



ASL Lecce

PugliaSalute

Conferenza dei Sindaci
Via A. Miglietta, 5- 73100 LECCE
PEC: protocollo@pec.asl.lecce.it
Tel. : 0832/226024

VERBALE DELLA CONFERENZA DEI SINDACI del 26 maggio 2023

L'anno duemilaventitre, il giorno ventisei del mese di maggio, alle ore 9,00 in Lecce, presso la Sala Consiliare di Palazzo Carafa, alla via Rubichi, 1, si è riunita in seconda convocazione la Conferenza dei Sindaci, a seguito di formale convocazione, per la trattazione del seguente ordine del giorno:

1. Integrazione della Conferenza con i Sindaci di nuova nomina (art. 1, comma 5, del Regolamento Regionale 18 luglio 2008 n.16);
2. Nomina dei componenti della Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci (art. 9 del Regolamento Regionale 18 luglio 2008 n.16);
3. Presentazione da parte della Direzione Strategica ASL LE del nuovo progetto di organizzazione dipartimentale;
4. Varie ed eventuali.

Presiede la seduta il Sindaco di Lecce, dott. Carlo Salvemini, assistito con funzione di segreteria verbalizzante, ai sensi del comma 2 dell'art. 7 del Regolamento Regionale 18 luglio 2008, n. 16, dal funzionario amministrativo ASL LE, dott.ssa Angela Schirosi.

Alle ore 10.00 il Presidente constata che in aula sono presenti 26 sindaci o loro delegati (come da foglio delle presenze, in allegato) e che, pertanto, non si dispone del numero legale per assegnare validità deliberante alla Conferenza che, riunita in seconda convocazione, richiederebbe la presenza di un terzo dei Sindaci della Provincia. Riferisce, pertanto, che provvederà a breve a una nuova convocazione e a sollecitare i colleghi sindaci a garantire la propria presenza, anche tramite propri delegati, al fine di garantire il funzionamento della Conferenza dei Sindaci, ricostituendo la composizione con i Sindaci di nuova elezione e provvedendo alla nomina della nuova Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, composta da 5 membri: il Sindaco della Città capoluogo con funzioni di Presidente e, secondo l'ultima elezione, dai sindaci dei comuni di Galatina, Gallipoli, Casarano e Poggiardo. Nella precedente costituzione sono stati eletti i suddetti sindaci, rispettando il criterio precedentemente individuato. Per la ricostituzione della Rappresentanza potrebbe essere riconfermato detto criterio oppure rivisto, anche con la collaborazione del Direttore Generale. Ad esempio un nuovo criterio potrebbe essere quello di individuare i componenti della Rappresentanza tra i Comuni sede di presidio ospedaliero (Lecce, Copertino, Galatina, Gallipoli, Casarano e Scorrano) o altro criterio individuato dai componenti della Conferenza nelle more della nuova convocazione.

Il Presidente pur se non siano presenti la maggioranza dei componenti, prosegue i lavori della Conferenza e introduce il terzo punto all'ordine del giorno. Ringrazia la Direzione strategica dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce per aver coinvolto la Conferenza nella procedura di adozione

della sua organizzazione e con il consenso dei presenti introduce il Direttore Generale dell'ASL LE, Avv. Stefano Rossi al quale cede la parola.

Prende la parola il Direttore Generale il quale ringrazia il Presidente e i Sindaci presenti ed evidenzia l'importanza di questo incontro atteso che oltre ad avere finalità conoscitive è utile a saldare i rapporti che sul territorio si estrinsecano nell'assistenza socio sanitaria già di competenza degli Ambiti di zona e la collaborazione tra istituzioni.

Il Direttore Generale presenta gli altri componenti della Direzione Strategica: il Direttore Amministrativo, Dott. Yanko Tedeschi, e il Direttore Sanitario, Dott. Antonio Bray; dichiara che la Direzione Strategica è disponibile al confronto anche con i singoli sindaci su qualsiasi argomento riguardi l'assistenza sanitaria sul territorio della Provincia di Lecce e chiarisce che la finalità dell'incontro odierno costituisce appunto la circostanza per una prima presentazione dell'assistenza sanitaria in provincia. Chiarisce che la realtà leccese non è dissimile da quella delle altre realtà nazionali in cui si riscontra grave carenza di personale. Inoltre nella nostra provincia incide un andamento demografico della popolazione piuttosto anziana e con cronicità che richiedono molte più risorse rispetto al passato a fronte di un'invarianza della quota del Fondo Sanitario Nazionale. Dette circostanze richiedono, conseguentemente, di ottimizzare le risorse a disposizione per il potenziamento della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale.

