

OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2012

Relazione al bilancio di previsione esercizio 2012 – Allegato C) deliberazione n. 869 del 31.12.2011

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

Nelle more dell'adozione del DIF per l'anno 2012, rimangono, pertanto, vincolanti gli indirizzi regionali fissati nel suddetto documento di programmazione, con gli obiettivi specifici e gli interventi operativi di seguito riportati:

A. Adeguamento della rete dei servizi (Ospedale, Territorio, Prevenzione) per l'erogazione dei livelli Essenziali di Assistenza:

A1. Ammodernamento strutturale ed infrastrutturale della rete dei servizi, interventi operativi: utilizzo dei fondi strutturali; miglioramento della interoperabilità degli Enti del comparto sanità (CUP); ammodernamento dei sistemi di comunicazione istituzionale.

A2. Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione), interventi operativi: riordino della rete ospedaliera; potenziamento delle funzioni dei dipartimenti territoriali e dell'assistenza 118.

A3. Governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni, interventi operativi: implementazione e l'adozione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza; verifica del rispetto dei criteri di accreditamento e della regolamentazione in materia di appropriatezza dell'assistenza (UVAR, MAAP); riduzione della mobilità sanitaria extraregionale; monitoraggio degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate.

B. Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale:

B1. Politica del farmaco, interventi operativi: incremento dell'utilizzo dei farmaci generici; gestione per budget assegnato ai MMG e PLS; rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito; modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione per conto; monitoraggio dell'attività prescrittiva; introduzione del ticket di 1 euro per ricetta; impulso alla comunicazione istituzionale per il corretto uso dei farmaci; interventi sul Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e conseguenti indirizzi volti al miglioramento della appropriatezza prescrittiva e della somministrazione di farmaci ad alto costo.

B2. Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna delle Aziende pubbliche sul territorio, interventi operativi: ottimizzazione degli acquisti attraverso forme di centralizzazione; miglioramento della logistica e dei processi di approvvigionamento da parte delle aziende del SSR, anche attraverso la realizzazione dell'Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie, dei Dispositivi Medici e Protesici, degli Investimenti in Sanità.

B3. Contenimento dei costi per il personale per il rientro della spesa, interventi operativi: rideterminazione della consistenza organica all'interno delle aziende; ridefinizione degli accordi contrattuali integrativi regionali ed aziendali; razionalizzazione del ricorso alle prestazioni aggiuntive; blocco del turn-over in relazione al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale; revisione dei parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali).

B4. Contenimento dei costi per acquisto di beni e servizi, interventi operativi: attivazione di flussi informativi standardizzati per la programmazione degli acquisti; unioni di acquisto e la gestione centralizzata di gare anche con l'ausilio di Enti strumentali della regione (es.

EMPULIA); l'effettuazione di gare regionali e convenzioni quadro di riferimento per le aziende sul territorio.

C. Rafforzamento dei meccanismi di governance regionale del sistema sanitario:

C1. Adozione condivisa di strumenti di governance, interventi operativi: aggiornamento degli atti di organizzazione delle aziende sanitarie; attivazione di forum regionali di monitoraggio e discussione delle problematiche fiscali e contabili del comparto sanità.

C2. Tavolo della sanità elettronica per lo sviluppo delle tecnologie ICT.

D. Azioni di completamento con effetti non immediatamente quantificabili sul sistema sanitario regionale:

D1. Formazione e comunicazione, orientata allo sviluppo di attività formative, in associazione con le università e gli enti di ricerca, per la preparazione dei profili necessari in relazione al turn-over e la riqualificazione e ricollocazione del personale.

E. Maggiori ricavi per le aziende sanitarie:

E1. Extra Lea e Azioni di recupero di attività non rimosse e rimodulazione ticket, mediante la definizione dei costi da finanziare a carico del bilancio regionale per prestazioni extra LEA (costi in passato finanziati con risorse regionali ex-post a copertura perdite); azioni di recupero e rivalsa da parte delle ASL, anche mediante il coinvolgimento di agenti esterni (Equitalia); azioni finalizzate al recupero dei ticket non pagati (sistema tessera sanitaria art. 50, L.326/2003).

Piano strategico aziendale anno 2012

Nel corso dell'anno 2011, in ottemperanza agli indirizzi su menzionati ed alle conseguenti direttive regionali, questa Azienda ha posto in essere una serie di interventi finalizzati alla riqualificazione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria nonché al perseguimento dell'equilibrio economico complessivo. Le principali aree di intervento hanno riguardato:

- il riordino della rete ospedaliera mediante la disattivazione di tre stabilimenti ospedalieri (Gagliano, Campi e Maglie) e la riconversione in polo riabilitativo dello plesso ospedaliero di S. Cesario;
- il potenziamento dell'assistenza territoriale con la riconversione degli ospedali dismessi in Presidi Territoriali di Salute e l'ampliamento dell'offerta nell'area sociosanitaria (RSA, RSSA ed altre strutture residenziali e diurne previste dal R.R. 4/07);
- il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna che registra una riduzione tendenziale del - 16% rispetto al 2010;
- il contenimento dei costi del personale mediante il blocco del turn - over.

