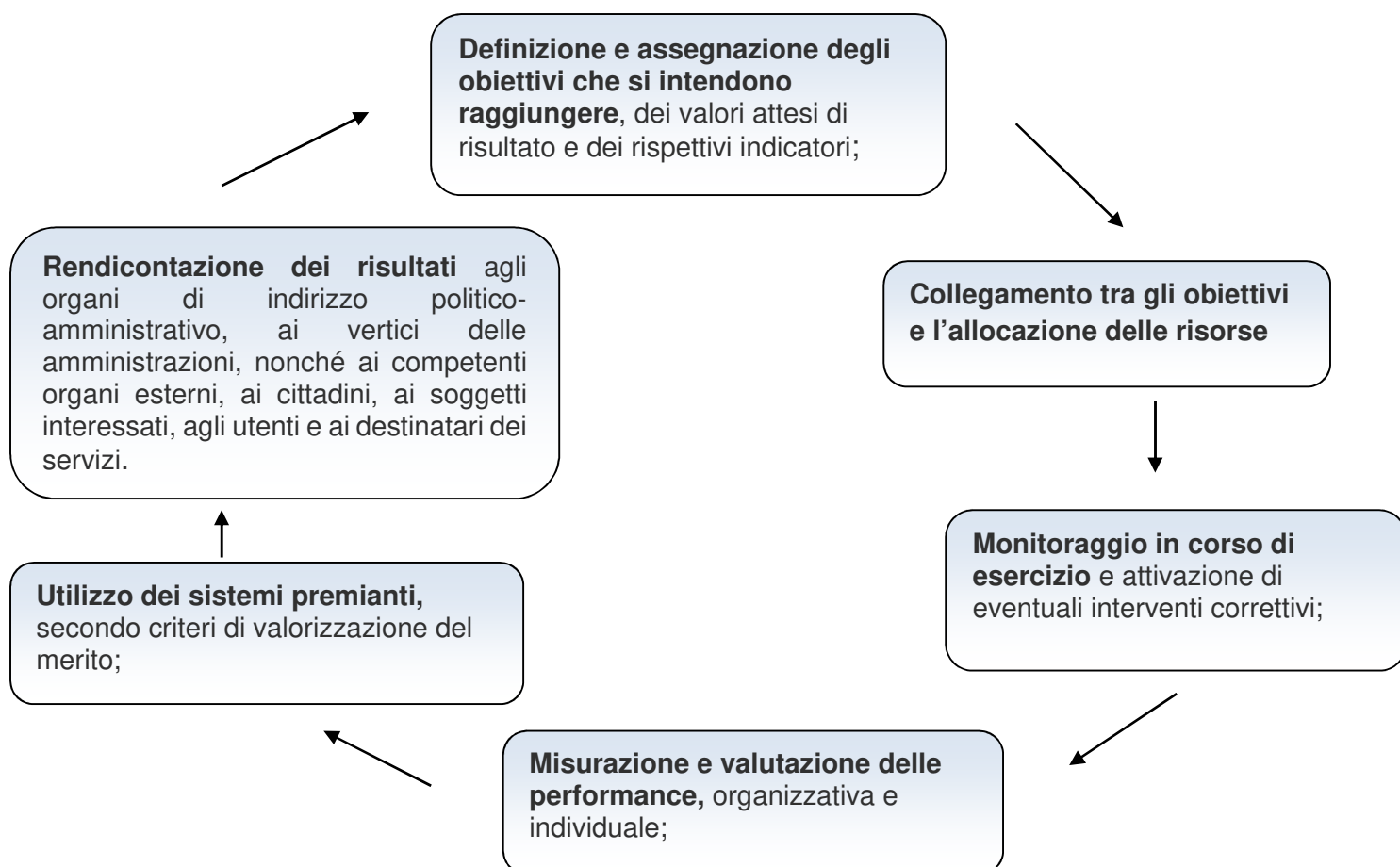
Il presente Piano viene adottato in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, che prevede l’adozione di un documento programmatico triennale denominato Piano della Performance che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell’Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell’interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l’Azienda Sanitaria Locale di Lecce si è prefissata per il triennio 2020-2022 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall’ASL di Lecce, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati raggiunti dai singoli dipendenti e dalle unità organizzative.

L’Azienda è tenuta a misurare ed a valutare le performance con riferimento all’Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, ai singoli dipendenti, mediante la gestione del “ciclo delle performance” articolato nelle seguenti fasi:



2.1 Chi siamo

Le Aziende Sanitarie Locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

La ASL LECCE nasce dall'accorpamento delle ex AUSL LE/1 di Lecce e LE/2 di Maglie, avvenuto nel 2007 in attuazione del Regolamento Regionale n. 9 del 30 marzo 2007 ed ha competenza territoriale sull'intera provincia di Lecce. Il suo territorio è di circa 2.800 Km² su cui insiste una popolazione di 795.134 abitanti (fonte ISTAT al 1.1.2019) cui vanno aggiunte le migliaia di presenze esterne determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

Costituiscono Macrostrutture aziendali i Distretti Socio-Sanitari, i Presidi Ospedalieri, i Dipartimenti Territoriali, le Aree e i Servizi Centrali.

La sede legale è in Via Antonio Miglietta 5 - Lecce

Il sito internet istituzionale è www.asl.lecce.it

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda sanitaria Lecce persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, gratuitamente o mediante compartecipazione (ticket).

I LEA sono ricompresi in tre grandi categorie:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica**, cui afferiscono le seguenti attività:
 - a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
 - b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
 - f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - g) attività medico legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale**, che si articola nelle seguenti aree di attività:
 - a) assistenza sanitaria di base;
 - b) emergenza sanitaria territoriale;
 - c) assistenza farmaceutica;
 - d) assistenza integrativa;
 - e) assistenza specialistica ambulatoriale;
 - f) assistenza protesica;
 - g) assistenza termale;
 - h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
 - i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

- **Assistenza ospedaliera**, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) pronto soccorso;
- b) ricovero ordinario per acuti;
- c) day surgery;
- d) day hospital;
- e) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f) attività trasfusionali;
- g) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h) centri antiveleni (CAV).

2.3 Come operiamo

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori che possiamo riassumere come segue:

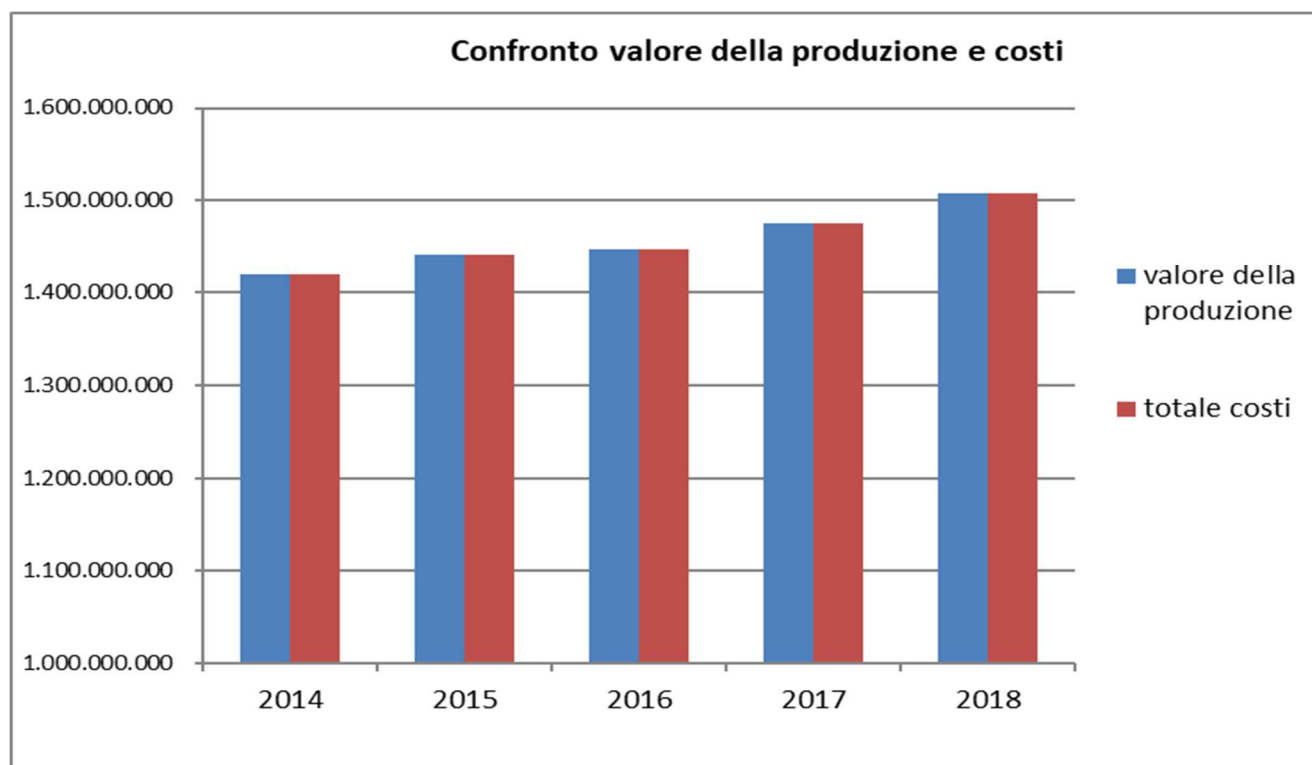
- **EGUAGLIANZA**: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- **PARTECIPAZIONE**: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **RISPETTO** della dignità umana e della privacy;
- **EQUITA' e IMPARZIALITÀ** vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- **CENTRALITA' DELLA PERSONA**: il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico-sociale;
- **UMANIZZAZIONE**: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;
- **DIRITTO DI SCELTA**: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA**: i servizi sanitari devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido e l'economicità nell'impiego delle risorse;
- **CONTINUITA'**: Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- **TRASPARENZA**: i cittadini e le loro associazioni hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane in maniera ottimale nel rispetto del bene pubblico;
- **APPROPRIATEZZA**: intesa come insieme di strumenti, tempi, azioni poste in essere da professionisti competenti, supportate da evidenze scientifiche in termini di efficacia delle cure e delle procedure organizzative adottate;
- **SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO**, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.

3. Identità

3.1 Amministrazione "in cifre"

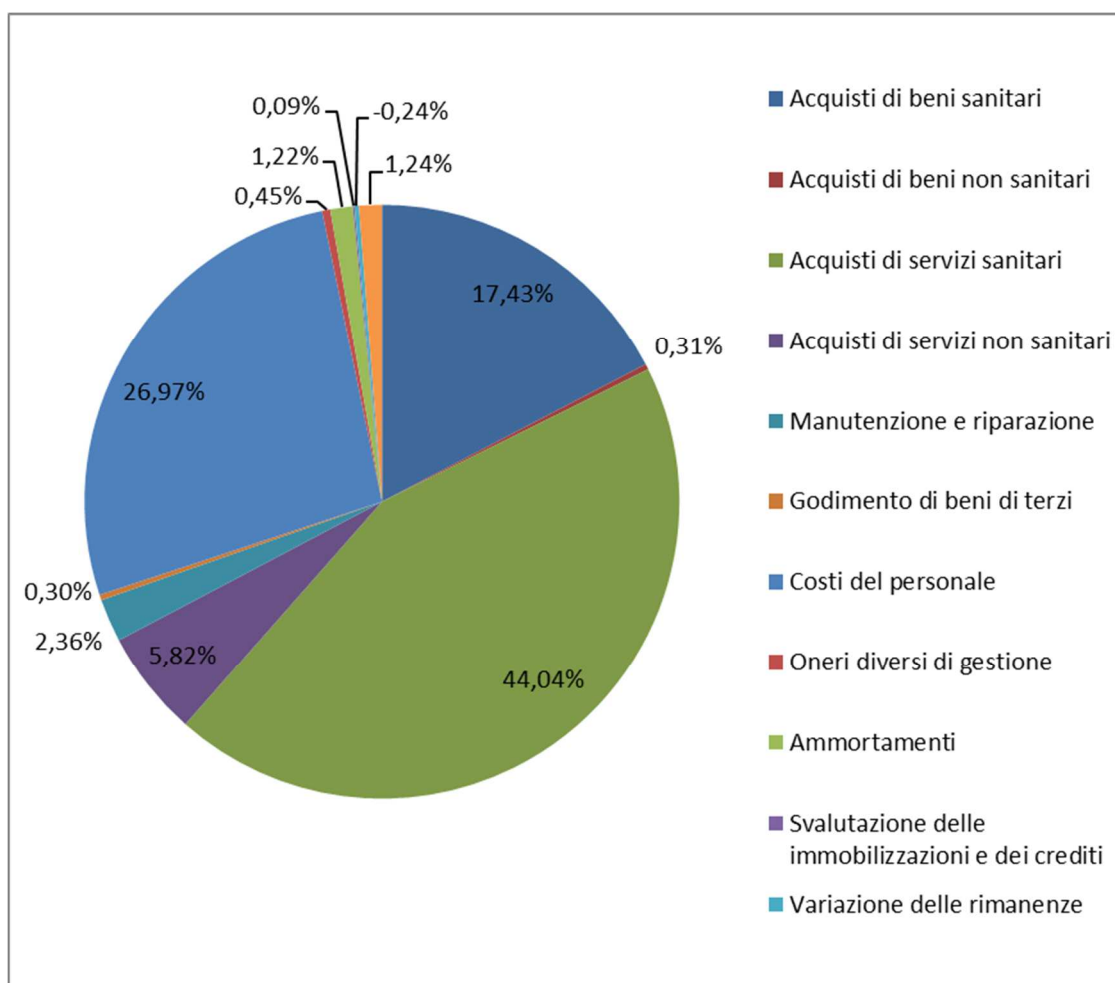
Quadro economico-finanziario Esercizi 2014 - 2018:

Comparazione macro-aggregati di bilancio ASL LE					
voci di riferimento	2014	2015	2016	2017	2018
valore della produzione	1.419.235.946	1.441.916.568	1.447.677.402	1.476.015.821	1.507.692.758
costi della produzione	1.391.705.395	1.412.832.403	1.427.911.582	1.449.824.932	1.493.776.588
altre voci di bilancio	27.519.137	28.998.311	19.706.907	26.143.034	13.913.885
totale costi	1.419.224.532	1.441.830.714	1.447.618.488	1.475.967.965	1.507.690.473
risultato d'esercizio	11.414	85.854	58.914	47.855	2.284



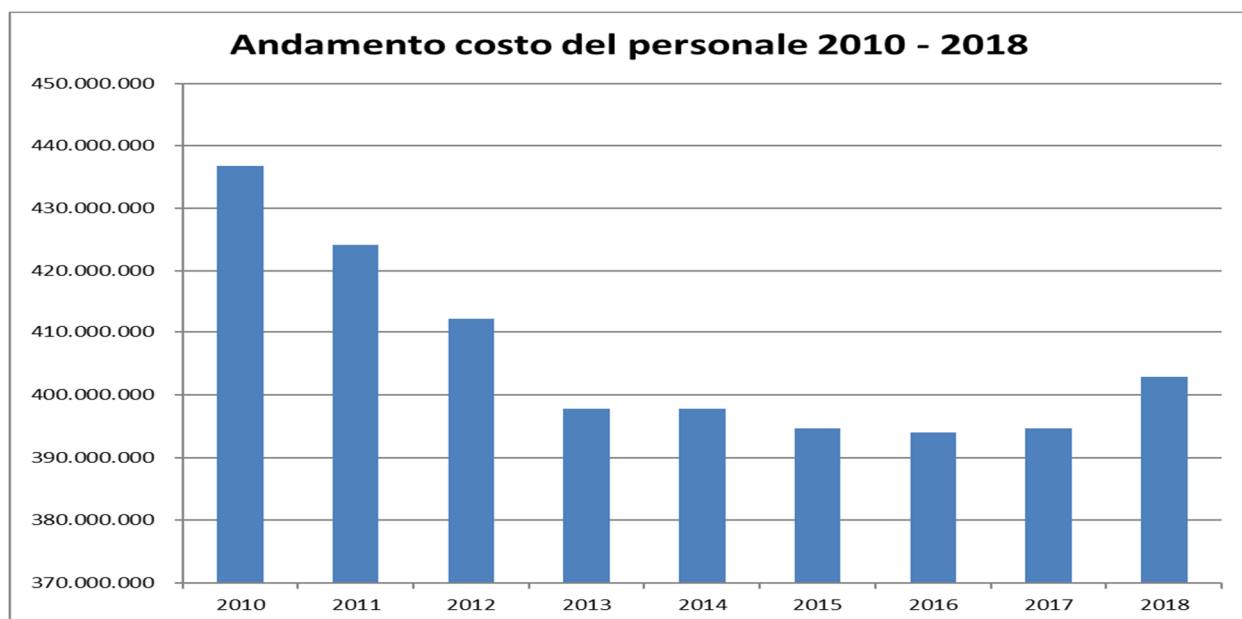
Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione - anno 2016 - 2017 - 2018