Passa a esporre la nuova organizzazione dipartimentale che è stata già presentata al Collegio di Direzione ASL LE e alle Organizzazioni Sindacali. L'organizzazione dipartimentale è stata elaborata adeguandola alle nuove esigenze, anche in considerazione delle risorse relative alla programmazione relativa al Piano dei fabbisogni e al PNRR interamente destinate all'offerta sanitaria territoriale 2.0 dell'Azienda Sanitaria che si compone di un presidio di riferimento, il "V. Fazzi" interessato dal processo di scorporo dall'Azienda Sanitaria e di trasformazione in Azienda Ospedaliero-Universitaria che lavorerà in sinergia con l'Università del Salento per la crescita della facoltà di medicina, già al secondo anno, e che necessiterà della clinicizzazione di alcuni reparti. La vera novità della facoltà di medicina sarà il nuovo corso di laurea MedTec, innovativo in quanto unisce medicina e ingegneria e che consentirà di potenziare il territorio e di attrarre studenti provenienti da altre province, anche non limitrofe, e che vede quale collaboratore il prof. Sannino, leader a livello mondiale per alcuni brevetti innovativi.

Si auspica pertanto che i propositi della Regione, che ha legiferato lo scorporo dell'Ospedale "Vito Fazzi" dall'ASL LE e la costituzione in Azienda Ospedaliera, sia avallato dal MEF pur se la Regione Puglia è in piano operativo.

Il Direttore Generale si dichiara, tuttavia, fiducioso che nel 2024 si possa concludere questo percorso che, purtroppo, come tutti i procedimenti di competenza governativa, rallenta ad ogni cambio di Governo.

Lo scorporo consentirà alla facoltà di medicina e a MedTec di accelerare il processo di crescita a cui contribuirà anche la collaborazione con grandi realtà produttive locali come RI Group, leader nel settore di container, uno dei quali verrà posizionato all'interno del "V. Fazzi" per diventare centro di simulazione, considerato che sarà realizzato a supporto delle attività didattiche.

Altra grande sfida dell'ASL LE è la realizzazione di un grande ospedale di secondo livello nell'area Melpignano-Maglie a servizio dell'intera provincia senza tralasciare, ovviamente, gli altri ospedali dell'Azienda. Infatti, nei giorni passati sono stati inaugurati nuovi posti letto di geriatria presso l'ospedale di Casarano; presso l'ospedale di Copertino è stato inaugurato il nuovo reparto di ortopedia; presso l'ospedale di Galatina, a breve, saranno attivati posti letto di neuropsichiatria infantile, che sarà secondo solo a Bari; mentre altre attivazioni sono in programma per riorganizzare la rete ospedaliera aziendale.

Si sta lavorando anche su nuove progettualità come, ad esempio, a Scorrano dove si è in attesa della chiusura di alcuni lavori come quelli riguardanti il pronto soccorso.

Molti lavori che interessano le strutture aziendali sono in corso ma la carenza di personale, che riguarda non solo il ruolo sanitario ma anche quello tecnico, crea qualche difficoltà nella realizzazione dei lavori. Al fine di dare risposte o approfondire l'argomento dei lavori finanziati con fondi provenienti dal PNRR, sono presenti il Direttore ff dell'Area Gestione Tecnica dell'ASL LE, Ing. Cavallo, e il funzionario dell'Area Tecnica, Ing. Zocco.

Purtroppo le risorse scarseggiano e, conseguentemente, quelle disponibili dovrebbero essere ottimizzate soprattutto per evitare duplicazioni. Pertanto si è pensato di omogeneizzare l'area Galatina-Copertino e Gallipoli-Casarano dove sono presenti presidi che dovranno essere vocati a discipline differenti; ad esempio: per Galatina potrebbero essere potenziate le discipline internistiche integrate con il territorio in quanto sede di Distretto Socio Sanitario all'interno dello stesso presidio e, invece, vocare Copertino alle discipline chirurgiche, concentrando presso questo presidio il servizio di anestesia. Allo stesso modo potrebbe essere organizzato il presidio di Casarano dove è in corso di realizzazione la quarta torre che potrebbe ospitare nuove discipline che si aggiungerebbero a quelle già insistenti (es. psichiatria, neurologia, ecc.) di area non chirurgica e, invece, Gallipoli potrebbe essere polo chirurgico in coerenza con il suo ruolo di avamposto nella filiera dell'emergenza urgenza, soprattutto in considerazione dell'aumento della popolazione nel periodo estivo.