Tenendo conto delle azioni già avviate e dei vincoli posti dalla programmazione regionale, nonché delle relazioni programmatiche trasmesse dai direttori delle macrostrutture aziendali, si riportano di seguito gli indirizzi strategici aziendali per l'anno 2012, fatte salve diverse determinazioni regionali.

1) Riordino della rete ospedaliera

Nel corso del 2012 verrà completato il riordino della rete ospedaliera secondo le previsioni del R.R. n. 18/2010 mediante la disattivazione dello stabilimento ospedaliero di Poggiardo, la completa trasformazione in polo riabilitativo del plesso ospedaliero di S. Cesario, il trasferimento presso l'Ospedale di Galatina delle UU.OO. per acuti di Pneumologia di S. Cesario e Geriatria di Nardò.

Ulteriori interventi saranno messi in atto a seguito della adozione, da parte della Regione Puglia, dei provvedimenti attesi di riassetto della rete ospedaliera regionale previsti dal Piano di Rientro per l'anno 2012, anche in relazione ai preannunciati provvedimenti di riordino della rete dei punti-

nascita e della rete delle unità di terapia intensiva coronarica. Tali provvedimenti, ove attuati, consentiranno un parziale riassorbimento degli effetti indotti dal blocco del “turn-over”, orientando sempre di più la allocazione delle risorse verso un modello di “rete ospedaliera” intesa come un complesso organico costruito sulla base di criteri epidemiologici, geografici ed organizzativi, in cui la tutela assistenziale dei cittadini é armonizzata con i criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa. Sotto questo profilo, la ASL Lecce orienterà la sua visione organizzativa delle rete ospedaliera secondo un sistema di crescente complessità assistenziale all’interno del quale garantire i flussi di emergenza-urgenza. Tale sistema può essere disegnato come due aree concentriche, di cui:

- un’area disegnata intorno ai due poli geograficamente situati a nord e a sud del territorio, all’interno della quale è garantita una offerta quali-quantitativa dedicata alla assistenza interventistica ed intensivistica (P.O. Lecce “Fazzi” + alta specialità accreditata + E.E. “Panico” di Tricase): DEU II livello polo nord, sede delle alte specialità – centro della rete oncologica - polo di eccellenza della rete ospedaliera salentina, DEU II livello polo sud;
- un’area, interna alla precedente, disegnata intorno ai quattro poli geograficamente situati a nord, a sud, a ovest (lungo la costa jonica) e a est (lungo la costa adriatica) del territorio, all’interno del quale sono garantiti flussi di emergenza urgenza tipici del DEU I livello ed assicurati bisogni assistenziali riferibili prevalentemente alla media complessità, quali polo nord (ospedali di Galatina e di Copertino), polo jonico (ospedali di Gallipoli e Casarano), polo adriatico (ospedale di Scorrano con il futuro nuovo ospedale Maglie-Poggiardo-Scorrano).

La rete ospedaliera siffatta, supportata da requisiti di sostenibilità ed appropriatezza, dovrà quindi essere integrata con la rete dei presidi territoriali “governati” dai distretti socio-sanitari (“case della salute”), laddove la produzione clinica precedentemente assicurata dall’ospedale si concretizzerà nella presa in carico della cronicità (aree di degenza medica con presenza di MMG), della riabilitazione, della patologia chirurgica eleggibile in “day service” o in “day surgery” de-localizzato, naturalmente laddove risultino attive sale operatore efficienti e compatibilmente con le risorse disponibili. Rientrano in questa fascia della rete i presidi di Campi Salentina, Nardò, Maglie, Poggiardo, Gagliano.

Servizio Emergenza-Urgenza 118

Rispetto alle esigenze di riqualificazione funzionale della rete dei servizi, il SEUS 118 acquista un ruolo centrale in quanto è strumento di governo sul territorio dei flussi di emergenze e urgenza. La ASL Lecce intende adottare tutte le iniziative possibili per consentire un sempre maggiore presidio del territorio secondo i criteri di appropriatezza e sostenibilità che devono reggere il modello di rete ospedaliera cui si è fatto cenno sopra, e che trovano già pratica attuazione nei modelli organizzativi in vigore nella rete di trasporto, orientati per tipologia e complessità di problemi assistenziali (valga su tutti l’esempio della rete IMA-SCA). Ulteriori iniziative previste per il 2012, di cui è evidente una rappresentazione nei documenti contabili, saranno il completamento della dotazione organica dei Medici del SEUS 118, oggi ancora carente, la rimodulazione dei punti di primo intervento e la loro sempre maggiore integrazione con i servizi di continuità assistenziale laddove non vi siano più strutture che erogino attività di degenza h24, la nuova gara di appalto per la assegnazione dei servizi di emergenza urgenza alle Associazioni di Volontariato, secondo lo schema predisposto dalla Regione Puglia. Obiettivo atteso del combinato disposto di tali iniziative è una gestione più economica del servizio di trasporto, in associazione ad un incremento della copertura medica del territorio resa possibile da una diversa organizzazione logistica dei mezzi e delle postazioni. Attraverso una gestione più economica del servizio, si intende affidare al SEUS 118 anche il presidio dei trasporti secondari all’interno della rete ospedaliera, con conseguente miglioramento dell’efficienza del servizio.