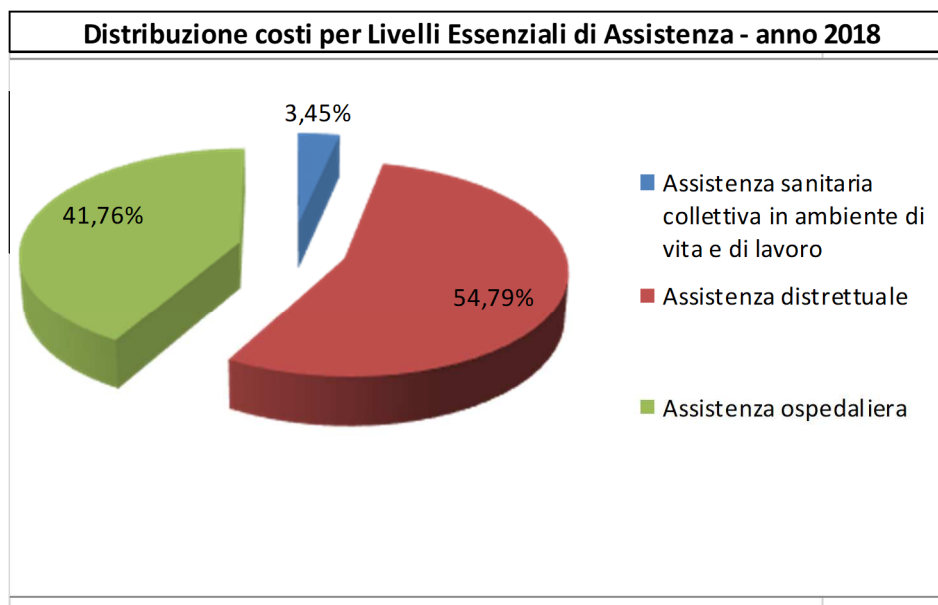
macro aggregati costi bilancio	valore_2016	inc.% su tot.costi	valore_2017	inc.% su tot.costi	valore_2018	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	225.968.603,81	15,83%	246.059.938,33	16,97%	260.393.580,80	17,43%
Acquisti di beni non sanitari	4.493.445,02	0,31%	4.771.936,75	0,33%	4.619.368,27	0,31%
Acquisti di servizi sanitari	651.634.619,63	45,64%	647.259.685,15	44,64%	657.922.076,45	44,04%
Acquisti di servizi non sanitari	78.118.683,84	5,47%	82.292.592,68	5,68%	86.977.694,92	5,82%
Manutenzione e riparazione	30.780.363,39	2,16%	31.345.944,46	2,16%	35.216.408,73	2,36%
Godimento di beni di terzi	3.639.419,38	0,25%	3.083.132,59	0,21%	4.527.930,12	0,30%
Costi del personale	393.975.467,84	27,59%	394.659.664,01	27,22%	402.910.736,41	26,97%
Oneri diversi di gestione	5.648.758,27	0,40%	5.835.445,25	0,40%	6.655.647,26	0,45%
Ammortamenti	18.432.782,84	1,29%	18.127.537,82	1,25%	18.294.860,64	1,22%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	373.205,92	0,03%	935.248,67	0,06%	1.356.082,48	0,09%
Variazione delle rimanenze	2.708.447,79	0,19%	- 2.009.589,20	-0,14%	- 3.635.561,88	-0,24%
Accantonamenti	12.137.784,04	0,85%	17.463.395,22	1,20%	18.537.763,99	1,24%
totale costi della produzione	1.427.911.581,77	100,00%	1.449.824.931,73	100,00%	1.493.776.588,19	100,00%



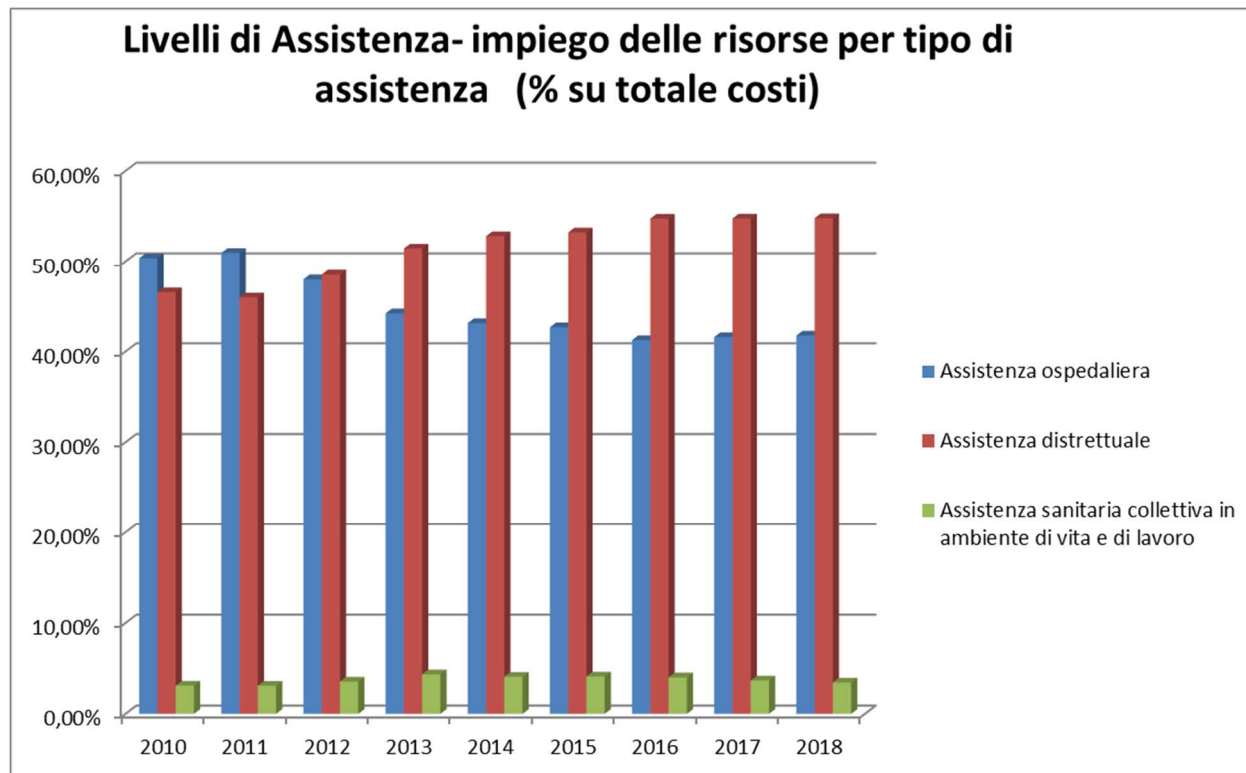
PERSONALE DIPENDENTE AL 31.12.16 E AL 31.12.2018 DISITINTO PER RUOLO							
		2016		2017		2018	
Ruolo	AREA CONTRATTUALE	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.
SANITARIO							
	DIRIGENZA MEDICI	1.468	18,62%	1.466	18,55%	1.483	18,66%
	DIRIGENZA NON MEDICI	187	2,37%	192	2,43%	199	2,50%
	COMPARTO	4.053	51,42%	4.096	51,82%	4.124	51,90%
	TOTALE RUOLO SANITARIO	5.708	72,42%	5.754	72,79%	5.806	73,45%
PROFESSIONALE							
	DIRIGENZA	6	0,08%	8	0,10%	5	0,06%
	COMPARTO	5	0,06%	5	0,06%	5	0,06%
	TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	11	0,14%	13	0,16%	10	0,13%
TECNICO							
	DIRIGENZA	10	0,13%	10	0,13%	9	0,11%
	COMPARTO	1.484	18,83%	1.490	18,85%	1.502	18,90%
	TOTALE RUOLO TECNICO	1.494	18,95%	1.500	18,98%	1.511	19,11%
AMMINISTRATIVO							
	DIRIGENZA	16	0,20%	15	0,19%	18	0,23%
	COMPARTO	653	8,28%	623	7,88%	601	7,56%
	TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	669	8,49%	638	8,07%	619	7,83%
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE		7.882	100,00%	7.905	100,00%	7.946	100,00%

ANDAMENTO COSTO DEL PERSONALE DAL 2010								
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
436.789.533	424.089.946	412.092.146	397.726.126	397.737.687	394.583.462	393.975.468	394.659.664	402.910.736





ANDAMENTO IMPIEGO DELLE RISORSE PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANNI 2010 - 2018									
Liv. Essenziali di Assistenza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Assistenza ospedaliera	50,36%	50,95%	47,96%	44,21%	43,12%	42,67%	41,25%	41,58%	41,76%
Assistenza distrettuale	46,53%	45,95%	48,49%	51,44%	52,80%	53,22%	54,73%	54,75%	54,79%
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,10%	3,09%	3,55%	4,35%	4,07%	4,11%	4,01%	3,67%	3,45%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



3.2 Mandato istituzionale e Missione

L'Azienda Sanitaria di Lecce è un'organizzazione che:

- Agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- Gestisce le risorse che le sono affidate adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- Persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sanitari e sociosanitari.

La missione strategica dell'Azienda è tutelare e promuovere la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività e in condizioni di sicurezza le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona e nell'interesse delle collettività.

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Puglia, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

La complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi assistenziali. Da ciò la necessità di sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema.

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Autonomie Locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità.

La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazioni, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e della umanizzazione delle cure.

4. Analisi del contesto

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Locale Lecce è estremamente complesso sia per la vastità del territorio sul quale deve garantire tutti i servizi previsti dai LEA sia per la eterogeneità e numerosità degli stakeholder pubblici e privati con cui si deve confrontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta in fase di profonda revisione conseguente al riordino della rete ospedaliera e alla organizzazione dipartimentale.

4.1) Analisi del contesto esterno

Il territorio di competenza l'ASL LE, come detto in precedenza, corrisponde all'intera Provincia di Lecce che comprende 97 comuni. Da un punto di vista orografico la penisola salentina è un ambiente tipicamente pianeggiante, dotato di un buon sistema viario con due arterie principali che collegano la città capoluogo rispettivamente con l'area adriatica (SS 16 Brindisi – Otranto), e con l'area ionica fino a Gallipoli.

La distribuzione demografica della popolazione evidenzia una notevole dispersione nei centri di piccole dimensioni come si evince dalla mappa sottostante: il 67% della popolazione risiede in 88 comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti, il 21% risiede in 8 comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti e il 12% nella città capoluogo. Ciò ha condizionato e continua a condizionare il processo di programmazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari.

I punti di forza e di debolezza di tale sistema possono essere così sintetizzati:

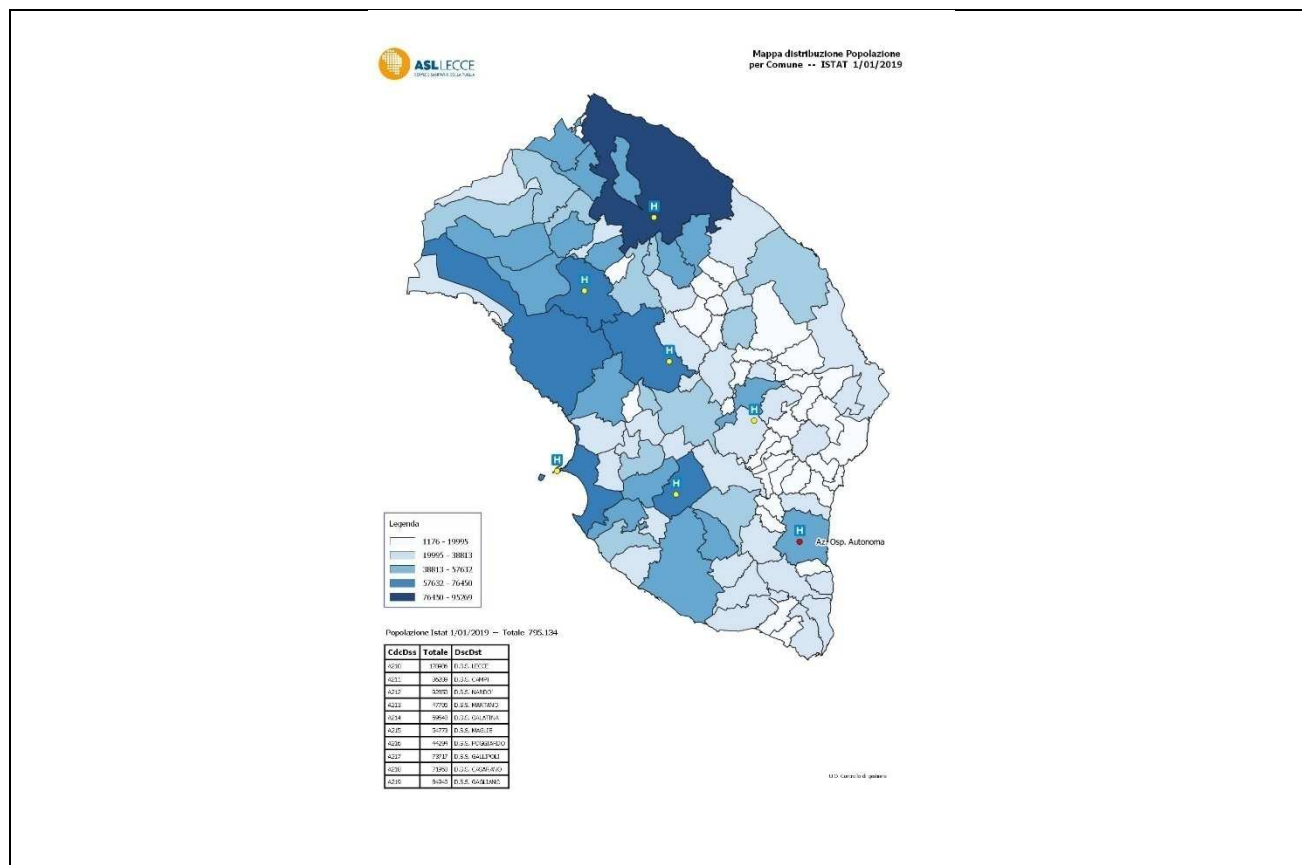
PUNTI DI FORZA:

- la presenza di reti informali e legami di solidarietà;
- le piccole comunità locali sono facilitate nell'attuare percorsi di inclusione sociale;
- esistono le condizioni per lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio, valorizzando il ruolo della famiglia e le cure domiciliari.