Questo per quanto riguarda la generica e prospettica programmazione che l'ASL di Lecce implementerà nei prossimi mesi, cercando di garantire, tramite anche il PNRR, un'offerta di servizi sanitari in quei comuni sprovvisti di presidio ospedaliero o ambulatori. Questa pianificazione, esistente all'atto dell'insediamento come Direttore Generale, potrebbe essere oggetto di eventuali modifiche anche qualora dovessero pervenire suggerimenti dal territorio e, quindi, dai Sindaci ai quali la direzione strategica rappresenta un'apertura al confronto.

Il Direttore comunica che l'Azienda è disponibile a incontrare i Sindaci in una conferenza monotematica nella quale affrontare l'argomento PNRR che qui si affronta in modo alquanto sintetico e che potrà invece essere affrontato analiticamente con una presentazione più completa. Interviene il Direttore Amministrativo, Dott. Yanko Tedeschi, il quale, ribadendo la disponibilità ad un confronto con i sindaci in merito al PNRR, precisa che il finanziamento riconosciuto a Lecce è stato utilizzato per la realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT e per l'acquisto di grandi macchine secondo una programmazione precedente all'insediamento della nuova direzione, la quale ha preso atto dello stato dell'arte. La precedente programmazione, purtroppo, ha subito gli effetti della nuova situazione economica condizionata dalla guerra in Ucraina e dall'aumento del costo dell'energia che hanno reso insufficienti le somme erogate. Medio tempore, tuttavia, l'Area Gestione Tecnica ha intercettato risorse aggiuntive nel Fondo Opere Indifferibili recuperando così circa 8 milioni di euro pertanto le somme a disposizione dell'Asl di Lecce per la missione n. 6 del PNRR sommate a quelle provenienti dal fondo opere indifferibili ammontano a circa 80 milioni di euro dei quali 57 milioni destinati alla realizzazione di 24 case della salute, 6 Centrali Operative Territoriali e 6 ospedali di comunità.

I fondi saranno utilizzati per la realizzazione delle summenzionate strutture per garantire la integrale realizzazione dei servizi di assistenza sul territorio (e di questo potrà più ampiamente parlare il Direttore Sanitario). Sotto il profilo tecnico-amministrativo, invece, si sta provvedendo a realizzare i "contenitori" all'interno dei quali dovranno successivamente essere immesse risorse umane e strumentali ma soprattutto interessati da una riorganizzazione dell'intero modello attuale nel senso che COT; Case della Salute e Ospedali di Comunità non saranno aggiuntive

rispetto all'attuale organizzazione (DM 77) e, pertanto, dovrà essere ripensato l'intero modello di assistenza territoriale.

A questo dovranno aggiungersi gli investimenti per complessivi 21 milioni di euro che riguarderanno la digitalizzazione e l'ammodernamento dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di primo e secondo livello e ulteriori 13 milioni di euro per il rinnovo delle apparecchiature e attrezzature sanitarie. Si precisa che trattasi di rinnovo/sostituzione delle grandi macchine e questo costituisce un vulnus del PNRR che non consente di dotare di nuove apparecchiature gli ospedali che ne sono sprovvisti ma solo sostituire le apparecchiature dichiarate obsolete.

L'argomento potrà essere oggetto di un approfondimento che si potrà fare in un secondo momento, sulla funzione che devono avere le case della salute, gli ospedali di comunità e le COT.