2) Potenziamento e riqualificazione dell'assistenza territoriale

Il riordino della rete ospedaliera e la conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione connesso al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa comporta lo sviluppo di setting assistenziali alternativi al ricovero e più adeguati alle esigenze dei pazienti.

Per tali ragioni, si prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria con particolare riferimento all'incremento dell'offerta di posti/utente per le strutture ed i servizi relativi ai LEA sociosanitari di cui all'Allegato 1C) del D.M. 20/11/2001, nonché il potenziamento della rete delle cure domiciliari sanitarie, sociosanitarie ed integrate in favore di pazienti affetti da patologie croniche in condizione di grave e persistente non-autosufficienza.

A tal fine, le sedi degli stabilimenti ospedalieri dismessi costituiscono un'importante patrimonio disponibile per realizzare una rete di Presidi Territoriali di Salute.

Diviene, pertanto, obiettivo prioritario del 2012 assicurare la piena funzionalità, secondo i modelli organizzativi già adottati, dei Presidi Territoriali di Campi con la IMID Unit (Centro Regionale di riferimento per la MCS, cui si assicurerà ogni supporto possibile), Gagliano e Maglie, oltre che di Nardò e Poggiardo, in relazione alla completa dismissione delle attività di degenza di questi ultimi. All'interno di tali modelli organizzativi, nel 2012 assumono particolare rilevanza le seguenti azioni:

- potenziamento delle attività specialistiche, nelle forme dei “day services” integrati di tipo medico e chirurgico. Tale attività rende necessario un incremento delle ore di attività ambulatoriale secondo il programma condiviso con le direzioni distrettuali, da acquisirsi mediante professionisti afferenti alla specialistica ambulatoriale, nonché mediante professionisti provenienti dalle stesse strutture ospedaliere riconvertite; queste risorse saranno impegnate anche per sostenere i programmi di “screening” oncologico, in particolare per la prevenzione dei tumori del colon-retto, della mammella e della cervice uterina. Tale attività rende inoltre necessario lo sviluppo del parco tecnologico distrettuale, che sarà perseguito mediante l'espletamento, nel 2012, di tutti i bandi di gara attivabili a valere su fondi strutturali per acquisizione di strumentazioni diagnostiche pluri-disciplinari nonché di dotazioni tecnologiche a supporto della chirurgia oculistica;
- potenziamento delle attività domiciliari, per cui si renderà necessario anche riqualificare i servizi assistenziali già attivi, ed in modo particolare quelli orientati alla gestione della alta complessità. Per tale motivo si prevede la attuazione di nuove procedure di acquisizione dei servizi che consentano di meglio coniugare l'efficacia degli interventi con l'uso appropriato delle risorse. Saranno inoltre avviate le attività del progetto “Nardino” inerenti la gestione infermieristica (domiciliare/ambulatoriale) delle patologie croniche, per cui ARES Puglia renderà disponibile da febbraio 2012 l'equivalente di n. 7 unità infermieristiche che saranno impiegate nei Distretti Socio Sanitari di Campi e di Maglie;

La razionalizzazione funzionale dei servizi sarà perseguita mediante un deciso potenziamento delle funzioni dei Dipartimenti territoriali e dell'assistenza 118. In particolare si prevedono i seguenti interventi.

Dipartimento di Salute Mentale

Durante il corso dell'esercizio finanziario 2012 verrà data attuazione alla seconda fase del programma di potenziamento dei Centri di Salute Mentale, con il risultato atteso dell'apertura h12 dei 2/3 dei CSM pugliesi ed il consolidamento di tutte le attività ad essi assegnate dalla normativa per tutto l'arco delle 12 ore, attraverso la definizione di uno standard minimo di personale e la ridefinizione della rete dei CSM, in attuazione della L.R. n. 26/2006, del PRS 2008-2010, del Piano di Rientro 2010-2012, facendo leva sulle apposite risorse destinate dal Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2011 e bilancio pluriennale 2011-2013. Pertanto, dopo aver già assicurato la

necessaria continuità ai livelli assistenziali h/12 presso i Centri di Salute Mentale di Lecce, Nardò e Casarano (programmazione del DSM ASL Lecce - I fase), e dato atto della avvenuta esecuzione dei lavori di manutenzione straordinaria e messa a norma impianti nell'immobile che ospita il CSM di Squinzano, nonché del prossimo trasferimento del CSM di Tricase presso i locali del dismesso SPDC presso l'Ospedale di Gagliano del Capo, per i quali è stata recentemente ultimata la ristrutturazione, sarà avviata la seconda fase di potenziamento ed apertura h.12 dei Centri di Salute Mentale, utilizzando la prima tranche di finanziamento prevista per il triennio di cui al pre-citato Bilancio 2011, capitolo di spesa 711033. Tale fase prevede la attivazione h.12, entro il 31 marzo 2012, dei Centri di Salute Mentale di Squinzano e di Tricase-Ugento-Gagliano del Capo.