PUNTI DI DEBOLEZZA:

- eccessivo campanilismo che interferisce con la programmazione dei servizi sanitari per bacini di utenza sovracomunali;
- debolezza degli organismi istituzionali chiamati a programmare e gestire interventi sociali e sociosanitari per Ambiti di zona intercomunali;
- difficoltà per i piccoli comuni di fronteggiare situazioni di particolare disagio e gravità quando le risorse famigliari risultano scarse o inesistenti.

Mappa distribuzione demografica popolazione – Comuni per numero residenti.

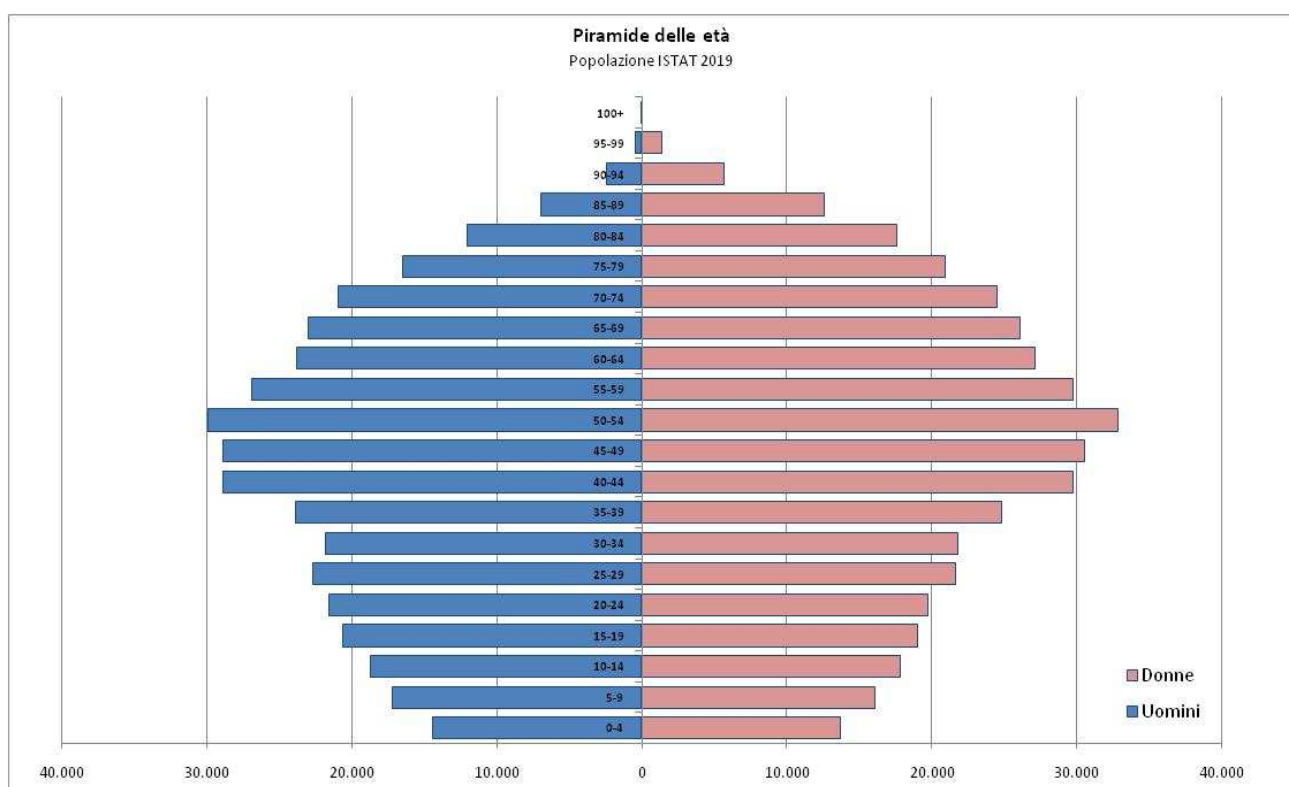


La tabella seguente riporta la distribuzione della popolazione per Distretto Sociosanitario, l'indice di vecchiaia e l'indice di invecchiamento della popolazione al 1° gennaio 2019:

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%
Riepilogo:	97	795.134	191.179	97.968	195,14%	24,04%

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.

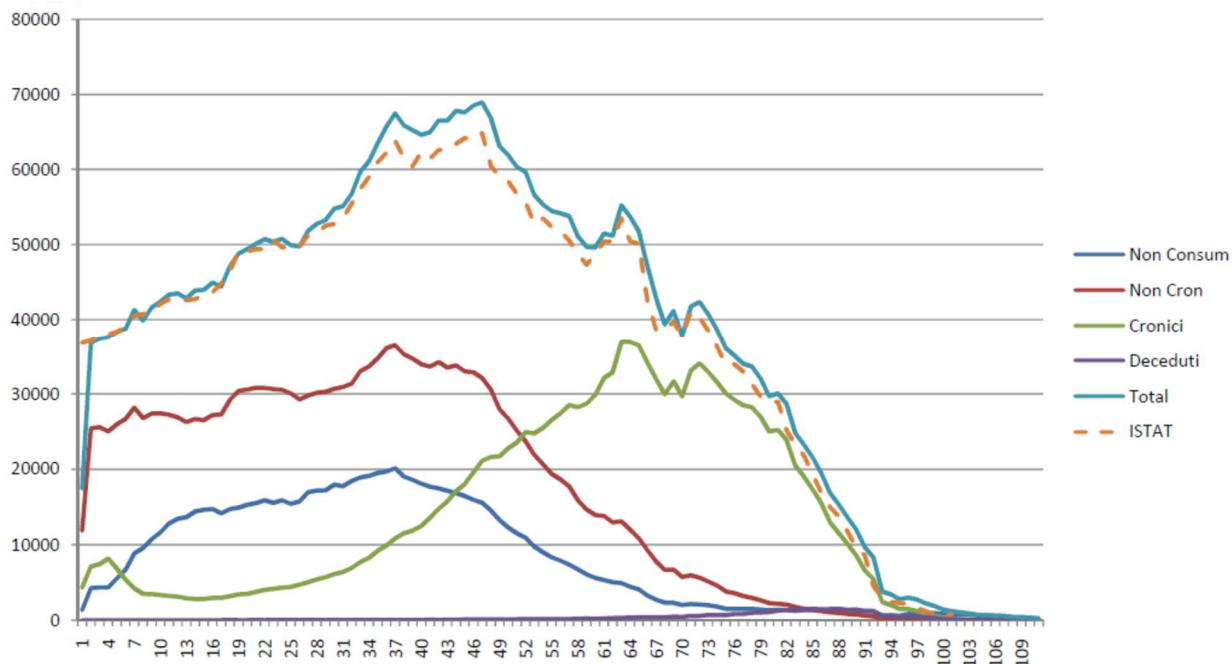


Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce, nel periodo 1999 – 2019. Un dato rilevante ai fini della programmazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari è connesso all'incremento della popolazione > 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%
	797.344		812.658		795.134	

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”.

Con DGR n. 1935 del 30 ottobre 2018, la Regione Puglia ha adottato un Modello regionale di gestione del paziente cronico “Puglia Care” per il governo della domanda e la presa in carico dei pazienti cronici.

Con tale documento si propongono implementare in maniera sperimentale una nuova modalità di presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), “CARE PUGLIA 3.0”, facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'Assistenza Primaria consolidatasi e stratificatasi a seguito dell'accordo Integrativo del 2007 (DGR n. 2289/2007 e n. 425/2011), nonché sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori (nella prima fase sperimentale saranno osservate le seguenti patologie: BPCO, Scompenso cardiaco, diabete ed ipertensione), in una

logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardandone la progressione e ridurre la morbosità e la disabilità prematura;

- preveda la realizzazione di un patto di cura tra SSR e medici di AP che comporti l'individuazione di tipologie di risposte differenziate in funzione dei diversi bisogni di salute, prevedendo l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, che tenga conto del livello di rischio e della complessità clinica. Tale percorso virtuoso prevede l'erogazione di 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 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (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, promuovendo in un'ottica di continuità ospedale territorio la definizione di percorsi strutturati ed individualizzati in funzione dei bisogni del malato cronico e della sua famiglia per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la morbilità e la disabilità prematura, anche in una logica di raccordo con il sociale.

Come si evince dai dati di bilancio, in precedenza riportati, la ASL di Lecce è da anni impegnata nella riallocazione delle risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale con il progressivo spostamento dell'assistenza sanitaria verso la cronicità e la non autosufficienza.

Tale andamento sarà ancora più incisivo nel prossimo triennio con l'attuazione e messa a regime delle misure previste dal riordino della rete ospedaliera e per il potenziamento dell'assistenza territoriale con la messa a regime dei Presidi Territoriali di Assistenza e dei percorsi assistenziali finalizzati alla presa in carico della cronicità e della non autosufficienza sia nell'area sanitaria che nell'area sociosanitaria in integrazione con gli Ambiti di Zona.

Nelle pagine che seguono sono riportate le mappe con i dati relativi all'andamento della domanda sanitaria della popolazione residente nella provincia di Lecce per assistenza in regime di ricovero (Fig. 1 e 1.1), specialistica ambulatoriale (Fig. 2), specialistica di laboratorio (Fig. 3), radiodiagnostica (Fig. 4), farmaceutica (Fig.5).

Fig. 1) Distribuzione domanda ricoveri per MDC ed erogatore - Anno 2017

	MDC	Ospedali a gestione diretta	Casi di cura provincia di Lecce e E.E. "Panico"	MOBILITA' INFRAREGIONALE (anno 2017)	MOBILITA' EXTRAREGIONALE (anno 2017)	Totale ricoveri residenti
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3.745	2.239	516	902	7.402
02	Malattie e disturbi dell'occhio	552	738	210	312	1.812
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.837	814	213	601	3.465
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	6.774	2.024	354	404	9.556
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	8.265	4.368	470	902	14.005
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7.868	1.958	344	670	10.840
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.841	1.095	229	408	4.573
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.174	2.391	723	2.907	12.195
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.123	753	279	442	3.597
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.526	529	182	609	2.846
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.419	2.404	337	503	6.663
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	861	459	123	209	1.652
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.263	1.058	235	565	4.121
14	Gravidanza. Parto e puerperio	5.510	1.319	294	173	7.296
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	4.077	1.174	217	18	5.486
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	944	155	71	94	1.264
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	782	265	314	604	1.965
18	Malattie infettive e parassitarie	1.385	327	42	75	1.829
19	Malattie e disturbi mentali	1.501	379	153	212	2.245
20	Abuso di alcool/droge e disturbi mentali organici indotti	76	82	2	26	186
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	497	125	39	66	727
22	Ustioni	8	3	23	2	36
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	799	560	96	359	1.814
24	Traumatismi multipli rilevanti	73	6		2	81
25	DRG non classificabile	31	1	21	4	57
NA	Altri DRG	269	52	16	11	348
Pre	Altri DRG	176	64	29	70	339

TOTALE 64.376 64.376 5.532 11.150 106.400

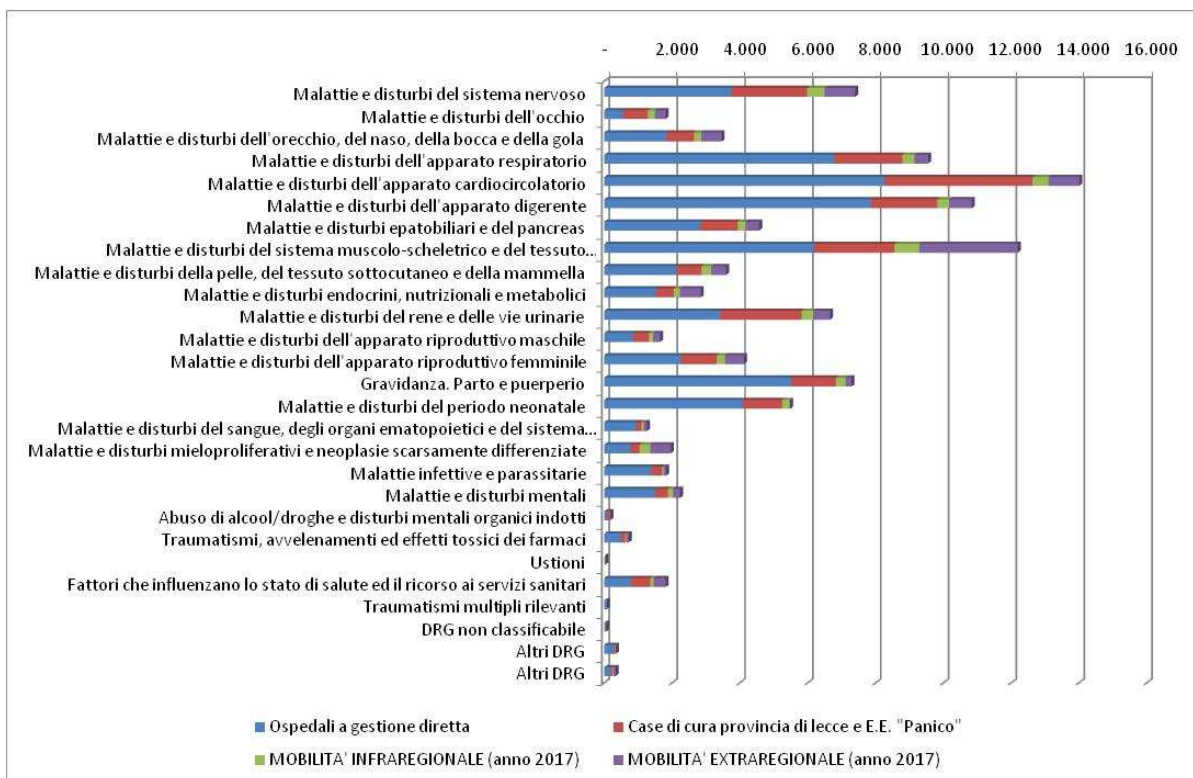


Fig. 1.1) Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza * 1000 ab. - Anno 2018