Le case della comunità sono 24 e sono Castrignano del Capo, Monteroni, Otranto, Galatone, Racale, Vernole, Zollino, Taviano, Aradeo, Matino, Melendugno, Porto Cesareo, Sannicola, Veglie, Squinzano, Presicce, Acquarica, Lecce, Nociglia, Santa Cesarea, Copertino, Ugento e Taurisano. Di queste, 14 sono di nuova costruzione più precisamente sono 12 interventi di nuova costruzione, cioè noi abbiamo il suolo e dobbiamo edificare ex novo e 2 sono degli ampliamenti di strutture già esistenti; soltanto 8 su 24 sono di proprietà dell'ASL di Lecce; gli altri 16 sono su terreni o su immobili di proprietà dei Comuni e, a tal proposito, si ringraziano tutti i Comuni non soltanto per la disponibilità, ma anche per la tempestività con cui hanno adottato tutti i provvedimenti per la concessione del diritto di superficie, piuttosto che di comodato. Sarà adesso compito dell'ASL adottare un provvedimento ricognitivo propedeutico alla sottoscrizione dell'atto notarile di queste 24 case della comunità di cui 6 saranno hub e precisamente: Otranto Aradeo, Melendugno Presicce Acquarica, Lecce, Copertino. *

Al momento l'ASL di Lecce è perfettamente in linea rispetto al cronoprogramma. Rispetto al milestones contenuto all'interno del CIS (Contratto Istituzionale di Sviluppo) l'ASL LE ha già aderito, come molti Comuni, alle procedure di Invitalia. Sulle case di comunità vi è già l'aggiudicazione della gara da parte di Invitalia per la progettazione e per l'esecuzione dei lavori. Sono stati già effettuati tutti gli ordini con riferimento ai servizi tecnici che poi dovranno essere validati dall'amministrazione. Entro il 30 settembre 2023 dovranno essere sottoscritti i contratti di aggiudicazione dei lavori; si potrà partire con la realizzazione delle case di comunità che dovranno essere concluse entro il 31 marzo 2026. L'ASL di Lecce sulle case della comunità come anche sugli ospedali di comunità e sulle COT è perfettamente nei tempi, quindi è rispettata la tabella di marcia.

Le COT saranno 7: 1 presso il distretto di Lecce; 1 presso il PTA di Campi; 1 presso il PTA di Nardò; 1 presso il distretto di Galatina; 1 presso il PTA di Maglie, 1 non presso il distretto di Casarano ma sarà ubicata all'interno dell'ospedale di Casarano e 1 presso il PTA di Gagliano. Anche per la realizzazione delle COT, l'ASL LE è perfettamente nel rispetto della tempistica prevista. Permane soltanto il problema della interconnessione dei device su cui però la regione ha avvocato a sé le competenze. Anche rispetto a quello che chiede la Regione, l'ASL di Lecce è perfettamente in linea.

Gli ospedali di comunità, invece, sono previsti su Gagliano del Capo, Campi, Maglie, San Cesario e Nardò. Anche in questo caso noi siamo perfettamente nei tempi previsti.

Sono pronti i contratti con tutti i progettisti e sono in itinere le procedure finalizzate a individuare coloro che realizzeranno i lavori che dovranno terminare, anch'essi, entro il 2026. I tempi per la realizzazione delle COT sono forse un po' più stringenti in quanto è previsto che debbano essere realizzate entro il 30 settembre 2024. Trattasi di strutture che serviranno a governare tutto ciò che si fa sul territorio, dall'assistenza domiciliare agli interventi sul territorio; una centrale telefonica digitale-telematica, la quale permetterà di intervenire ancor più tempestivamente. Una realtà nuova, vocata a tutte le esigenze.

Sono poi previsti circa 13 milioni, per il rinnovo delle grandi macchine. Di recente l'apparecchiatura per eseguire le PET TAC ha avuto dei problemi, già da fine febbraio fino ad oggi; i tecnici incaricati della Philips non sono riusciti a ripararla. Da oggi c'è la nuova PET mobile, che sarà attiva nel giro di una settimana, ed è stata collocata su container su quattroruote nel presidio "Vito Fazzi".



Le nuove macchine sono una risonanza magnetica aperta (che sarà installata presso il Fazzi), tre angiografi, 8 ecotomografi e 12 telecomandati dotati di sistema digitale diretto polifunzionale. Anche in tal caso gli ordini sono già stati effettuati su piattaforma Consip e sono state indette le gare per la progettazione dei lavori necessari per l'installazione di alcune di queste grandi macchine. In molti casi, infatti, è necessario effettuare alcuni lavori. Questo per sommi capi lo stato di avanzamento rispetto al PNRR dove ASL LE è perfettamente in linea.