Nel settore della riabilitazione psichiatrica sono programmati interventi orientati a riequilibrare il rapporto tra domanda di servizi e offerta di prestazioni, sulla quale gravano alcuni elementi di criticità. In particolare, si provvederà alla ricostituzione della dotazione organica delle CRAP, depauperata nel corso del tempo ed ormai su livelli non più compatibili con appropriati ed adeguati livelli assistenziali; tale intervento sarà perseguito attraverso idonee procedure di mobilità riguardante il personale interessato dalla disattivazione delle strutture ospedaliere. Una ulteriore priorità è costituita dalla attivazione delle procedure per l'assunzione degli operatori previsti dal R.R. n. 7/02 presso i Centri Diurni nonché la attivazione di tutte le strutture previste dal c.d. fabbisogno residenziale. Tali strutture semi-residenziali a gestione diretta ASL, sono attualmente presenti esclusivamente sul territorio dell'ex DSM Area Nord, e consistono di fatto in laboratori gestiti da operatori esperti; tale modalità gestionale appare evidentemente inadeguata rispetto all'obiettivo di attivare pienamente i programmi terapeutico-riabilitativi in favore degli utenti che vi sono inseriti, a causa della assenza del personale previsto dalla regolamentazione vigente, vicariato dagli operatori dei Centri di Salute Mentale di riferimento (psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermieri), ma per un numero di ore insufficiente alle esigenze di tali strutture.

Infine, compatibilmente con le risorse disponibili ed i vincoli normativi, la ASL Lecce intende attivare le U.O. complesse di Neuro-Psichiatria Infantile-Adolescenziiale e di Psicologia clinica, e nello stesso tempo, dare impulso alle Unità Operative semplici dipartimentali di Disturbi del Comportamento Alimentare e di Psichiatria Penitenziaria.

Dipartimento di Prevenzione

Per poter garantire la erogazione dei relativi LEA, il Dipartimento di Prevenzione della ASL Lecce deve poter recuperare le risorse umane ulteriormente depauperate dai pensionamenti di personale, specie di quello tecnico-ispettivo. Infatti, alcune delle attuali 48 Unità Operative Territoriali previste dal vigente Regolamento restano composte dal solo Dirigente Titolare, senza alcun Tecnico che svolga attività ispettiva, né alcun supporto amministrativo. Del resto, le attività previste dai precedenti Piani Regionali della Prevenzione (infortuni sul lavoro, vaccinazioni, obesità ecc), e rese possibili grazie all'assunzione temporanea di personale, sono ormai da considerarsi non aggiuntive ma di potenziamento rispetto a quelle istituzionali. Si aggiunge pertanto al depauperamento indotto dai pensionamenti, anche quello seguente alla cessata collaborazione di 3 Medici del lavoro e 5 Tecnici dei due SPESAL, previsti dai predetti Piani, nonché dei 9 coadiutori amministrativi assunti a termine nell'ambito di un progetto per il supporto ad attività dei medesimi Piani e per l'implementazione delle disposizioni del D.Lgs 194/2008 per gli OSA. Pertanto, qualunque ipotesi di potenziamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione non può prescindere dalla copertura, almeno parziale, di tali carenze. Per questo si definirà la procedura per la selezione dell'Agenzia Interinale da cui assumere le 11 unità di personale amministrativo già previste dalla delibera n.2144 del 28.10.2011, nonché quella per la assunzione a tempo determinato dei Tecnici della prevenzione previsti dal precedente Piano Regionale per la Prevenzione degli Infortuni (n.7 tecnici), rifinanziati con il nuovo Piano della Prevenzione 2010-2012, ed un significativo incremento di ore settimanali di specialistica ambulatoriale per i Servizi Veterinari A, B e C, indispensabili per il raggiungimento dei LEA in questo delicato settore (in particolare per il randagismo, per tutte le

competenze dell'Area C, ora fortemente carente, per le prestazioni h24 compresa la pronta disponibilità).

Peraltro le assunzioni di cui sopra sarebbero in parte "auto-finanziate" per la ASL Lecce, in quanto sostenute con una quota dei proventi introitati a titolo di diritti sanitari, come ad esempio quelli connessi ai Pareri per Nuovi insediamenti produttivi, all'attività di Medicina Legale e del Lavoro a quelli ex D.Lgs 194 e le visite fiscali, onerose per i richiedenti, compresi gli Enti Pubblici, così come previsto dalla Legge Regionale n.4 del 2010, che destina parte delle somme previste dal nuovo tariffario regionale approvato con Delibera della Giunta Regionale n.1984 del 13/09/2011 per il potenziamento dei Servizi, con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo.