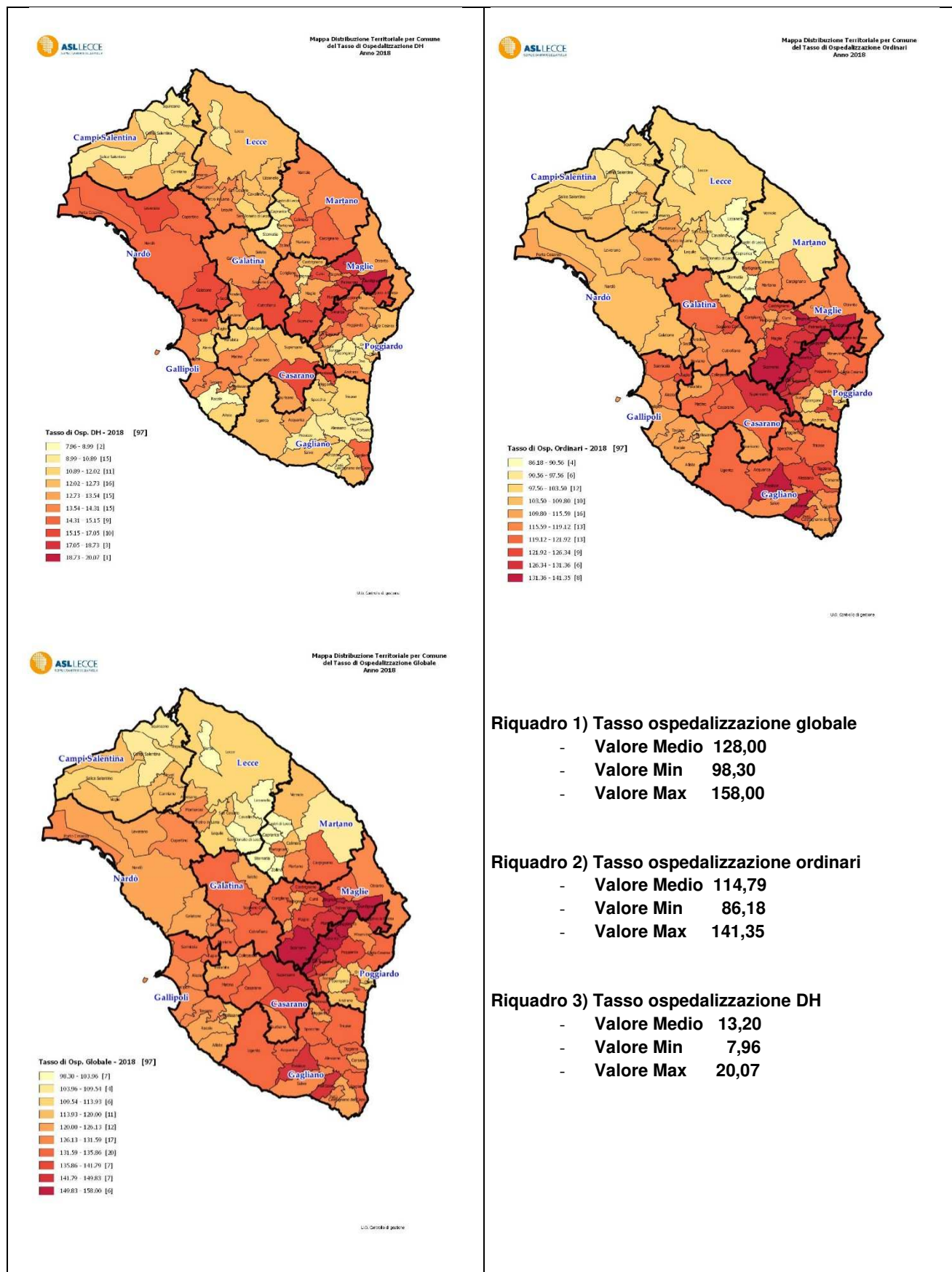


Fig. 2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale * 1000 ab. e spesa media per ab. – Anno 2018

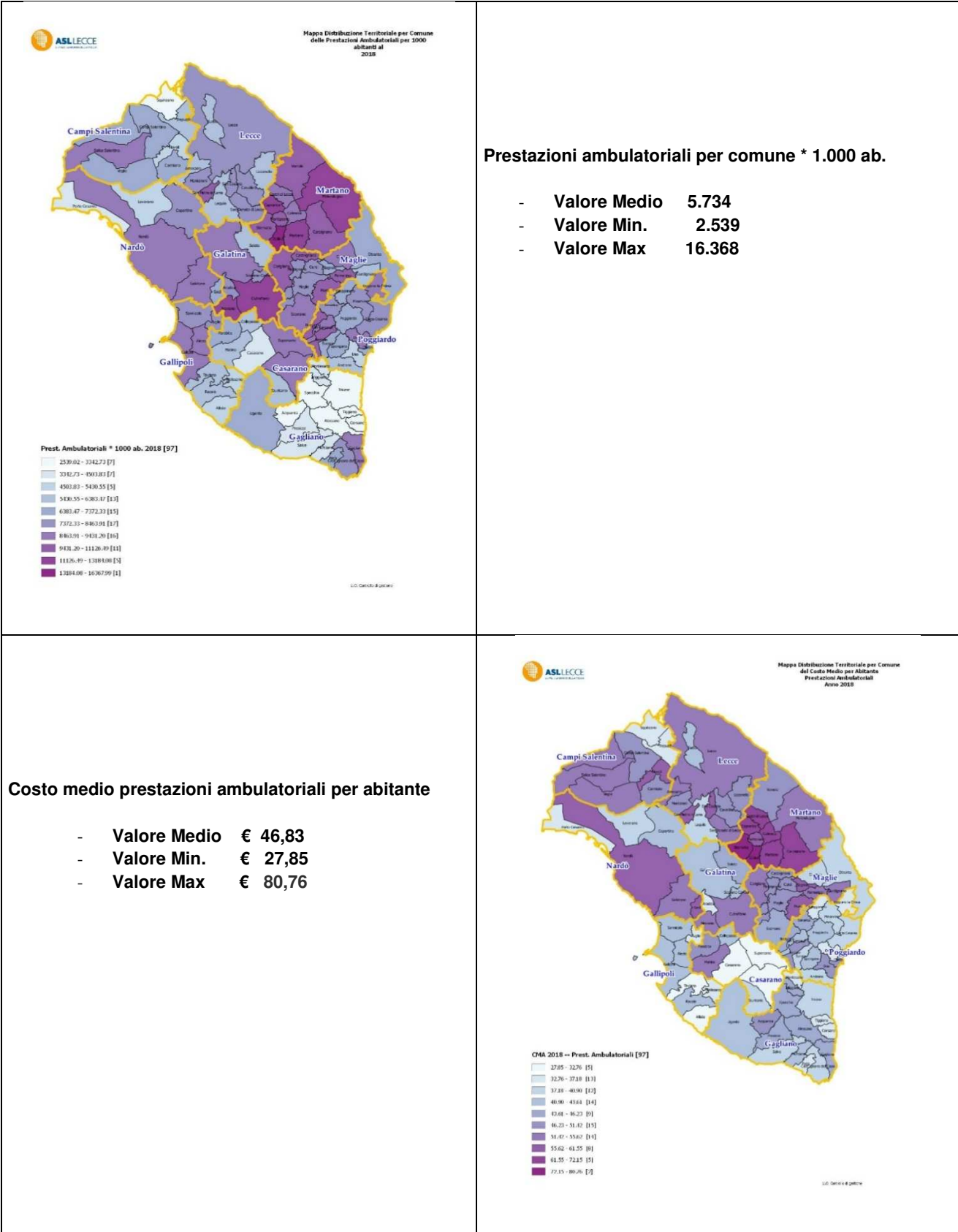


Fig. 3) Prestazioni di Laboratorio * 1000 ab. e spesa media per abitante – Anno 2018

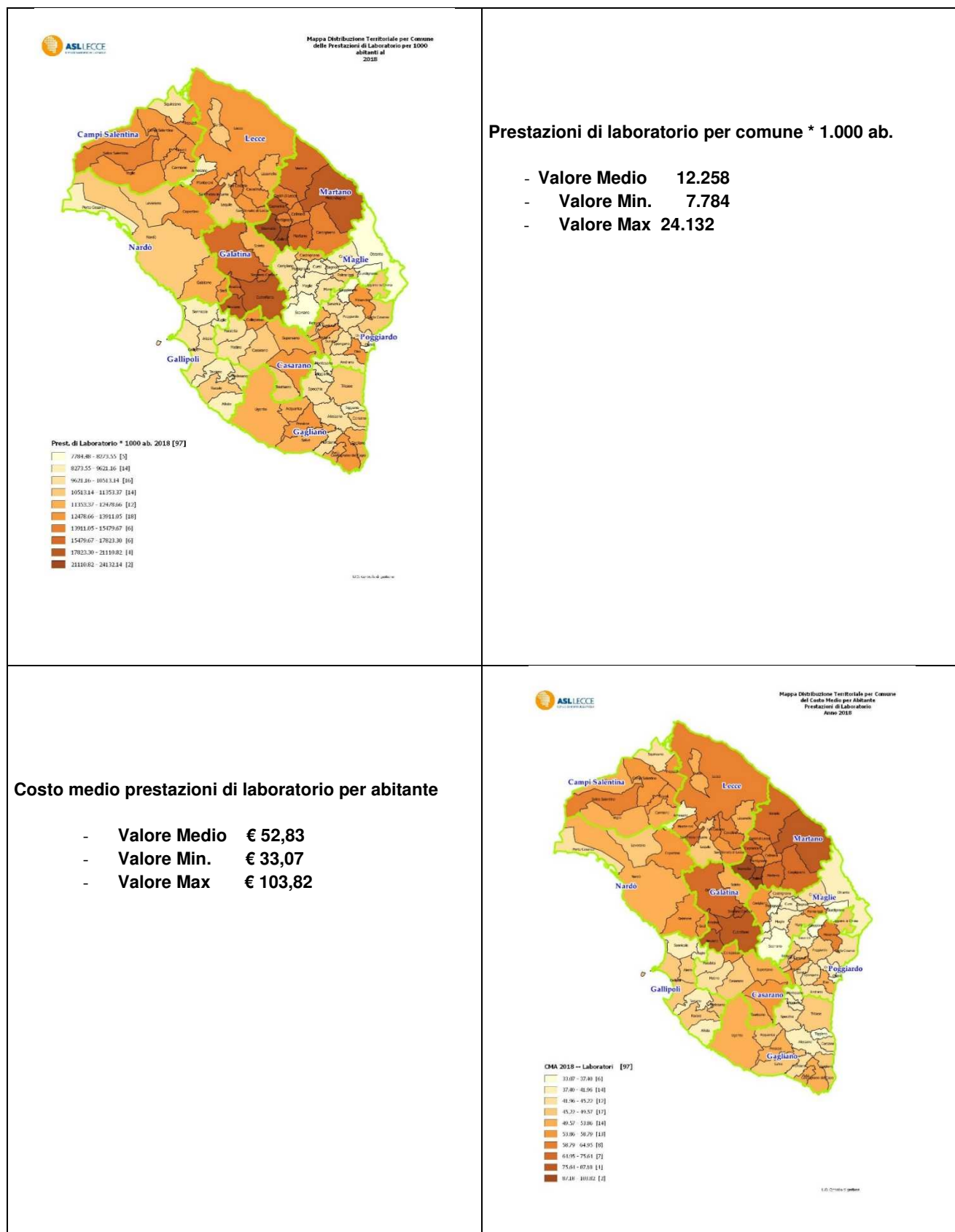


Fig. 4) Prestazioni di radiodiagnostica * 1000 ab. e spesa media per abitante – Anno 2018

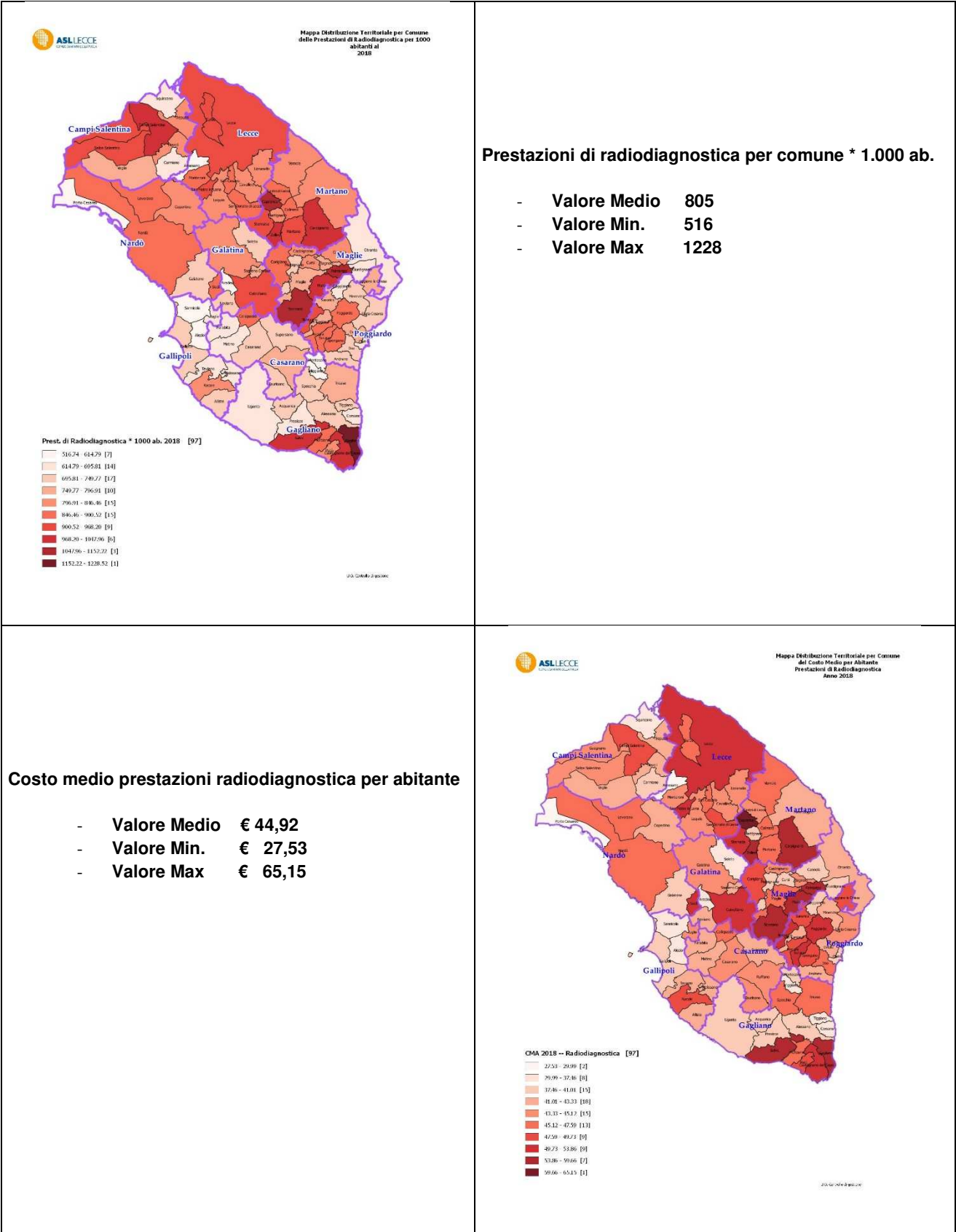


Fig. 4.1) Prestazioni di Tomografia Computerizzata e Risonanza Magnetica * 1000 ab – Anno 2018

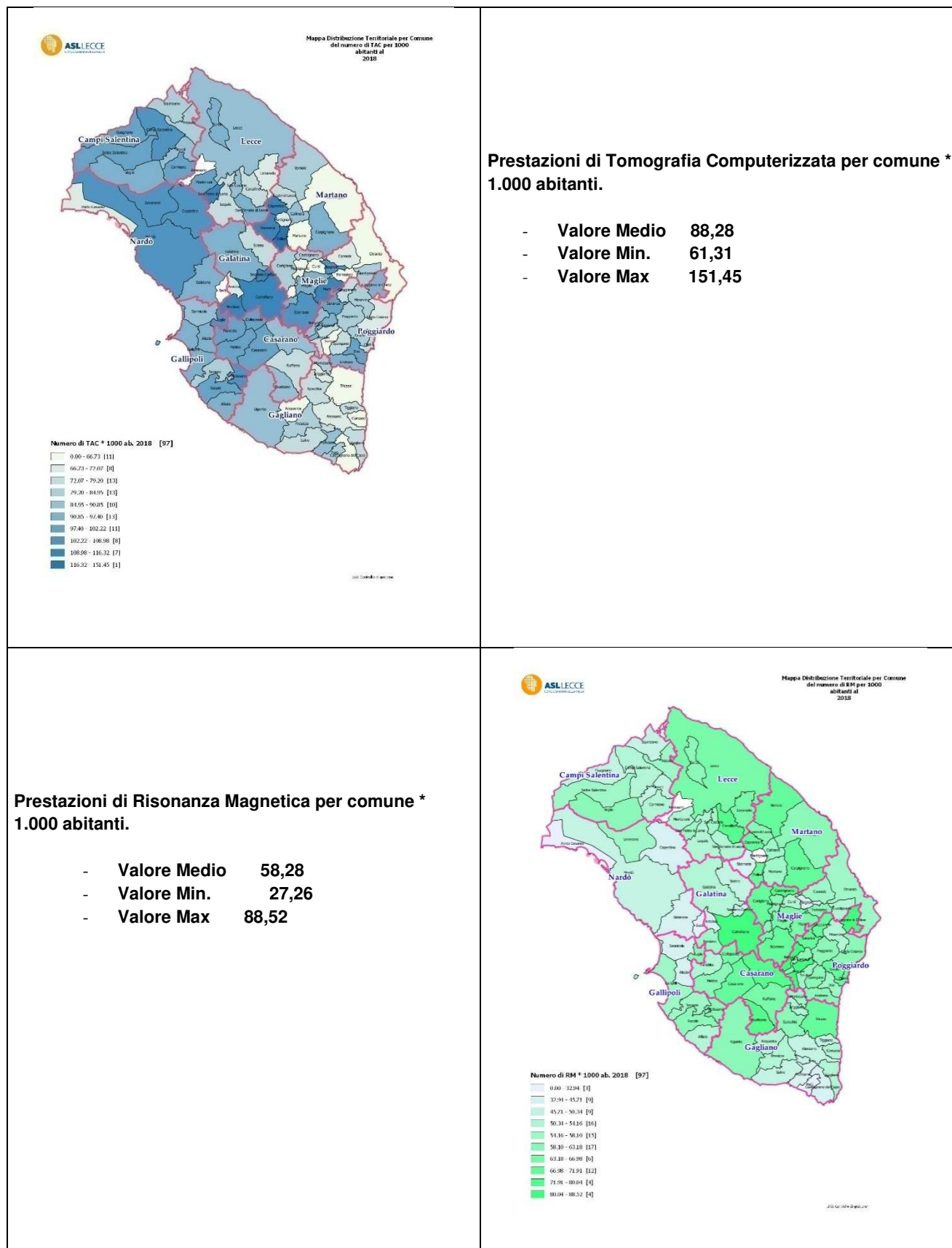


Fig. 5) Spesa farmaceutica convenzionata farmaci SSN – Media per abitante – Anno 2018