Per quanto invece concerne il tema più specifico all'ordine del giorno, cioè la riorganizzazione dipartimentale, il Direttore Amministrativo ASL LE premette che la Conferenza dei Sindaci non si esprime sull'organizzazione dipartimentale; si esprime (secondo il Regolamento Regionale n. 16 del 2008) sull'atto aziendale, però la definizione dell'organizzazione dipartimentale dell'Asl di Lecce è sostanzialmente la spina dorsale di un qualunque atto aziendale.

Presenta l'organizzazione dipartimentale indicando che naturale perimetro giuridico è quello delle norme e dei regolamenti regionali. Infatti, ci sono delle decisioni rispetto alle quali non ci si poteva discostare dalla regolamentazione in materia, come ad esempio il numero delle unità operative complesse, delle unità operative semplici o semplici a valenza dipartimentale il quale è definito dalla Regione con delibera 16/03/2018; quindi non possono essere istituite più di 132 unità operative complesse, più di 195 tra unità operative semplice e unità operative semplice a Valenza dipartimentale, si è tenuto conto naturalmente del DM 70 e del DM 77.

Sul punto si è tenuto conto di tutti i regolamenti regionali che in alcuni casi prevedono l'istituzione obbligatoria di un dipartimento, come ad esempio il dipartimento immunotrasfusionale, il dipartimento del farmaco, oltre, ovviamente i dipartimenti classici strutturali: prevenzione, salute mentale e dipendenze patologiche. La riorganizzazione è frutto anche di una razionalizzazione per cui i 25 attuali dipartimenti sono stati ridotti a 19, di cui due di tipo amministrativo e 17 di tipo di tipo sanitario. Questo dovrebbe consentire un riordino, una razionalizzazione anche nella definizione della cosiddetta "catena di comando". Il Direttore Amministrativo, in conclusione si dichiara disponibile a fornire qualunque tipo di chiarimento in merito.

Il Direttore Amministrativo passa la parola al Direttore Sanitario per il razionale sanitario relativo alle scelte fatte rispetto all'organizzazione dipartimentale.

Il Direttore Sanitario ringrazia, saluta i presenti e prende la parola.

Riferisce che con il Direttore Generale e il Direttore Amministrativo si è cercato di adattare i bisogni della ASL a un atto aziendale che aveva bisogno di una rimodulazione, di una maturazione, non solo per intervenute norme, quali il DM 70 DM 77 che devono essere ovviamente contemplare e attuate, ma anche perché questa avrà bisogno di una integrazione ulteriore rispetto a quella effettuata negli anni scorsi. L'ASL si compone di 10 distretti, 6 presidi ospedalieri e un budget di un miliardo e mezzo di euro. Oltre i bisogni di salute, è una ASL che deve articolarsi nel migliore dei modi a cominciare dagli Uffici di staff della direzione generale, uffici strategici che prima erano afferenti al dipartimento del Governo Clinico, oggi soppresso. In particolare: SPPA, ufficio del medico competente, U.O. statistica ed epidemiologia, U.O. rischio clinico e, in aderenza ai bisogni di salute e alle azioni del DM 77, la telemedicina. Inoltre è stato introdotto, per poi svilupparlo, la dirigenza delle professioni sanitarie in quello che si chiama attualmente dipartimento delle professioni sanitarie. Questa, per grosse linee, l'organizzazione della direzione strategica, che ha inteso avocare a sé una serie di istituzioni, quali il CUP, l'ufficio formazione e tutti gli uffici che hanno un diretto governo da parte del Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo, ognuno per quanto di competenza.

Il primo dipartimento confermato è quello cardiovascolare, legato all'esigenza di risposta all'invecchiamento della popolazione, alle cronicità, implementato inserendo la cardiologia territoriale che si integrerà con le strutture ospedaliere con conseguente integrazione nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, ma anche delle cure domiciliari, con il paziente monitorato in telecardiologia. L'ospedale di Lecce costituisce un'eccellenza per l'emodinamica e l'elettrofisiologia e per tutte le tipologie di chirurgia vascolare oltre che per la cardiochirurgia, che è ovviamente il fiore all'occhiello della realtà universitaria. Inoltre sono stati accorpati in un unico dipartimento di Medicina e specialistiche gli ex dipartimenti medico geriatrico, delle medicine specialistiche e perfino alcune unità del dipartimento di neuroscienze e organi di