Discorso a parte per la rilevanza economica merita la spesa per le vaccinazioni, che complessivamente ammonterà a € 5.222.917,67 di cui € 1.177.267,93 per vaccini anti HPV (quest'ultima secondo quanto disposto dalla Regione, nell'anno 2011, è coperta ad oggi da apposito finanziamento regionale e fino ad occorrenza dosi dalla voce "maggior costo vaccino del Piano di Prevenzione attiva – Progetto Vaccini"). Per la campagna di vaccinazioni antinfluenzale 2011-12, la spesa prevista per l'intero territorio è pari a €805.740,11 IVA inclusa.

Dipartimento Dipendenze Patologiche

Per poter garantire la erogazione dei LEA in ambito tossicologico e delle dipendenze, si programmerà la destinazione di n. 3 Unità Mediche, n. 7 Unità Infermieristiche, n. 2 Psicologi, n. 2 Assistenti Sociali, anche in relazione alla esigenza prioritaria di sviluppare le attività assistenziali nella Struttura Penitenziaria. Verrà dato impulso ad ulteriori attività assistenziali collegate alle Dipendenze Patologiche, quali il Laboratorio di tossicologia operante nella "Cittadella della Salute" di Lecce ed il D.H./D.S. per malattie infettive HCV-HBV correlate presso Galatina. Infine, è prevista una spesa di euro 4.000.000,00 per le attività di ricovero in comunità terapeutiche.

Dipartimento di Riabilitazione

Per l'anno 2012 si proseguirà nella realizzazione compiuta ed operativa del dipartimento di riabilitazione nella sua configurazione strutturale e trans-murale (ospedaliero – territoriale).

Per quanto concerne l'assistenza riabilitativa ospedaliera si prevede la completa trasformazione dello stabilimento di San Cesario in Polo Riabilitativo con l'attivazione dell'U.O. di Riabilitazione Respiratoria (20 p.l.).

Al fine di dare piena funzionalità alle quattro UOC del polo riabilitativo si prevede l'adeguamento delle attrezzature e delle dotazioni tecnologiche e di personale.

La disponibilità di spazi all'interno del medesimo polo riabilitativo, consentirebbe l'attivazione di una "Struttura di riabilitazione extra-ospedaliera – centro risvegli" così come prevista dal R.R. n. 24 del 2/11/2011.

Si prevede, altresì, l'istituzione presso il polo riabilitativo di San Cesario di un "Centro di riferimento per le malattie neuromotorie" (SLA e simili).

Per quanto attiene la riabilitazione territoriale si confermano gli indirizzi programmatici già fissati per l'anno 2011, ed in particolare:

- la riorganizzazione dell'attività di Neuro Psichiatria Infantile che, come previsto dalla L.R.30/99 dovrà afferire interamente al DSM;
- la definitiva trasformazione degli ex centri diurni in ambulatori di riabilitazione funzionale per casi complessi;
- la riallocazione degli ambulatori territoriali decentrati all'interno dei costituenti Presidi Territoriali di Salute;
- la rimodulazione dell'assistenza riabilitativa ex art. 26 L.833/78 da privato con la seguente previsione di spesa:
 - o prestazioni riabilitative in strutture private accreditate provinciali in internato (conto economico 706 110 00030) la spesa totale prevista è pari ad €3.830.521,67 così suddiviso: Euroitalia €900.128,67 e Padri Trinitari €2.930.393,00;

- prestazioni riabilitative di internato base e grave erogate presso strutture extraregionali (conto economico 706 110 00030) la spesa prevista per l'anno 2012 ammonta ad €1.200.000,00 comprensiva di un incremento di circa il 7 % rispetto al 2011;
- prestazioni riabilitative in seminternato, ambulatoriale e domiciliare (conto economico 706 110 00005) la spesa totale prevista è di € 4.794.405,87 così suddiviso: Euroitalia €1.128.892,34, Padri Trinitari €2.366.595,87 e Santa chiara € 1.251.917,66. Gli importi sono comprensivi della spesa prevista per l'attivazione di n. 5 moduli di assistenza riabilitativa domiciliare. Sono altresì ricomprese le somma di €62.000,00 per il mantenimento di progetti riabilitativi speciali (riabilitazione in acqua, ippoterapia).
- per quanto riguarda il servizio trasporto dei disabili presso i centri di riabilitazione (conto economico 706 140 00005) si prevede la spesa totale pari a €2.142.480,48 di cui il 60% a carico degli ambiti territoriali di zona ;
- per la spesa per prestazioni ex ONIG : sul conto economico 700 100 00060 la spesa prevista è pari a € 35.000,00 ; conto economico 706 130 00040 la spesa prevista è pari a € 105.000,00.

3) Assistenza socio-sanitaria

Per quanto riguarda l'assistenza sociosanitaria, tenendo conto delle disposizioni regionali contenute nel Piano di Rientro, è necessario ridefinire la programmazione delle risorse finanziarie necessarie ad assicurare la copertura delle quote di compartecipazione al costo delle prestazioni erogate da strutture a ciclo diurno (centri socio-educativi e riabilitativi) e a ciclo residenziale (comunità socio – riabilitative per disabili, case per la vita per la salute mentale, altre strutture “dopo di noi” per disabili), nel rispetto della quota sanitaria già fissata per i LEA di cui all'Allegato 1C del DM 29.11.2001, così come dettagliati dalla l.r. n. 23/2008, in relazione al livello di gravità dei casi.