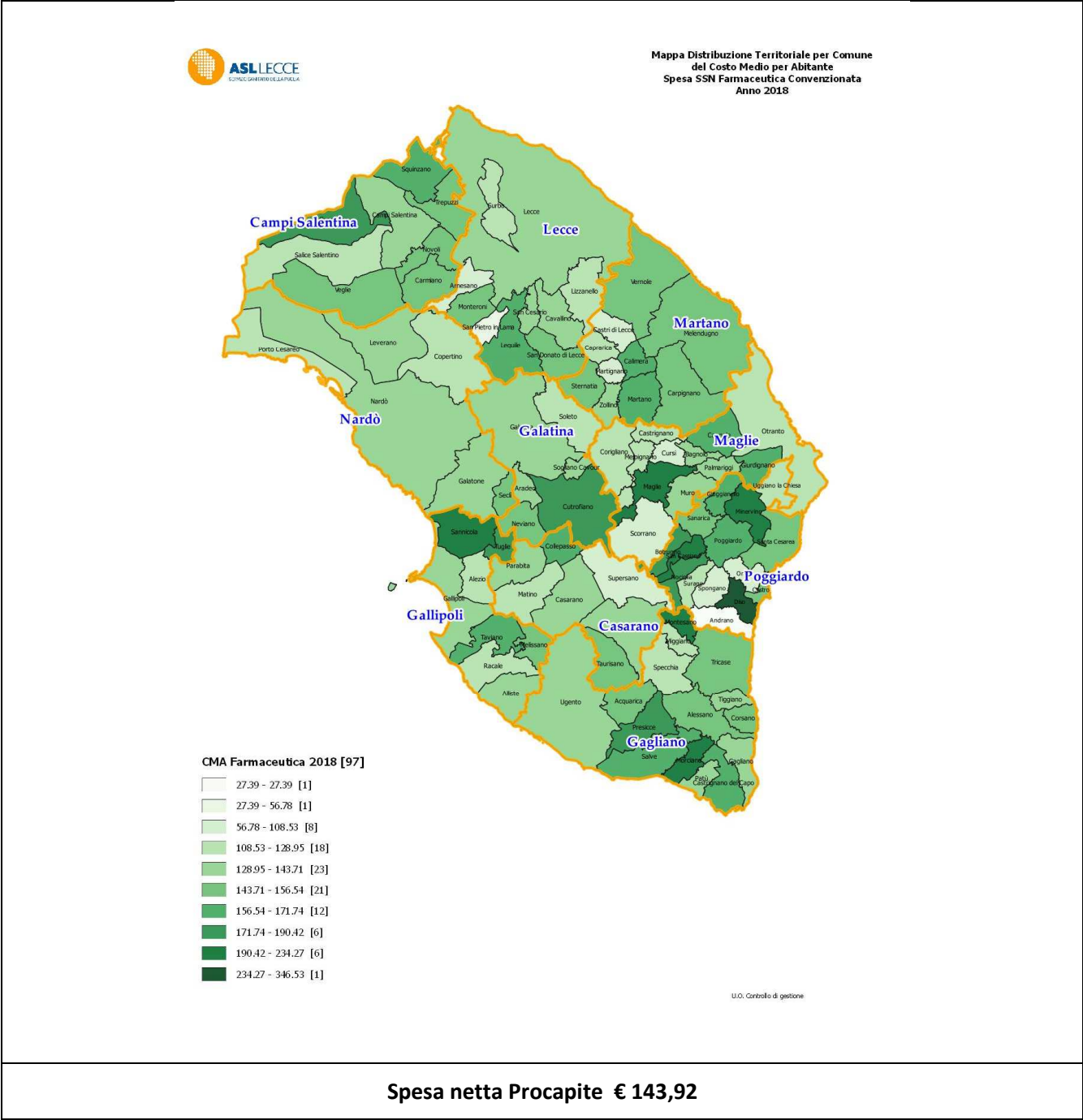
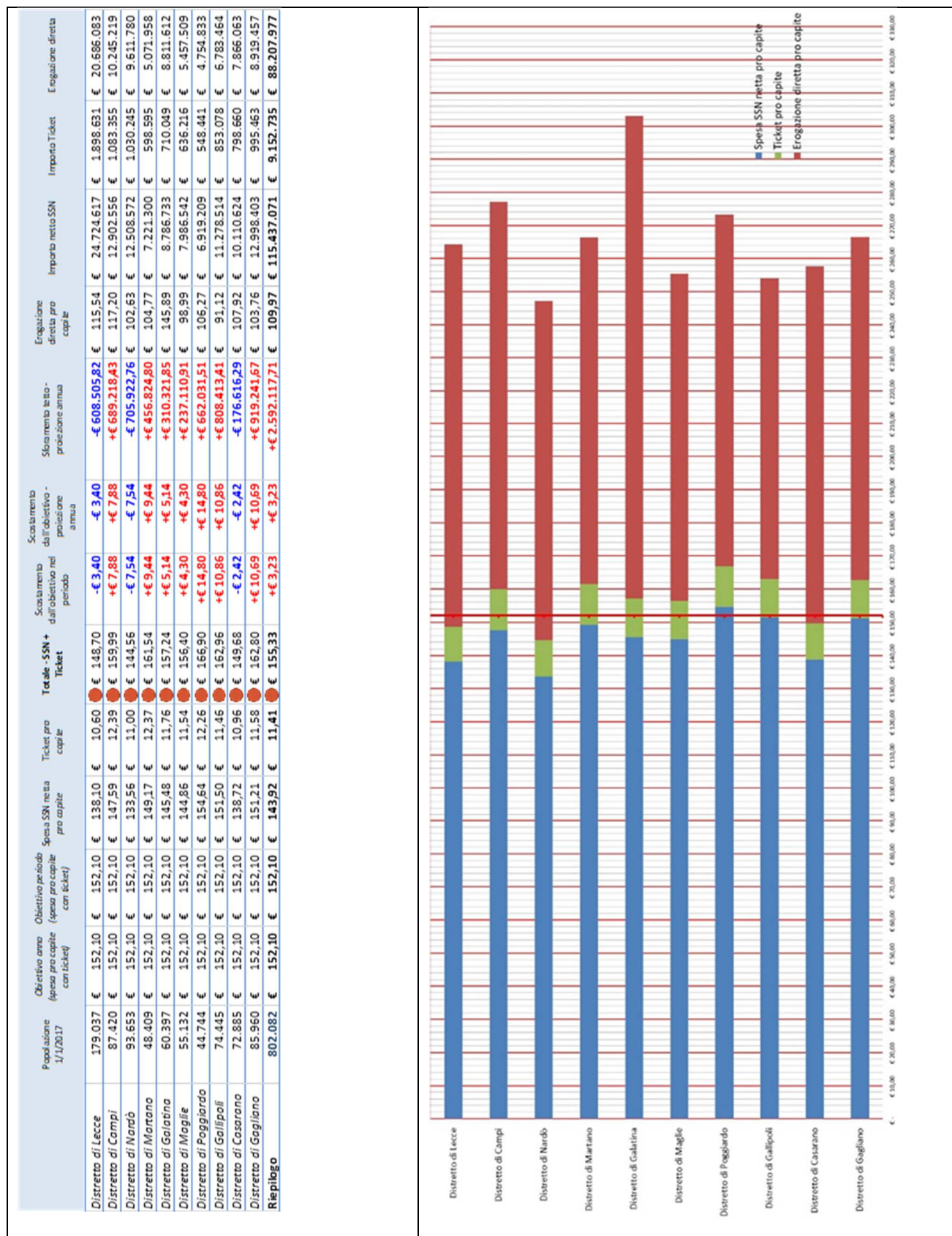


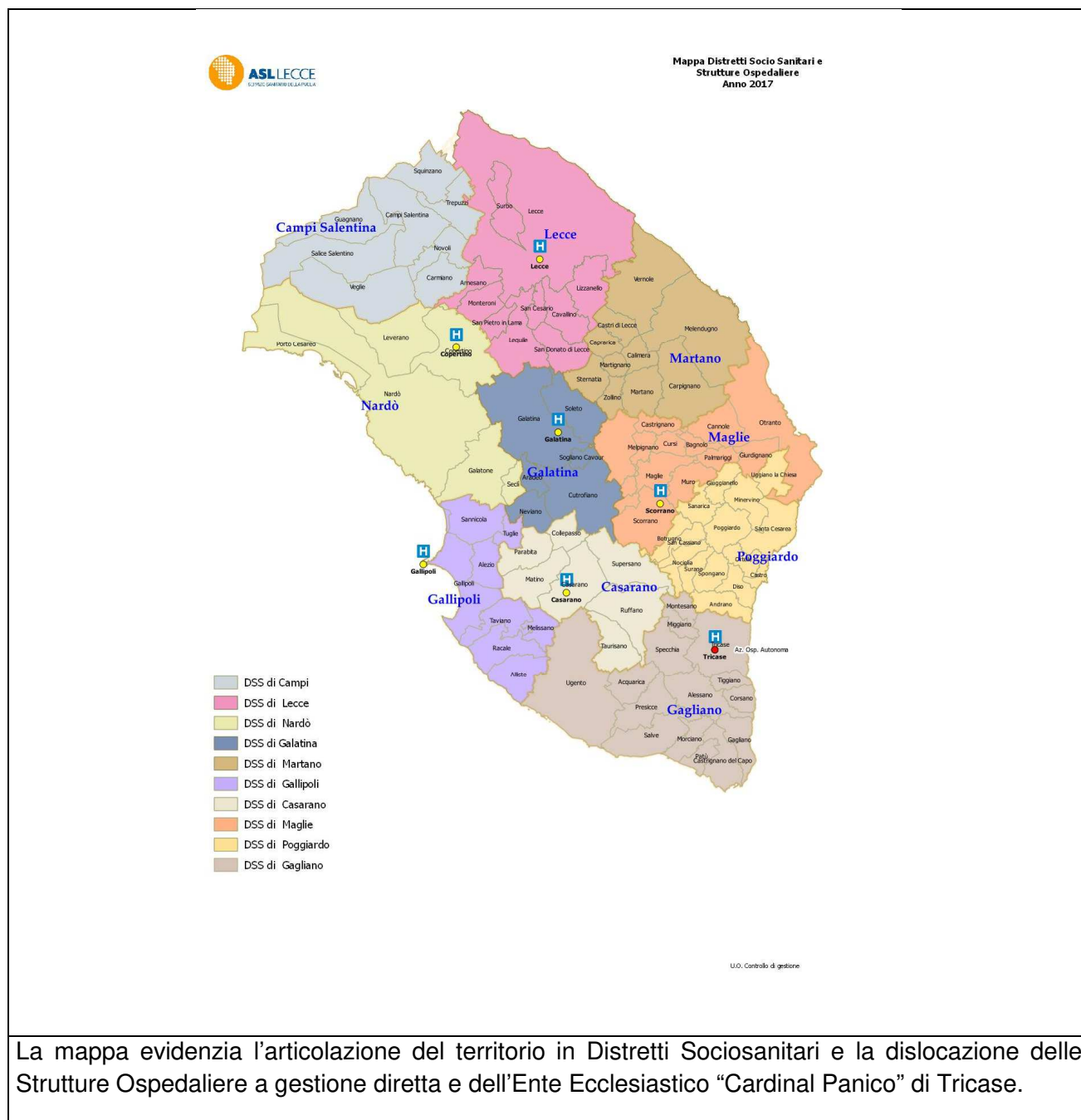
Fig. 5.1) Spesa farmaceutica convenzionata Farmaci SSN + Erogazione diretta – Anno 2018



4.2) Analisi del contesto interno

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:

- A) **Prevenzione**: Dipartimento di Prevenzione.
- B) **Assistenza Territoriale**: n. 10 Distretti sociosanitari, i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Riabilitazione e il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale 118.
- C) **Assistenza Ospedaliera**: n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta



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 e organi di senso	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 dei servizi di Diagnostica	Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
	Dipartimento Diagnostica per immagini
Rete dei Servizi Distrettuali	Dipartimento Assistenza Territoriali
Rete Direzioni di Struttura	Dipartimento Direzioni Ospedaliere
	Dipartimento Governo Clinico
	Dipartimento di Indirizzo e Controllo

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.

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 biotici 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% eredofamiliari -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 il 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)

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.

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 elegibile, 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 inappropriatazza diareamedica, 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 anche mediante 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.

La mappa seguente evidenzia la dislocazione delle seguenti strutture distrettuali:

- Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) di Campi, Nardò, Maglie, Poggiardo e Gagliano;
- Cittadella della Salute di Lecce e Gallipoli;
- Poliambulatori specialistici territoriali e specialistica ospedaliera.



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.

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'artt. 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 Neuro-Psichiatria 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.

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:

- 1) **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.

- 2) **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

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, riportati 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: **30 posti letto**
- Cardiochirurgia **40 posti letto**
- Cardiologia **12 posti letto**
- Vascolare **10 posti letto**
- Maxillofacciale **16 posti letto**
- T.I.coronarica **1 Sala Ibrida**
- Centro Cuore **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 pediatria
- 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 promuovendo 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 ≤ 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.

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 inappropriatezza e l'incremento dell'attività in day surgery;
- miglioramento appropriatezza medica attraverso: la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza 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).

5. Obiettivi Strategici

Il Piano delle Performance rappresenta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Regionali e la programmazione aziendale, in modo da garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa della ASL Lecce.