senso, creando un unico Dipartimento a vocazione internistica e anche qui è stata inserita la pneumologia territoriale, in modo da integrare i bisogni di salute del paziente acuto nell'ambito di un unico percorso di integrazione ospedale di I livello e DEA di II livello e realtà distrettuale, conferendo importanza ad una disciplina che ha costituito centro nevralgico nel periodo Covid, fondamentale nel monitoraggio del paziente cronico con insufficienza respiratoria. Inoltre, è stata inserita un'altra patologia sociale, il diabete, in quanto ritenuto che il paziente diabetico nelle sue complicazioni a volte importanti a volte inevitabili, a volte invece prevedibili, abbia bisogno di un supporto internistico e quindi di essere inserito con la diabetologia e l'endocrinologia in questo Dipartimento di Medicina e specialistiche.

C'è poi il dipartimento Nefrodialitico confermato e anzi implementato con i CAD, con la dialisi estiva (aprirà a breve a Gallipoli). Certamente nel dipartimento nefrodialitico una novità è costituita dall'inserimento dell'urologia, divenendo così dipartimento nefrodialitico ed urologico. Si è ritenuto, infatti, inscindibile questo tipo di percorso del paziente nefrodialitico, con le patologie renali, le patologie vescicali e altre patologie correlate all'insufficienza renale.

Il dipartimento onco-ematologico è ben collaudato e organizzato in una serie di percorsi che vedono nel C.Or.O. e nel DiOnc le strutture di smistamento; "nodi" a cui il paziente può rivolgersi, indirizzato dal medico di famiglia o dallo specialista, per essere gestito immediatamente, indifferibilmente, nei suoi bisogni di cure oncologiche. Peraltro, a questo dipartimento, è stato accorpato la radioterapia oncologica, inserita opportunamente secondo gli standard nazionali del dipartimento.

Interviene il Direttore Generale per chiarire cosa sia il C.Or.O. considerato che, nonostante sia attivo da tempo, molti non hanno ancora informazioni in merito. Il Centro di Orientamento Oncologico entra in campo quando c'è anche il semplice sospetto diagnostico di una patologia tumorale. Il medico di base evita al paziente di andare al CUP per cercare un appuntamento per la risonanza, la TAC, la PET Tac e altri esami. Il Centro di Orientamento Oncologico è attivo al Fazzi ma anche negli altri reparti di oncologia di Gallipoli e Scorrano; può essere facilmente raggiungibile telefonicamente; chiamando il C.Or.O. il paziente viene preso in carico. La prima visita oncologica viene eseguita con tempo di attesa pari a 0 e velocemente si decide il percorso. Gli esami diagnostici vengono prenotati direttamente così come tutti gli accertamenti vengono eseguiti senza che l'assistito debba occuparsene direttamente. Per tale motivo il Direttore Generale comunica che sarà trasmessa, unitamente al presente verbale, la locandina del C.Or.O. per pubblicizzare il percorso di appropriatezza. Il C.Or.O. è il Collettore Primario, universale, il punto stella per tutti i pazienti che necessitano di cure nell'ambito oncologico ed è stata sviluppata la rete oncologica aziendale in modo che sia aderente ai protocolli, validi per tutta la Regione. Recentemente è stata validata e accreditata la Breast Unit, fiore all'occhiello dell'Azienda Sanitaria per la gestione del tumore mammario perché i nostri pazienti oncologici non facciano inutili viaggi della speranza presso altri centri dove vengono curati secondo i medesimi protocolli che rispecchiano i criteri di appropriatezza. Ciò anche ai fini del contenimento della spesa farmaceutica. Oltre a questo sono stati sviluppati percorsi di assistenza domiciliare del paziente oncologico che viene trattato nelle fasi acute o di somministrazione di chemioterapici in ambiente ospedaliero, ma che vive la sua realtà nella serenità del proprio domicilio e deve essere assistito, seguito e monitorato per fare in modo che sia ospedalizzato solo quando è strettamente necessario.

Riprende la parola il Direttore Sanitario che prosegue con il dipartimento di medicina e specialistiche, organizzato in prospettiva dello scorporo del "Vito Fazzi". Precisa che lo scorporo non significa disintegrazione, tutt'altro; si ritiene che lo scorporo possa dare maggiore impulso alla ricerca clinica e maggiore efficacia alle cure ma soprattutto all'integrazione ospedale territorio, in cui il Distretto non è da considerare una torre d'avorio chiusa ma integrato nelle reti territoriali per interagire sia con lo scambio di competenze e di risorse umane, sia con lo scambio di servizi, tutto al fine di creare centri di eccellenza di chirurgia, centri di eccellenza di medicina interna, di cure specialistiche ed evitando di duplicare centri mediocri.