La suddetta programmazione finanziaria dovrà, comunque, tener conto dei risparmi connessi ai margini di recupero di appropriatezza e alla riduzione della permanenza dei medesimi soggetti in strutture terapeutico – riabilitative (ex R. Reg. n.7/2002) e in strutture riabilitative (ex art. 26 della l. n. 833/1978).

Attualmente l'assistenza sociosanitaria in regime residenziale e semiresidenziale viene assicurata nelle seguenti strutture:

- Residenze Socio-sanitarie Assistenziali (RSSA)

Nel corso dell'anno 2011, hanno operato in regime di convenzione con la ASL n. 11 Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA) sulla base di specifici accordi contrattuali stipulati in applicazione della L.R. 4/2010, per un totale di n. 519 posti letto.

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

A seguito della determinazione della nuove tariffe di riferimento regionale e tenuto conto della necessità di assicurare la copertura del fabbisogno stabilito dalla regione in 7 posti per 10.000 ab., si prevede, per l'anno 2012, una spesa complessiva a carico della ASL pari ad €8.177.145 stimata su una quota media a rilievo sanitario di € 43,71 e un utilizzo medio del 90% dei 569 P.L. corrispondenti all'intero fabbisogno.

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

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

Le RSA di Montesardo e Campi, strutture di proprietà dell'Azienda sono gestite in convenzione dal Consorzio S. Raffaele, le stesse hanno rispettivamente una capacità ricettiva di 60 posti letto con moduli dedicati ai pazienti affetti da M. di Alzheimer.

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

Con le R.S.A. "Villa Armonia" di Taviano (LE) ed "Euroitalia" di Casarano (LE), sono stati sottoscritti accordi contrattuali nel corso del 2011, convenzionando rispettivamente n. 40. p.l., di cui 20 per pazienti affetti da Alzheimer e n. 42 p.l., di cui 10 per pazienti affetti da Alzheimer.

La previsione di spesa per l'anno 2012, tenendo conto degli accordi contrattuali in essere viene stimata in €6.029.412.

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

Per far fronte alla crescente domanda di assistenza in favore di disabili gravi senza il necessario supporto familiare e pazienti psichiatrici stabilizzati, nel corso dell'anno 2011 si è fatto ricorso alle strutture residenziali sociosanitarie di cui agli artt. 57 e 70 del R.R. 4/2007 (Comunità socio-riabilitative, Case famiglia o Case per la vita per persone con problematiche psico-sociali) e, per quanto riguarda l'assistenza semiresidenziale alle strutture di cui all'art. 60 del R.R. 4/2007 (Centri diurni socio-educativi e riabilitativi).

Nel corso del 2011 presso le suddette strutture è stata assicurata l'assistenza a n. 86 utenti in regime residenziale (di cui n. 56 in Case per la vita, n. 17 in Comunità socio-riabilitative) e a n. 13 utenti in regime semiresidenziale (Centri diurni socio-riabilitativi).

Tenuto conto degli indirizzi della programmazione regionale in ordine alla revisione dell'appropriatezza degli inserimenti nelle strutture riabilitative sanitarie, nonché della riconversione in atto dei centri diurni di riabilitazione a gestione diretta, si ritiene formulare come segue la previsione di spesa per l'anno 2012, a copertura delle quote di rilievo sanitario:

- l'assistenza c/o Case per la Vita dimensionata su n. 80 utenti, con una previsione di circa € 809.000, corrispondenti a 29.200 giornate per l'intero anno.
- l'assistenza c/o Comunità socio-riabilitative dimensionata su n. 20 utenti, con una previsione di circa €328.000, corrispondenti a 7.300 giornate per l'intero anno.
- l'assistenza c/o Centri diurni socio-educativi e riabilitativi dimensionata su n. 30 utenti, con una previsione di circa €187.000, corrispondenti a 6.000 giornate per l'intero anno.

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

Per quanto concerne l'acquisto di materiale di consumo i costi previsti per l'anno 2012 sono stati determinati con riferimento ai valori desumibili dal preconsuntivo 2011.

Nel corso dell'esercizio 2012 si prevede la prosecuzione del processo di internalizzazione già avviato dal maggio 2011 secondo la programmazione approvata nel business plan di cui alla Deliberazione D.G. n. 793 del 23.12.2011.

Spesa per accordi contrattuali con le strutture private accreditate:

- **Case di Cura (attività di ricovero):** il Piano di Rientro 2010-2012 ha indicato la percentuale di riduzione del tetto di spesa 2012 rispetto all'anno 2009. Il dato, pertanto, tiene conto della riduzione del 10% del tetto di spesa 2009 (comprensivo dell'oltre tetto remunerato nello stesso anno) con l'integrazione del tetto 2012 da contrattualizzare alla Casa di Cura "Villa Verde" per effetto dell'accREDITamento istituzionale disposto dalla Regione Puglia con Determina dirigenziale del 01.12.2011 che ha rimodulato i P.L. provvisoriamente accreditati con l'aggiunta di P.L. di Alta Specialità. Ad ogni modo, tale contrattualizzazione non dovrebbe generare "costi emergenti", in quanto gli stessi dovrebbero essere neutralizzati dai "costi cessanti" per mobilità passiva riferita ai posti letto di riabilitazione di alta specialità codice 75, finora non attivati all'interno della ASL Lecce ed impegnati dai Cittadini assistiti.