Costituiscono obiettivi strategici aziendali gli obiettivi assegnati al Direttore Generale ASL Lecce dalla regione Puglia con D.G.R. n. 1584 del 2 settembre 2019 “*Nomina Direttore Generale ASL Lecce*”, D.G.R. n. 320 del 13.03.2018 “*Rettifica ed integrazione degli schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 2163/2016 per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R.*”, e, **nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2020 – 2022, gli obiettivi assegnati con la D.G.R. 2198 del 28.12.2016 “Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa”, confermati per l’anno 2019 con DGR n. 2437 del 30.12.2019, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale conseguenti al Programma Operativo 2016 – 2018 approvato con DGR n. 129 del 06.02.2018.**

OBIETTIVI DA DGR 1584/2019 - “Obiettivi di mandato”:

Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi rendimenti e risultati.
Adeguamento del sistema informativo-contabile alle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 s.m.i. nonché alle direttive regionali in materia.
Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera.
Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali.
Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell’acquisto di farmaci e dispositivi medici e alla definizione degli obiettivi assegnati ai Direttori delle Unità Operative, ed incremento della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A alla dimissione o a seguito di visita specialistica.
Verifica dell’appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS.
Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica.
Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.
Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.
Garanzia del puntuale rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali e l’aggiornamento dei sistemi informativi di monitoraggio degli stadi di avanzamento nel rispetto delle scadenze e dei target di spesa prefissati.
Attuazione del piano regionale per il governo dei tempi di attesa.
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012.

OBIETTIVI DA DGR 320/2018 - *“Rettifica ed integrazione degli schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 2163/2016 per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere-Universitarie del Servizio Regionale della Puglia”*:

Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al conto economico trimestrale. (Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co. 2, recepita dalla Legge 266 del 2005 “Finanziaria 2006”, art. 1, co. 274).
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio. (D. Lgs n. 171/2016 s.m.i.; L.R. n. 38/1994, art. 33, co. 2; L.R. n. 28/2000, art. 24, co. 2; L.R. n. 32/2001, art. 10; Legge 289 del 2002, art. 52, co. 4, lett.d); Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co. 2, recepita dalla Legge 266 del 2005 “Finanziaria 2006”, art. 1, co. 274)
Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione. (D.Lgs. 171/2016 s.m.i., art. 2, co.5)
Acquisto di beni e servizi. Gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 1, co.449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. D), del decreto legge 95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza ai sensi dell'art. 20 della L.R. n. 37/2014 o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni vige l'obbligo del ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A. Inoltre, ai sensi di quanto previsto dalla legge n. 208/2015, all'art. 1, co. 548, gli Enti del SSR sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'art. 9, co. 3, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, del soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A. ovvero della CONSIP. Fermo restando quanto previsto al co. 3 dell'art. 9 del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, gli Enti del SSR sono inoltre tenuti al rispetto della programmazione regionale, con la quale sono individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37/2014.
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L.120/2007, art.1, co.7)
Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate (L.R. 32/2001, art.11)
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali (L.R. 4/2003, art.32, co.2)
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito. (D.Lgs 502/92 s.m.i., art. 8-octies, co.1 e 2; L.R. 4/2003, art.36, co.6)
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (D.L. n. 347 del 18/09/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004)
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (L. 190/2014 “Legge stabilità 2015” art. 1 co. 567; D. Lgs 502/92. Art. 3bis, co. 7bis; D. Lgs n. 171/2016, art. 2 co. 3, lett. a)

Nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2020 – 2022, vengono ripresi, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale, gli obiettivi assegnati con la D.G.R. 2198 del 28.12.2016 “Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa” confermati per l’anno 2019 con DGR n. 2437 del 30.12.2019:

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Riduzione tassi di ospedalizzazione	ASL	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (Ind. MES C1.1.1)
			Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso (Ind. MES C1.1.2.1)
			Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (Ind. MES C7.7)
			Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni (Ind. MES C8a.19.2)
			Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni (Ind. MES C8a.19.1)
	Degenza media	ASL/AOU	Degenza media DRG medici (Ind. MES C2a.M) Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)
	Riduzione tempi di esecuzione e refertazione esami TAC e RMN per degenti		Tempi di attesa tra data richiesta/ricovero e data esecuzione/refertazione

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza chirurgica	ASL/AOU	% ricoveri in day surgery (Ind. MES C4.7) DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Ind. MES C4.13)
	Miglioramento appropriatezza medica	ASL/AOU	DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MES C4.8)
			Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a)
			% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni (Ind. MES C14.4)
	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	ASL/AOU	% Parti cesarei depurati (NTSV) (Ind. MES C7.1)
			% Episiotomie depurate (NTSV) (Ind. MES C7.3)
			% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	ASL/AOU	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)
			Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MES C16.11)
			% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)
			% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)
	Miglioramento qualità di processo	ASL/AOU	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Ind. MES C5.2)
			Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)
	Miglioramento qualità percepita	ASL/AOU	% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico - degenerative		Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.1.1)
			Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni (Ind. MES C11a.2.1)
			Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.3.1)
	Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	ASL	Provvedimenti ASL di adozione del progetto assistenziale e strutturale dei PTA come da DGR 2025 del 15.11.2018
	Attivazione/Potenziamento degenze territoriali		Numero ricoveri in Ospedali di Comunità
	Potenziamento assistenza domiciliare	ASL	% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2) % Anziani > 65 anni in ADI
	Salute mentale	ASL	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2) % Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione

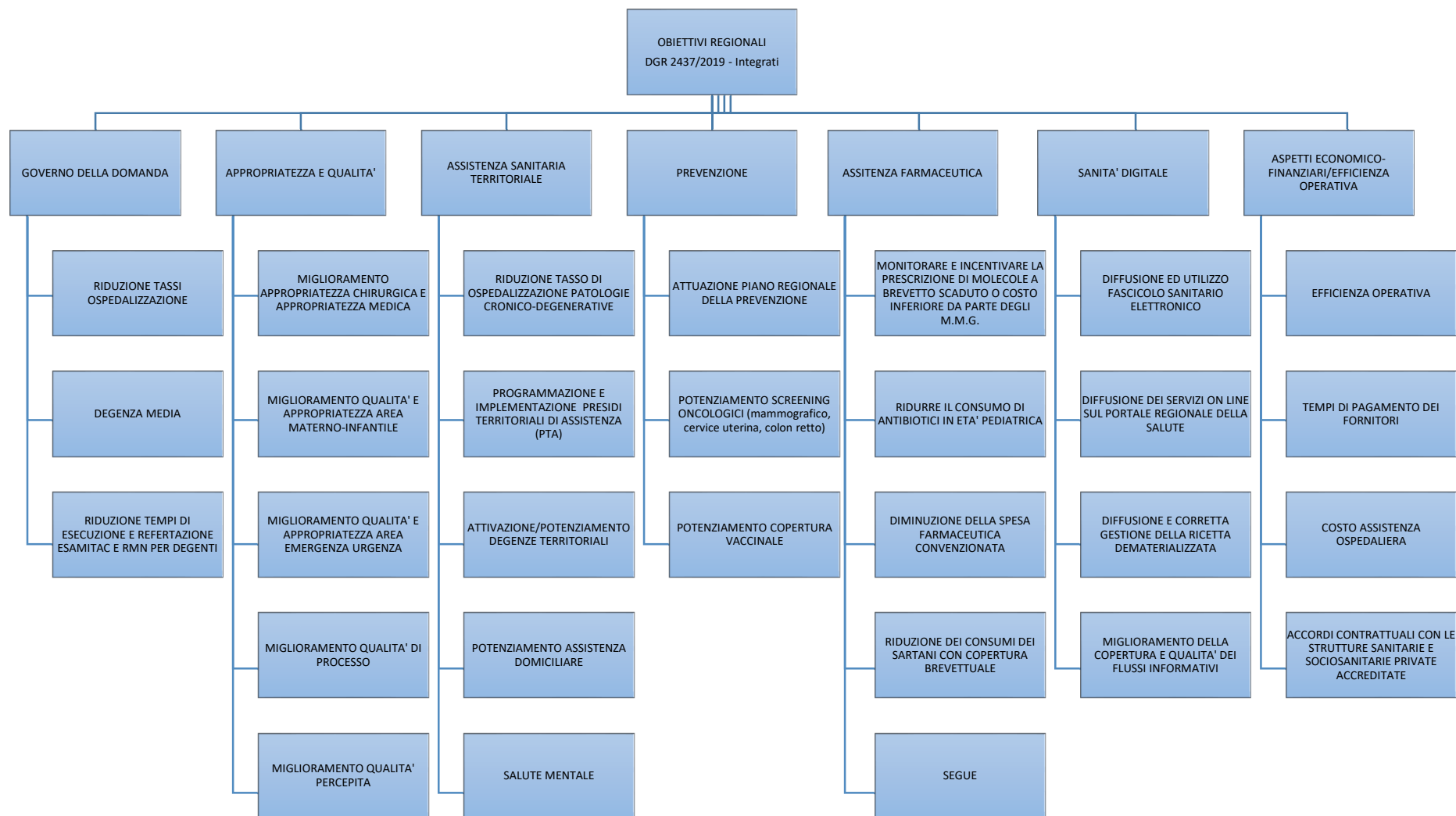
MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
PREVENZIONE	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	ASL/AOU	Interventi aziendali attuativi del Piano Regionale della Prevenzione (approvato con DGR n. 1209/2015 e successivamente integrato con DGR n. 302/2016)
			Implementazione strumenti sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite)
	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)		Estensione: % di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).
			Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).
			Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).
			Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.2.2).
			Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1).
			Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).
	Potenziamento copertura vaccinale		VACCINAZ. ANTINFLUENZALE PER ANZIANI_N. vaccinati età >= 65 anni/Popolazione residente età >=65 anni (Ind. MES B7.2).
			VACCINAZ. MRP_N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.1).
			VACCINAZ. PAPILLOMA VIRUS (HPV)_Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).
			VACCINAZ. ANTIMENINGOCOCCICA_N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre (Ind. MES B7.5).

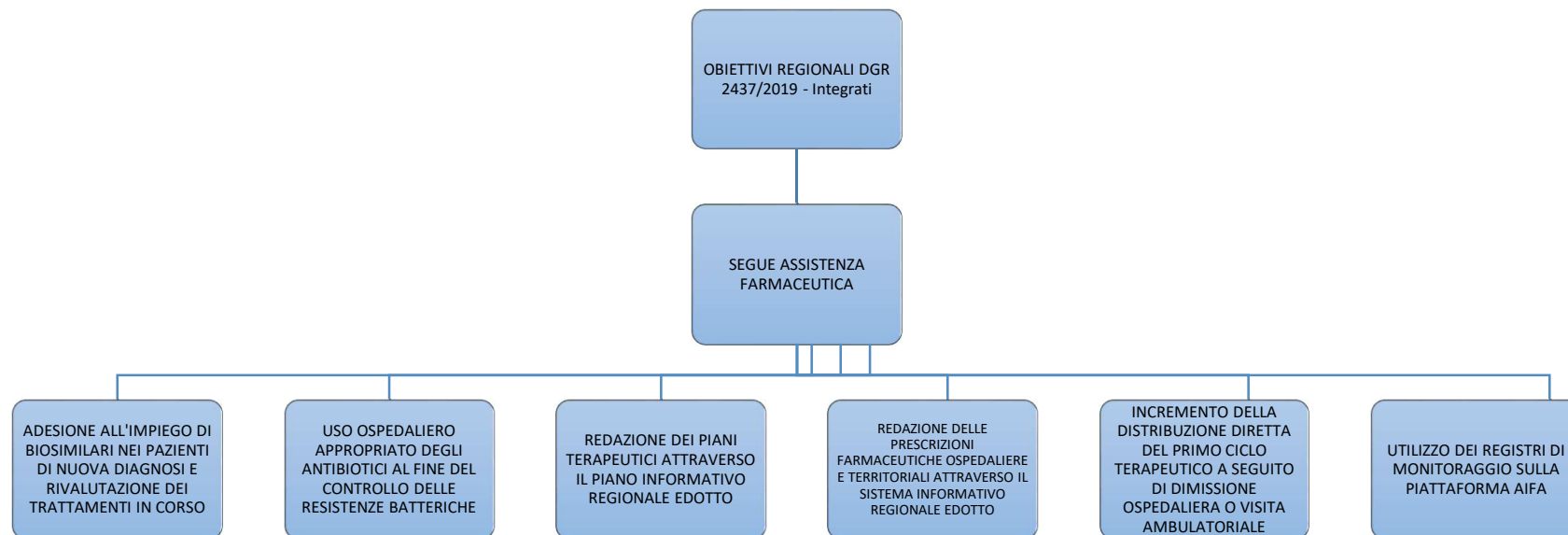
MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	ASL	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antipertensivi); F12.11a-Sartani].
	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	ASL	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1)
			Consumo di cefalosporine in età pediatrica -DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).
	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	ASL	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto
	Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	ASL/AOU	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)
	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	ASL/AOU	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)
	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	ASL/AOU	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri
	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	ASL/AOU	% Piani terapeutici informatizzati
	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	ASL/AOU	% di prescrizioni specialistiche informatizzate
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	ASL/AOU	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico
	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	ASL/AOU	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi
			% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
SANITA' DIGITALE	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	ASL/AOU	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto
	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	ASL/AOU	% Prenotazioni online sul totale
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	ASL/AOU	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti
			% Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	ASL/AOU	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASPETTI ECONOMICO - FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza operativa ASL	ASL	Scostamento tra costi e ricavi [Legge di Stabilità 208/2015 e s.m.i.] (Ind. MES F1.4)
	Tempi di Pagamento dei fornitori	ASL/AOU	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014
	Costo assistenza ospedaliera	ASL/AOU	Costo medio per punto DRG (Ind. MES F18.1)
	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	ASL	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema-tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura.
			Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016 (SI/NO).

5.1 Albero delle performance





6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Gli obiettivi “strategici” hanno le seguenti caratteristiche:

- sono, di norma, riferiti all'Azienda nella sua complessità;
- sono a basso indice di reversibilità;
- hanno, di norma, un arco temporale pluriennale;
- richiedono, di norma, l'apporto operativo di più aree, servizi, strutture.

Gli obiettivi “operativi” sono assegnati ai dirigenti o responsabili di unità organizzativa e la loro definizione avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nel rispetto del principio secondo il quale un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se vi è congruità tra le azioni da porre in essere e le risorse disponibili.

Conformemente a quanto disciplinato dal D.lgs. 150/2009 la scelta degli obiettivi operativi dovrà tenere conto delle indicazioni che seguono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione aziendale, alle strategie dall'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- che apportano un miglioramento alla qualità dei servizi erogati e agli interventi;
- riferiti ad un arco temporale determinato (di norma 1 anno);
- confrontabili temporalmente all'interno della stessa Azienda;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi dei dirigenti o responsabili di unità organizzativa viene effettuato attraverso un sistema di indicatori di performance corrispondenti agli ambiti di valutazione.

Per ciascuno degli indicatori di performance viene definito un valore target su cui si misura il raggiungimento o lo scostamento del valore conseguito dal valore atteso.

Nel prospetto Allegato B) è riportata la sintesi del passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi con l'indicazione delle strutture coinvolte su medesimi obiettivi.

Nel corso dei mesi di gennaio - febbraio 2020 si procederà, sulla base degli obiettivi operativi definiti, alla negoziazione del budget mediante incontri con:

- A. I Direttori delle Macrostrutture Territoriali (Distretti Sociosanitari, Dipartimenti: Prevenzione, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Riabilitazione, Dipartimento Farmaceutico, S.E.U.S. 118);
- B. I Direttori dei Presidi Ospedalieri ed i Responsabili Unità Operative Complesse (UOC) o Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) afferenti trasversalmente alle reti cliniche come sopra definite, nel paragrafo 4.2, che confluiranno nella organizzazione dipartimentale in corso di definizione.
- C. I Responsabili delle Aree, Uffici di Staff ed Uffici tecnici ed amministrativi.

7. La valutazione partecipativa

Le modifiche del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, introdotte dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, hanno dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della *performance*. A tal fine il Dipartimento del Funzione Pubblica (DFP) ha redatto specifiche "*Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni*", n. 4 del novembre 2019, che contengono basilari indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare il coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa.