Quello che prima era chiamato dipartimento ortopedico e traumatologico è stato modificato in dipartimento ortopedico e neurotraumatologico, mantenendo però la sua dignità di Trauma Center. Il dipartimento ortopedico e neurotraumatologico che, di fatto, si occuperà nell'ambito della rete Hub e Spoke di primo e secondo livello del politrauma, dalla traumatologia ortopedica alla neurochirurgia e della

chirurgia maxillo-facciale, sarà un centro di gestione di II livello, punto di riferimento che avrà negli altri ospedali la gestione della stabilizzazione del paziente traumatizzato in attesa di un eventuale trasferimento presso il DEA.

Si è deciso e proposto di integrare nel dipartimento materno infantile il dipartimento ginecologico ostetrico con quello pediatrico. Questo permetterà di gestire meglio i punti nascita che attualmente sono oggetto di una riorganizzazione e integrazione con l'assistenza neonatologica. Quindi l'assistenza ostetrica, quella pediatrica e neonatale garantiranno una maggiore sicurezza e qualità delle cure nei punti nascita. Inoltre in questo dipartimento sono stati inseriti la chirurgia pediatrica e l'oncoematologia pediatrica. Inoltre, come per altri dipartimenti, la ginecologia territoriale.

Su richiesta del Sindaco di Martano si chiarisce che l'integrazione delle attività territoriali nei dipartimenti non ha la finalità di ospedalizzare le attività territoriali ma di garantire una miglior assistenza in un unico contesto organizzativo.

Simile organizzazione è stata adottata anche per l'importantissimo percorso di prevenzione che è lo screening. Lo screening della cervice uterina è stato introdotto nel dipartimento materno-infantile così come lo screening mammografico nel dipartimento delle diagnostiche (dipartimento che unisce e integra tutte le diagnostiche: per immagini, anatomopatologica, genetica e di laboratorio). A proposito della genetica si punta, col Fazzi e con le strutture dei laboratori periferici e di primo livello, sull'indagine genetica per le cure soprattutto oncologiche. E' stato inserito anche qui la radiologia territoriale e tutta quella rete di diagnostica per immagini diffusa che integrandosi riesce a mantenere, iso-risorse, le sue performance e quindi a garantire servizi di prossimità ai cittadini.

Nel dipartimento integrato di emergenza urgenza afferiscono sia la centrale operativa del 118 (recentemente oggetto di riorganizzazione con gli autisti e con le ambulanze della società in house Sanitaservice) che il Pronto Soccorso e la rete anestesiológica, ivi compreso il blocco operatorio, oltre che l'anestesia territoriale e la terapia del dolore.

A questo proposito si è ritenuto doveroso informare tutto il consesso presente che sarà emanato il piano aziendale emergenza estate 2023 con cui si garantirà a tutti i cittadini e ai turisti la sicurezza non solo del litorale, ma anche il potenziamento del Pronto Soccorso dovendo sopperire alle esigenze di una maggiore utenza. Si stanno adottando una serie di strategie che implicano l'utilizzo dei moduli (prefabbricati) che verranno utilizzati come pre-triage nei DEA di primo livello (in particolare a Gallipoli e) nelle zone in cui maggiormente insiste una concentrazione turistica; questi permetteranno di desaturare e di evitare gli assembramenti eccessivi e pericolosi che ogni estate interessano il Pronto Soccorso distinguendo e quindi indirizzando i pazienti non urgenti verso un'assistenza in questi moduli (che saranno un pronto soccorso extralocato ma sempre prossimo al Pronto Soccorso) in cui afferiranno i codici bianchi e verdi garantendo così una migliore cura delle emergenze in codice giallo e rosso che saranno gestiti nel DEA.

Molti sanno già che nei Pronto Soccorso dei presidi dove insistono le pediatrie, è presente la SCAP (Pronto Soccorso Pediatrico) gestita dal pediatra di libera scelta che ha dimostrato la sua utilità e che verrà ulteriormente implementata con l'apertura presso l'ospedale di Galatina.