- **Strutture ambulatoriali:** il Piano di Rientro 2010-2012 ha indicato la percentuale di riduzione del tetto di spesa 2012 di ciascuna branca ambulatoriale rispetto all'anno 2008. Di tanto si è tenuto conto nel determinare i costi nel preventivo 2012. Per quanto riguarda le prestazioni emodialitiche e le spese per di trapianto si è tenuto conto del dato storico.

Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Nel corso dell'anno 2012 si darà prosecuzione ed impulso alle attività volte alla razionalizzazione della spesa farmaceutica svolte nel 2011, al fine di ricondurla verso i valori di riferimento di cui al bilancio di previsione 2012 e pluriennale 2012- 2014. Tali attività si sono concentrate sui dati di maggiore criticità rilevati, a livello aziendale, dopo la unificazione dell'Area gestione Servizio Farmaceutico avvenuta nell'anno 2010, riferiti agli scostamenti dei primi cinque gruppi ATC con maggiore spesa: il Cardiovascolare, il Gastrointestinale, il Respiratorio che avevano registrato valori di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (spesa netta pro capite) superiori alla media regionale e nazionale; gli Antibiotici con valori di consumo e di spesa inferiori alla media regionale, ma superiori a quella nazionale; i Neurologici con valori di consumo e di spesa superiori alla media regionale ma inferiori a quella nazionale.

Le azioni messe in atto sono state le seguenti:

- individuare i centri aziendali autorizzati a redigere i piani terapeutici, secondo le ultime revisioni del piano dei Centri di Costo, nel rispetto delle disposizioni regionali e della normativa nazionale;
- favorire l'adozione di uniformi modalità operative su consegna, compilazione e trasmissione dei piani terapeutici;
- controllare i piani terapeutici delle specialità ad alto costo risultanti avere dati di consumo significativamente superiori alla media Aziendale/Regionale/Nazionale e segnalare alla Direzione del Distretto di competenza di eventuali scostamenti prescrittivi fra numero dosi previste dal piano terapeutico e dosi prescritte.

Tali azioni hanno consentito di evidenziare una percentuale media di anomalie nella redazione dei piani terapeutici redatti nel 2011 pari a circa l'8% di tutti i piani controllati, a cui ha fatto seguito il recupero di somme che, sia pure dell'ordine di alcune migliaia/euro, costituiscono un evidente impatto della azione di controllo sulla spesa farmaceutica.

Inoltre, dalle elaborazioni riguardanti i dati di spesa e di consumo, riferiti al primo semestre 2011, delle prime cinque categorie ATC e dei primi cinque principi attivi (per ogni ATC) si evidenzia che:

1. I farmaci del sistema cardiovascolare continuano ad occupare il primo posto per spesa territoriale (34.119,41 euro per 1000 ab. residenti), anche se si registra un calo del -10,63 rispetto all'anno 2010, dovuto principalmente al calo dei prezzi ed alla scadenza brevettuale di alcuni principi attivi (losartan, ramipril, etc). Il dato in termini di ddd è pressoché costante. In accordo con le linee guida regionali ed aziendali, la prescrizione di valsartan ha avuto un netto decremento, mentre rimane in aumento la prescrizione di atorvastatina.

2. I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolico continuano ad essere al secondo posto per spesa territoriale e per consumi. Rispetto al 2010 si osserva una riduzione della spesa ed un lievissimo aumento delle ddd prescritte, con un incremento di pantoprazolo e una diminuzione di lansoprazolo.
3. I farmaci antimicrobici per uso sistemico presentano una diminuzione in termini di spesa ma un incremento in termini di ddd.
4. I farmaci del sistema respiratorio presentano una netta riduzione sia di spesa che di consumo.
5. I farmaci per il sistema nervoso centrale registrano un decremento *in termini di spesa e un consumo* costante rispetto all'anno precedente.

Le cinque categorie ATC analizzate, sia come dati di spesa che di consumo, hanno un valore assoluto superiore rispetto al dato "Italia" e "Puglia".

Rispetto al 2010 la nostra ASL, in confronto con il dato "Italia" e "Puglia", ha registrato dati più favorevoli di scostamento percentuale sia in termini di spesa che di consumo.

Analizzando il dato generale (comprendente tutti gli ATC), la spesa netta SSN x 1000ab (101.135,48) della ASL Lecce è superiore al dato "Italia" (88.651,78), uguale al dato "Puglia", ma con un decremento (-8.53), rispetto al 2010, maggiore rispetto a Italia e Puglia.