Il citato d.lgs. 74/2017, delinea all'art. 7, comma 2, lett. c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della *performance* organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

- sotto il **profilo soggettivo**, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione; il duplice riferimento è diretto a coinvolgere nella valutazione i fruitori delle "attività istituzionali" e dei "servizi pubblici";
- sotto il **profilo oggettivo**, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
- sotto il **profilo procedimentale**, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis".

L'articolo 8 prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) concerne, in particolare:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

L'art. 19-bis, inoltre:

- prevede che la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa possa avvenire anche "in forma associata";
- individua l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale possibile interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui può essere direttamente comunicato "il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati";
- impone un vero e proprio obbligo per le amministrazioni di favorire la "valutazione partecipata" e di predisporre sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione;
- dà uno specifico ruolo anche agli "utenti interni" cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'amministrazione valutata;
- prescrive la pubblicazione dei risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività e servizi con cadenza annuale;
- demanda all'OIV la verifica dell'effettiva adozione dei sistemi di rilevazione ed impone al medesimo Organismo di tener conto dei risultati sia ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e sia, in particolare, ai fini della validazione della Relazione annuale sulla performance.

Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, consente di superare l'autoreferenzialità dell'amministrazione pubblica e orientare i sistemi di valutazione verso il miglioramento complessivo del livello di benessere.

Come indicato nelle citate Linee Guida n. 4 del 2019, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha inteso fornire indicazioni metodologiche prevalentemente in ordine alle modalità di coinvolgimento dei cittadini nella fase di valutazione delle attività e dei servizi erogati, secondo un principio di gradualità (c.d. "Scala di sviluppo della valutazione partecipativa"), con l'obiettivo di promuovere il miglioramento continuo dei sistemi di *performance management*. A tal fine le singole amministrazioni nel definire il proprio **modello di valutazione partecipativa** possono mettere a frutto il patrimonio conoscitivo ed informativo già sviluppato attraverso l'esperienza in materia di standard di qualità, di carte dei servizi, di rilevazioni effettuate del grado di soddisfazione degli utenti, della umanizzazione dei servizi, del benessere organizzativo, di attività di controllo o audit professionali, di co-produzione di servizi, etc.

La valutazione partecipativa si configura, infatti, come una forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolge non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti.

La valutazione partecipativa mira a:

- migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni;
- promuovere processi di innovazione amministrativa;
- mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività;
- gestire e ridurre i conflitti, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;
- integrare il *performance management* nei processi decisionali, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

L'ASL di Lecce è impegnata da tempo nella implementazione di sistemi partecipati di rilevazione della qualità dei servizi erogati e del benessere organizzativo. Tuttavia, finora, tali rilevazioni sono state condotte in maniera estemporanea e non coordinata rispondendo a esigenze diverse sia esterne che interne alla organizzazione. Con la revisione in corso del Sistema aziendale di Misurazione e Valutazione della Performance si procederà a strutturare in modo organico il modello di valutazione partecipativa a partire dagli interventi di seguito riportati.

7.1 Interventi da parte del Comitato Consultivo Misto

La Asl di Lecce con Delibera n.° 987 del giugno 2014 avente ad oggetto "Regolamento per la costituzione ed il funzionamento del Comitato Consultivo Misto Asl di Lecce", recepiva il Regolamento Regionale n.° 4 del marzo 2014, e delineava le linee guida per la costituzione e il funzionamento del Comitato Consultivo Misto della Asl, e , con delibera n.° 209 del 28 gennaio 2019 rinnova e modifica ulteriormente l'integrazione tra Azienda e Associazioni, riconoscendo la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali e nella fruizione dei servizi stessi. **A tal fine assicura la partecipazione dell'utente, tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti.**

Il Comitato Consultivo Misto di Lecce è composto da 24 Associazioni di Tutela e di Volontariato in campo socio-sanitario e da rappresentanti designati dall'Asl.

Le funzioni del CCM sono (delibera n.° 209 del 28 gennaio 2019):

- a) contribuire alla programmazione aziendale in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari;
- b) valutare i servizi sanitari e socio-sanitari erogati, verificandone la funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio Sanitario Regionale ed agli obiettivi dei Piani Sanitari Regionali.

Per adempiere tali funzioni il C.C.M. **svolge le seguenti attività:**

- monitoraggio e verifica periodica dell'organizzazione, dei tempi e delle modalità di erogazione e della qualità dei servizi sanitari e socio sanitari;
- presentazione di proposte e/o progetti per il superamento delle criticità rilevate, per il miglioramento della qualità, dell'accessibilità e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari e per la valutazione del grado di soddisfazione delle persone assistite;
- presentazione di proposte per l'elaborazione del PAL dell'Azienda nonché del PAT;
- valutazione annuale dell'organizzazione complessiva dei servizi sanitari e socio sanitari dell'Azienda, da effettuare attraverso apposita relazione;
- collaborazione alla stesura di piani di educazione sanitaria;
- proposte volte a promuovere la partecipazione e l'informazione sui diritti delle persone assistite, sui criteri e requisiti di accesso ai servizi ASL Le, nonché sulle modalità di erogazione degli stessi.

Nel 2018 si è provveduto alla riorganizzazione del comitato con la nomina della nuova Presidente e della segreteria e alla conduzione delle seguenti attività:

ASSEMBLE del Comitato

- 1) Assemblea del 1 febbraio ODG Elezione Presidente e vice e Segreteria
- 2) Assemblea del 21 marzo ODG Programmazione Tavoli tematici per il funzionamento
- 3) Assemblea del 10 ottobre ODG attività effettuate nei tavoli tematici - Carta dei servizi - Parcheggi Fazzi vecchio e nuovo - Richiesta Pass
- 4) Assemblea del 29 novembre ODG: Conferenza dei Servizi

FORMAZIONE

- servizi territoriali distrettuali
- agende tutor
- dimissioni protette

TAVOLI TEMATICI

n.°4 Tavoli Tematici che vertono sui seguenti argomenti

- Tavolo della Salute mentale
- Tavolo della Senologia:
- Tavolo dell'Oncologia
- Tavolo sulle Lista di attesa

VALUTAZIONE e VERIFICA sedi/attività Ospedaliere/Territoriali

- Verifica nelle radiologie di strutture aziendali per una valutazione della strumentazione mammografica;
- Verifiche su segnalazioni dei cittadini presso servizi CUP
- Collaborazione attiva per la nascita del Servizio di Senologia a Nardò

AZIONI POSITIVE proposte dal CCM

- Rifacimento Delibera e del Regolamento del CCM
- Riorganizzazione delle attività dei Tavoli Tematici
- Organizzazione di una nuova segreteria del CCM
- Risultati dei Tavoli tematici di Senologia (in collaborazione con il Gruppo di Lavoro senologia: abbattimento liste attesa e creazione agende personalizzate ossia agende familiari e per uomini etc)
- Pubblicizzazione delle attività del CCM
- Pass per auto volontari nei parcheggi aziendali

Nel corso del 2019, in continuità con quanto effettuato nell'anno precedente, sono riprese le attività di coinvolgimento e di costruzione di forti relazioni e partnership, impegnando attivamente tutti gli stakeholders in un dialogo continuo per guidare il cambiamento dell'organizzazione attraverso l'utilizzo di metodi misti, quali-quantitativi. In particolare tavoli tematici, focus group, incontri con esperti, assemblee, etc.

ASSEMBLE del Comitato:

1. Assemblea del 9 gennaio 2019 ODG: Criticità Agende Tutor -Attività del P.O. Cardinale Panico - Criticità Intramoenia/extramoenia.
2. Assemblea del 4 febbraio ODG: Criticità Liste di Attesa -Richiesta Cartellini di Identificazioni - Indicazioni su delibere Aziendali-Ricostituzione Segreteria CCM;
3. Assemblea del 1 marzo ODG: Relazione Presidente ad un anno di nomina; Percorso oncologico; Attività istituzionali;
4. Assemblea Straordinaria del 15 marzo ODG: Problematiche precedente Assemblea
5. Assemblea del 13 giugno ODG: Consegna cartellini di identificazione - Consegna pass Tavoli tematici e Convocazione Assemblea Plenaria;
6. Assemblea del 24 luglio ODG: Delibera Liste attesa presentate dal dott. Rollo; Funzionamento CCM;
7. Assemblea del 6 novembre ODG: Conferenza dei Servizi; Richiesta formazione C.Or.O - Agende cartacee - presentazione nuovo DS.

<p><u>FORMAZIONE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione su quanto deliberato in delibera n.67 /19 sulla rete oncologica aziendale e CoRo • Formazione sulle Agende Tutor • Formazione sulle Dimissioni Protette
<p><u>TAVOLI TEMATICI</u></p> <p>n.°4 Tavoli Tematici sui seguenti argomenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tavolo della Salute mentale • Tavolo della Senologia • Tavolo sulla Procreazione assistita • Tavolo sulle liste attesa
<p><u>VALUTAZIONE e VERIFICA sedi/attività Ospedaliere/Territoriali</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi nelle varie strutture per la soluzione di problematiche segnalate da cittadini utenti • Verifica e valutazione attiva delle Associazioni che hanno aderito a conoscere il PTA del DSS di Nardò
<p><u>AZIONI POSITIVE proposte dal CCM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pubblicizzazione delle attività del CCM sia su cartaceo che su web e in tutte le sedi aziendali • Implementazione di personale sanitario ove richiesto da alcuni tavoli tematici • Pass per auto volontari nei parcheggi aziendali • Pass di riconoscimento del Cittadino • Sistemazione dei parcheggi al Fazzi vecchio e nuovo

<p align="center">AZIONI IN ITINERE E PREVISTE PER L'ANNO 2020</p> <p align="center">(che saranno presentate nella prossima assemblea che si terrà a febbraio)</p> <p>Partecipazione attiva del CCM alle attività di programmazione aziendale e di valutazione partecipativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oltre alle attività dei 4 tavoli tematici si prevede l'istituzione di tavoli estemporanei (ossia di immediata soluzione delle criticità, ove possibile) • Maggiore visibilità del CCM tramite facebook e sito web • Implementazione attività di verifica presso i Distretti per far conoscere i PTA e/o nuovi percorsi aziendali • Incremento delle attività di Formazione continua su criticità rilevate dai cittadini da parte di esperti ASL
--

7.2 La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi

Facendo seguito alla esperienza maturata nel corso del 2019 in merito all'avvio, su input del Presidente dell'OIV, della rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, condotta su base campionaria presso l'Ospedale di Casarano e il Distretto Sociosanitario di Gagliano del Capo, per il 2020 si prevede l'estensione di tale rilevazione su altri due Distretti Sociosanitari (Maglie e Nardò) e su altri due Presidi Ospedalieri (Scorrano e Gallipoli).

Per tale rilevazione e per la conseguente elaborazione dei dati verranno coinvolti gli operatori volontari del Servizio Civile adeguatamente formati.

A partire dal febbraio 2020 sarà possibile che i cittadini esprimano la loro opinione sui servizi fruiti (ospedali, distretti sociosanitari e cup) attraverso il portale istituzionale www.asl.lecce.it. Un'apposita sezione consentirà di compilare ed inviare on line i questionari dedicati alle specifiche strutture.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini avviene anche, a livello qualitativo, attraverso la gestione di segnalazioni/reclami che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

7.3 La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

L'ASL Lecce dal 2015 ha aderito, assumendone anche il ruolo di coordinamento, alla ricerca promossa da AGENAS e ARESS Puglia e intitolata "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero della provincia di Lecce".

Dal 2017 la rilevazione è divenuta sistematica e viene effettuata annualmente. Il metodo utilizzato è quello della "Valutazione partecipata", che vede come valore fondante dell'intero processo il coinvolgimento dei cittadini quale parte attiva e garanti del rispetto e della correttezza dei dati raccolti. I cittadini sono coinvolti nelle varie fasi del processo:

- Accesso al ciclo di valutazione
- Produzione delle informazioni
- Validazione dei dati raccolti in ciascuna struttura
- Restituzione pubblica dei dati
- Proposta dei piani di miglioramento
- Monitoraggio della realizzazione delle azioni di miglioramento proposte.

Lo strumento utilizzato è una check list che articola il concetto di "umanizzazione" in quattro aree:

- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- accessibilità fisica, vivibilità e comfort;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- cura della relazione col paziente/cittadino.

La modalità di rilevazione si basa sulla consultazione di documenti o sull'osservazione diretta effettuata da una equipe che in ogni struttura è formata da volontari e operatori sanitari.

La rilevazione annuale ha interessato, nel triennio 2017 – 2019, tutte le 12 strutture di ricovero per acuti sia pubbliche (n. 6 Ospedali a gestione diretta) che private accreditate (n. 5 Case di Cura e l'Ospedale "G. Panico" di Tricase) che insistono sul territorio della Provincia di Lecce, registrando un graduale e continuo miglioramento dell'umanizzazione. Dal 2020 la rilevazione partecipata del grado di umanizzazione sarà estesa, attraverso una check list appositamente strutturata, anche alle strutture di riabilitazione ospedaliera pubbliche e private.

7.4 Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori.

Il miglioramento della performance organizzativa ed individuale è legato alla promozione e alla crescita delle risorse umane ed all'esistenza di un clima organizzativo positivo e favorevole al perseguimento della mission aziendale.

Le indagini sul benessere organizzativo, ancor più alla luce dell'obbligatorietà della rilevazione dei rischi psicosociali prevista con il D. Lgs 81/2008, sono gli strumenti più adatti per accrescere la performance di un'organizzazione in quanto consentono una conoscenza approfondita delle criticità esistenti e delle possibili azioni di miglioramento da mettere in atto.

Nella Asl di Lecce, l'Unità di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione, che si occupa del benessere dei dipendenti e della gestione dei rischi psicosociali, ha realizzato, attraverso la partecipazione attiva dei dipendenti, la valutazione del rischio stress lavoro-correlato in tutte le strutture dell'Azienda, così che oggi si dispone di un quadro approfondito delle varie realtà organizzative.

Attraverso la compilazione di un questionario (anonimo) di natura psicosociale, i dipendenti hanno avuto la possibilità di esprimere il proprio parere riguardo la realtà lavorativa, identificando le aree critiche e i punti di forza. Sulla base degli esiti dell'intero processo di valutazione dei rischi psicosociali, è stato possibile programmare, per alcune unità operative, specifiche azioni di miglioramento organizzativo e predisporre, per la popolazione aziendale, delle misure di prevenzione e gestione dei predetti rischi.

Una di queste misure è rappresentata dallo "Sportello Ascolto", uno spazio di counseling e supporto psicologico riservato ai dipendenti che vivono una condizione di disagio in ambito lavorativo e che possono farne richiesta rivolgendosi direttamente all'Unità di Psicologia del Lavoro o tramite il medico competente (per la valutazione dell'idoneità). In tale spazio, nel pieno rispetto della privacy, vengono individuati quei fattori organizzativi/sociali/individuali che sono di ostacolo al benessere dell'individuo e i possibili percorsi di risoluzione.

Un'ulteriore azione in direzione del benessere organizzativo è rappresentata dall'ampio progetto formativo a favore di tutti i dipendenti che, nel corso di questi anni, l'Unità di Psicologia del Lavoro ha portato avanti in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica. Il progetto, che ha utilizzato una didattica partecipativa ed esperienziale, si è posto l'obiettivo di potenziare le risorse personali dei dipendenti, rinforzando le capacità individuali di gestione dello stress, la risoluzione efficace dei conflitti nei gruppi di lavoro e agevolando l'apprendimento delle tecniche di comunicazione e di gestione delle emozioni. Il percorso programmato si è rivelato in linea con i bisogni formativi dei dipendenti ed ha registrato un'estesa partecipazione.

Con l'obiettivo di accrescere la consapevolezza dei dipendenti sulla sindrome del burnout, le molestie e le violenze nei luoghi di lavoro, sono stati condotti diversi interventi formativi in materia, all'interno dei vari corsi ECM organizzati in Azienda.