Gli esiti delle attività del dipartimento di emergenza-urgenza e del dipartimento delle diagnostiche confluiranno, poi, nella cartella clinica, insieme a tutti i dati di anamnesi e di terapia. Si tratta, precisamente della cartella clinica elettronica, ossia del Fascicolo Sanitario Elettronico che gode di un finanziamento dedicato del PNRR.

Proseguendo con i dipartimenti si ricorda il dipartimento del farmaco, il dipartimento immunotrasfusionale, il dipartimento dell'assistenza territoriale. A proposito di quest'ultimo, il DM 77 prevede che ci sia un distretto per ogni 100.000 abitanti, si ritiene di dover salvaguardare, al momento, l'attuale architettura dei distretti perché garantisce una copertura capillare dei bisogni dei diversi comuni. L'evoluzione di questi porterà poi a un progressivo adeguamento, ma intanto in ogni distretto è previsto: una direzione di distretto, l'interazione coi medici di famiglia, con le realtà territoriali e con i comuni, con le case della salute, le case della comunità, le COT, che sarebbero il punto nevralgico di integrazione in cui il paziente può essere curato al domicilio, senza accedere all'ambiente ospedaliero e, viceversa, le dimissioni protette del paziente possono essere tutelate ulteriormente se indirizzato presso una struttura riabilitativa.

territoriale, una lungodegenza, mediante applicazione di una strategia finalizzata a garantire la continuità assistenziale; cioè le cure primarie e le cure domiciliari (sia di bassa che di alta intensità di cura) per garantire il paziente critico cronico, il paziente cronico con scompenso cardiaco, con broncopneumopatia e tutte le altre linee ivi comprese le malattie rare e le malattie neurodegenerative, per cui ci sono delle equipe specializzate che garantiscono questo tipo di assistenza ad alta intensità di cure.

Il dipartimento di prevenzione, fondamentale struttura che ha garantito, e garantisce ancora, la gestione della prevenzione, delle vaccinazioni, della salute pubblica, della salute veterinaria ecc. Il dipartimento di salute mentale altrettanto importante; interessato in questi giorni dalla legge sullo psicologo di base, oltre che, in generale, dalle criticità nel gestire un paziente che abbia problematiche di salute mentale (e probabilmente i sindaci sanno di queste problematiche perché anche loro devono intervenire ad esempio per gestire ricoveri TSO).

Il dipartimento delle dipendenze patologiche, anche questo importante, ha una sua rilevanza non solo per le dipendenze tossicologiche, ma anche per le ludopatie e per le dipendenze da atteggiamenti ossessivi collegati agli stili di vita. Gestisce non solo la dipendenza psicologica e ludopatica ma anche quella farmacologica. Anche il dipartimento di medicina fisica e riabilitazione lavora egregiamente e procederà, presso l'ex ospedale di San Cesario, all'attivazione di una riabilitazione non solo fisica ma anche di una riabilitazione per ipovedenti, una riabilitazione che riguarda la logopedia, i bambini con autismi, e anche una riabilitazione correlata con tutti i bisogni riabilitativi, ovviamente, non solo fisiatrici, ma anche psichiatrici e correlati alla patologia delle malattie reumatologiche. L'ASL di Lecce sta rispondendo opportunamente a questi bisogni di salute.

Infine il dipartimento della rete ospedaliera, che ovviamente si rafforzerà nell'evoluzione universitaria del Vito Fazzi e che però considera e mantiene la dignità a tutti gli altri ospedali nei quali l'ASL sta investendo secondo le logiche di cui parlava il Direttore Generale con eccellenze di indirizzo e quindi con vocazione chirurgica per alcuni di essi e una vocazione internistica per altri.

Questo il quadro generale e sintetico dell'organizzazione dipartimentale adottato dall'ASL di Lecce.

Alle ore 11.15, termina l'intervento della Direzione Strategica ASL LE, che ringrazia; il Presidente rinvia la Conferenza dei Sindaci, per la trattazione degli argomenti ai punti 1 e 2 all'ordine del giorno, ad altra data.

Delle suindicate operazioni viene redatto verbale sottoscritto dalla Segretaria e dal Presidente.

La Segreteria

Angela Schirosi



Il Presidente della Conferenza dei Sindaci
Carlo Salvemini

Carlo Maria
Salvemini

Firmato digitalmente da Carlo
Maria Salvemini
Data: 2023.06.29 10:18:35 +02'00'