Sempre nell'ambito dei processi formativi a sostegno del benessere dei dipendenti, con l'obiettivo di agevolare la prevenzione e gestione dei rischi psicosociali, sono stati inseriti interventi di natura informativa e formativa sui rischi psicosociali nel programma formativo aziendale relativo alla tutela della salute e della sicurezza sul posto di lavoro.

Una lettura globale dei dati provenienti dalla valutazione dei rischi psicosociali condotta sino ad oggi sull'intera Azienda, ci consente di individuare quelle dimensioni lavorative che più frequentemente vengono percepite come problematiche dai lavoratori e sulle quali è necessario intervenire con

azioni di miglioramento. Di seguito le suddette dimensioni e le relative misure correttive e preventive proposte:

1) **AMBIENTE E SICUREZZA** Tale dimensione concerne la percezione del comfort e della sicurezza degli ambienti di lavoro, l'adeguatezza e la disponibilità dei dispositivi individuali di protezione e delle attrezzature e degli strumenti utilizzati.

Misure correttive e preventive già realizzate:

- Corsi di formazione e informazione in materia di sicurezza degli ambienti e dei luoghi di lavoro e/o delle patologie correlate (rivolti ai lavoratori, dirigenti, preposti, RLS e ASPP, etc) organizzati dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e dal Dipartimento di Prevenzione. All'interno di questi corsi, uno specifico spazio è stato dedicato alla prevenzione e gestione dei rischi psicosociali.
- Informativa ai dipendenti sul "rischio da stress lavoro-correlato" inserita nel "Manuale d'informazione ad uso dei lavoratori" del "Sistema di gestione della Sicurezza e Salute nei luoghi di lavoro" dell'Azienda.

Misure correttive e preventive da attuare:

- Adeguamento degli ambienti di lavoro e delle attrezzature in uso, incluse le postazioni informatiche e, ove previsto, garantire la dotazione dei dispositivi di protezione individuale.

2) **INTERFACCIA CASA-LAVORO** riguarda l'influenza che le problematiche e le difficoltà lavorative hanno sulla vita privata dei lavoratori. I fattori che incidono su questa dimensione sono molteplici, spesso legati alle caratteristiche organizzative dei diversi ambienti di lavoro, all'orario e al carico di lavoro, ma anche alle caratteristiche individuali dei lavoratori stessi (incluso il grado di coinvolgimento emotivo verso il proprio lavoro).

Misure correttive e preventive già realizzate:

- Indagine sui bisogni di conciliazione, realizzata congiuntamente al CUG, in alcune unità operative e individuazione di forme di flessibilità oraria da implementare in azienda che, ad oggi, sono all'attenzione delle OO.SS, degli RSU e dell'OIV.

Misure correttive e preventive da attuare:

- Idonea e preventiva pianificazione delle attività lavorative e dei turni, con un limitato ricorso al lavoro straordinario (ove possibile);
- Possibilità di fruire delle misure di flessibilità oraria e di work life balance (part-time, banca delle ore, smart working, etc).
- Promozione di un sistema di welfare aziendale diretto e indiretto tramite, ad esempio: 1. avvio di convenzioni con strutture educative, ricreative e sportive per i figli in età prescolare e scolare e con i servizi per l'assistenza agli anziani e/o disabili, etc.

3) **ORARIO E CARICO DI LAVORO**, concerne le richieste derivanti dall'ambiente in termini di ore di lavoro, straordinario e cambiamenti continui dell'orario di lavoro, la quantità di lavoro da svolgere e il ritmo cui il lavoratore è sottoposto; include, inoltre l'adeguatezza delle risorse individuali e organizzative per svolgere i compiti assegnati. L'analisi dei dati mostra queste due aree come maggiormente problematiche per i lavoratori dei presidi ospedalieri.

Misure correttive e preventive già realizzate:

- Percorso formativo ECM rivolto a tutto il personale, dal titolo “La gestione efficace dello stress nei luoghi di lavoro”, con l'obiettivo di mitigare gli effetti degli stressors sui lavoratori e potenziare le capacità di coping e di gestione del tempo.

Misure correttive e preventive da attuare:

- Adeguata dotazione organica ed equa distribuzione dei carichi di lavoro.
- Idonea programmazione dei turni con congruo anticipo e possibilmente con il consulto dei dipendenti
- Pianificazione di opportune pause durante i turni, soprattutto quelli più impegnativi.

4) **QUALITA' DELLE RELAZIONI**, indaga l'esistenza di un clima lavorativo conflittuale o di tensione che può ingenerare anche dei comportamenti negativi nel gruppo di lavoro. Tale dimensione è emersa nella sua criticità soprattutto all'interno dei focus group di approfondimento tematico realizzati in diverse unità operative.

Misure correttive e preventive già realizzate:

- Attività dello Sportello Ascolto;
- Interventi di mediazione e di supporto realizzati nelle varie unità operative per favorire un'adeguata gestione delle dinamiche conflittuali presenti nei gruppi di lavoro;
- Percorso formativo ECM di potenziamento delle risorse personali rivolto a tutti i dipendenti dal titolo: “ Il conflitto nei gruppi di lavoro”, con l'obiettivo di agevolare l'apprendimento di tecniche di comunicazione efficace, di gestione dei conflitti interpersonali e della leadership e di promuovere l'adozione di adeguati comportamenti positivi in ambito lavorativo;
- Attività di formazione nei corsi ECM programmati per accrescere la conoscenza e la gestione della sindrome del burnout e per fronteggiare adeguatamente gli agiti aggressivi nei riguardi degli operatori sanitari.

Misure correttive e preventive da attuare:

- Programmazione di un Corso ECM “avanzato” sul benessere del gruppo di lavoro e la crescita professionale degli operatori sanitari.

Quale ulteriore misura organizzativa in direzione del benessere dei dipendenti, a partire dal 2016 nella Asl di Lecce, come in tutte le altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale, è stata avviata un'indagine sul clima interno ad opera del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Tramite la compilazione di un questionario on line, i dipendenti hanno espresso la loro opinione riguardo le condizioni di lavoro, il management, la formazione, i processi di comunicazione, la vision aziendale.

Allo stato, sono all'analisi gli esiti della seconda indagine, avviata nel 2019, con l'obiettivo di identificare degli spazi di miglioramento organizzativo ed accrescere la soddisfazione e il coinvolgimento del personale.

7.5 Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.). Piano di azioni positive

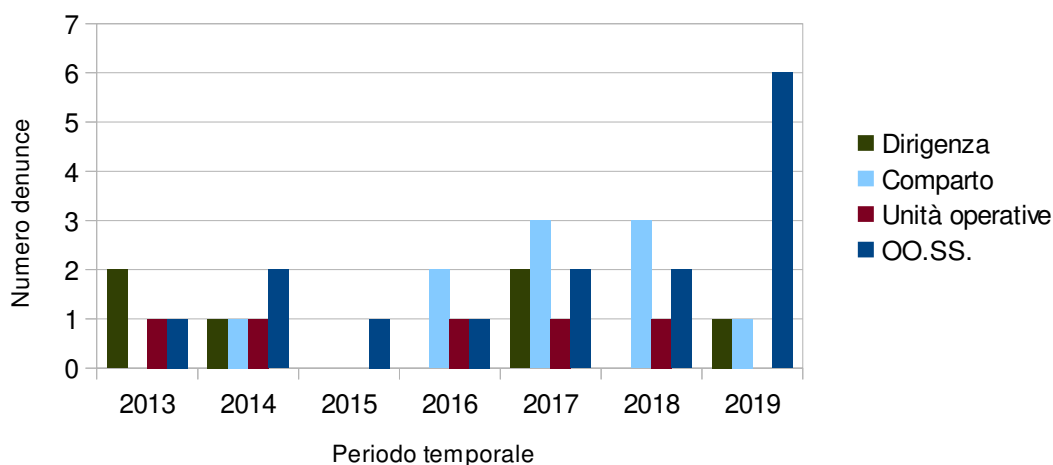
Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Le Azioni messe in atto dal CUG e di seguito riportate sono orientate a sviluppare una cultura interna tesa alla valorizzazione del personale, al miglioramento della qualità del lavoro e alla rimozione di eventuali ostacoli che impediscono la promozione delle pari opportunità.

Per la realizzazione di tali azioni positive, al fine di coinvolgere il personale, sono stati utilizzati strumenti diversificati: il rapporto personale attraverso lo Sportelli CUG, la somministrazione di questionari e focus group.

Azione: Sportello CUG	Destinatari	2019	2020
Lo "Sportello CUG" offre supporto nella problematiche riconducibili a fenomeni di discriminazione, violenza morale, psichica o disagio legato a fattori organizzativi a carico dei dipendenti.	Tutti i dipendenti ASL Lecce	Report delle situazioni segnalate. La maggior parte risulta ascrivibile principalmente a problematiche relative a disagi derivanti da disfunzioni organizzative, alla difficoltà incontrata dal personale a rapportarsi direttamente e con spirito costruttivo con il/la direttore/trice della U.O. di appartenenza, a difficoltà di conciliazione dei tempi di lavoro con i tempi della cura familiare, al conflitto interpersonale e a discriminazioni nello svolgimento del proprio ruolo professionale.	Migliorare e potenziare la comunicazione

Rilevazione denunce



Azione: Favorire il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/paternità o da assenza prolungata”	Destinatari	2019	2020
Sviluppare, a livello aziendale, percorsi standardizzati al fine di agevolare il processo di reinserimento dei lavoratori/trici nel posto di lavoro dopo lunga assenza	Rientro da una paternità/maternità; Rientro dopo lunga malattia	DG n. 1139 del 25/05/2019 Somministrazione di un questionario per mappare i percorsi adottati in azienda e delle eventuali criticità	Definizione di un progetto di tutoraggio; Predisposizione modulo formativo per dirigenti e responsabili delle risorse umane sul tema del reinserimento lavorativo Questionario di customer satisfaction

Azione: Integrazione del dipendente con disabilità	Destinatari	2019	2020
Favorire la piena integrazione delle persone con disabilità sul posto di lavoro riducendo le criticità, laddove possibile, al fine di realizzare una condizione di benessere organizzativo	Dipendenti con disabilità	DG n. 1139 del 25/05/2019 Somministrazione del Questionario per la rilevazione dei bisogni ed aspettative dei dipendenti con disabilità	Analisi dei questionari. Proporre soluzioni organizzative di “accomodamento ragionevole” e “tecnologie assistive”

Per le azioni in dettaglio si rimanda al Piano di Azioni Positive allegato C) al presente documento

7.6 Attività di “Transizione alla Modalità Digitale” e “Dematerializzazione”

Le attività di “Transizione alla modalità digitale” e “dematerializzazione” hanno una notevole rilevanza sulle procedure della trasparenza dell’azione amministrativa dell’azienda. Tali interventi sono indispensabili per facilitare l’accessibilità e la fruibilità di servizi, informazioni e dati da parte dei cittadini e utenti.

Nel rispetto di quanto previsto dal Codice dell’Amministrazione Digitale (nella ultima versione integrata ed aggiornata), dal Piano Triennale per l’informatica nella Pubblica Amministrazione 2019-2021 (a cura della Agenzia per l’Italia Digitale) e dal Piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia, l’azienda attraverso la UOSD Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy in collaborazione con la UOSD Sistemi informativi Aziendali, ha avviato una serie di iniziative tese alla Dematerializzazione ed alla Transizione alla Modalità Digitale dei procedimenti – amministrativi e non – nel rispetto delle prescrizioni imposte dal GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dal rinnovato codice privacy (D.Lgs. 196/2003).

Tra le altre, l’iniziativa a maggiore valenza e potenziale impatto positivo – anche in termini di trasparenza di processo - riguarda l’implementazione della “Gestione Documentale” per tutte le strutture aziendali. Il progetto prevede che, a valle della sostituzione del precedente gestore di Protocollo Informatico (già effettuata) con consolidamento formale e sostanziale del nuovo Titolario di Classificazione (propedeutico per l’implementazione della gestione archivistica), si avviino due rami progettuali: 1) – la gestione dei “fascicoli digitali” all’interno del nuovo gestore documentale e 2) - la gestione del processo di redazione e pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi (compresi atti di gara e concorso) in “totalmente digitale”.

La gestione dei “fascicoli digitali” consentirà di alimentare questi contenitori virtuali con tutte le possibili specie di documentazione: documenti analogici scansionati, posta elettronica ordinaria, posta elettronica certificata, documenti nativi digitali, rivenienti o meno dal protocollo informatico. I vantaggi principali derivano dalla migliore e più efficace archiviazione e ricerca documentale, dalla possibilità di “condividere” i contenuti informativi (singoli documenti o interi fascicoli) tra strutture aziendali diverse semplicemente utilizzando il software di gestione, ultimo e fondamentale, centralizzazione totale dell’archivio informativo aziendale con la possibilità di ricercare e mettere a disposizione all’utenza interna e esterna la documentazione richiesta e/o necessaria in tempi brevi e qualità superiore.

La gestione del processo di redazione e pubblicazione degli atti aziendali in “totalmente digitale” renderà possibile predisporre, modificare, validare-approvare-formalizzare con sottoscrizione digitale e pubblicare sull’albo pretorio tali documenti, attraverso un processo unico che, senza soluzione di continuità, utilizzando una istruttoria in formato nativo digitale, attraverso un percorso stabilito, renda disponibile all’utenza un atto che non ha subito alcuna conversione di formato (analogico-digitale) ed alcuna modifica (una volta firmato digitalmente dal responsabile di struttura non può essere rimaneggiato) e che, inoltre, contiene tutte le informazioni e le tempistiche di intervento degli attori coinvolti (funzionario istruttore, responsabile di struttura, direttori, responsabile della pubblicazione) attraverso l’utilizzo delle firme digitali e delle marche temporali.

Così come previsto dalla normativa, sia la componente di gestione documentale, sia il processo di redazione, formalizzazione e pubblicazione degli atti aziendali saranno regolamentati attraverso il nuovo “Manuale di Gestione” che sarà reso disponibile all’utenza nella sezione trasparenza del portale aziendale.

8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

8.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

La redazione del Piano della Performance è il risultato di un processo di condivisione che sulla base degli indirizzi strategici definiti dalla Direzione Generale supportata dal Collegio di Direzione, coinvolge a cascata le direzioni delle macrostrutture aziendali, le direzioni delle U.O.C., la dirigenza medica e non medica, il personale di comparto con funzioni di coordinamento, il restante personale.

8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Il Piano della Performance è stato sviluppato coerentemente con gli indirizzi contenuti nella Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di Previsione 2020, nonché degli indirizzi regionali in materia sanitaria di programmazione economico finanziaria.

8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Su impulso dell'OIV è stato avviato un processo di revisione complessiva del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) anche al fine di adeguare le procedure aziendali alle disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017.

La revisione del SMVP aziendale è stata avviata nell'anno 2019 con l'attuazione di un percorso formativo (6 edizioni) dedicato al nuovo modello per la valorizzazione e valutazione del personale, con il coinvolgimento di circa 400 dipendenti tra Direttori di struttura complessa, personale con incarico di coordinamento, organizzazioni sindacali.

Nel presente piano è stato introdotto un nuovo paragrafo (paragrafo 7) sulla **Valutazione Partecipativa** nel ciclo della performance che, nella logica della gradualità prevede, per l'anno 2020, lo sviluppo di alcuni interventi già avviati negli anni precedenti e che, d'intesa con l'OIV, saranno strutturate in maniera organica secondo le metodologie definite nelle linee guida 4/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in corso di adozione.

9. ALLEGATI:

A) Posizionamento ASL Lecce su obiettivi DGR 2198/2016 – Indicatori MeS Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa – Anni 2017 – 2018

B) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

C) Pari opportunità - Piano di azioni positive 2018 - 2020