Il valore dei consumi, espresso in DDD x 1000ab (6402,05) è comunque ancora superiore al dato "Italia" (5.901,60), per cui si rende necessario proseguire ed intensificare le azioni di supporto alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, con particolare riferimento ad eparine – statine – antibiotici.

Altra area di criticità particolarmente sottoposta ad azioni di monitoraggio e controllo è quella relativa alla prescrizione della ossigenoterapia, regolamentata sia a livello nazionale sia da precise disposizioni regionali, in vigore da tempo.

Tenuto conto dell'alta incidenza del costo delle prescrizioni presso la ASL Lecce rispetto al dato regionale, e' stato sviluppata una analisi delle prescrizioni, relative al semestre ott2009-mar2010, articolato in diverse fasi, corrispondenti alle differenti formulazioni ed indicazioni per le quali l'ossigeno terapeutico viene dispensato.

Con le elaborazioni sviluppate si sono evidenziati talune criticità, quali periodi prolungati di utilizzo dell'ossigeno gassoso; elevati quantitativi di ossigeno erogati nel periodo considerato; aumento progressivo del numero ricette; presenza di prescrizioni multiple di ossigeno gassoso, raccomandato nella terapia d'urgenza, per lo stesso assistito, nella stessa data; contemporanea prescrizione di ossigeno liquido e gassoso; prescrizioni di ossigeno liquido sprovviste di autorizzazione. Tali criticità, unitamente alla ricezione di notizie investigative da parte della A.G., hanno rappresentato lo spunto decisivo per avviare un lavoro di indagine teso a rilevare eventuali patologie nella azione prescrittiva, tuttora in corso di svolgimento. Il problema può allo stato attuale considerarsi sotto controllo, sebbene debbano essere attuati ulteriori provvedimenti di carattere organizzativo per rendere omogeneo il "governo clinico" della prescrizione di ossigeno-terapia in tutto il territorio aziendale che, sotto questo profilo, risente ancora di pre-esistenti differenze territoriali tra le ex ASL Lecce 1 e Lecce 2.

Nel 2012 il contenimento della spesa farmaceutica deriverà dall'attività istituzionale dell'Area Farmaceutica ma dipenderà anche dall'avvio a regime dell'erogazione diretta ai pazienti in dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale e dall'azione congiunta di tutti i professionisti che nell'azienda, con esperienze e competenze diverse, lavorando in sinergia con la Direzione strategica, vorranno e/o potranno affrontare le singole criticità con una visione multidisciplinare, con indubbi benefici sia in termini di efficacia che di efficienza degli interventi. In particolare si lavorerà lungo le seguenti direttrici:

- Monitoraggio e controllo delle spesa farmaceutica;
- Incentivazione di prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali/nazionali di contenimento della spesa ospedaliera/territoriale;
- creazione di un sistema integrato per la ottimizzazione della gestione ordini di magazzino e della gestione scorte di magazzino dei farmaci e dispositivi medici ad alto costo in erogazione diretta.

Personale, dotazioni organiche, risorse contrattuali ed accordi integrativi

La previsione di spesa del personale dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato è stata effettuata, sulla base del consuntivo relativo al III trimestre 2011 riferito alle unità in servizio al 30/11/2011 in applicazione dei CC.CC.NN.L. in vigore per l'area del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e per l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, opportunamente integrati dalla indennità di vacanza contrattuale ai sensi del comma 17 dell'art.9 del D.L.n.78 del 31/08/2010, convertito in legge dall'art.1 della L. 30/07/2010 n.122.

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

- importi liquidati con la mensilità di novembre 2011, al netto dei cedolini pagati al personale a tempo indeterminato risultato cessato al 01/12/2011, per il quale naturalmente non ci sarà spesa nell'esercizio 2012;
- fondi contrattuali così come determinati nel corso del 2010 senza superare il corrispondente importo ai sensi dell'art.9, comma 2 bis, del D.L.n.78 del 31/08/2010, convertito in legge dall'art.1 della L. 30/07/2010 n.122;
- risparmio di spesa relativamente al personale che prevedibilmente andrà in quiescenza nel mese di dicembre 2011 e nel corso del 2012 e di cui si riporta, di seguito, analitico prospetto per profilo professionale e/o categoria di appartenenza, salvo gli effetti prodotti dalle recenti riforme in materia previdenziale (D.L. 06/12/2011, n.201);
- importi relativi a personale comandato presso questa Azienda e proveniente sia da altre Aziende Sanitarie Regionali e/o di altre Regioni, sia da Enti Pubblici Regionali e/o di altre Regioni;

Personale che cesserà nel mese di dicembre 2011 e nel corso del 2012

PROFILO PROFESSIONALE / CATEGORIA	NUM.
DIRIGENZA MEDICA	9
DIRIGENZA PROFESSIONALE	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	1
COMPARTO SANITARIO	23
COMPARTO PROF.LE	1
COMPARTO TECNICO	16
COMPARTO AMM.VO	10
Totale	61

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

Le somme relative al “Personale a progetto (Ex Co.Co.Co.)” dei quattro ruoli sono state calcolate sulla base dei contratti esistenti alla data del 30/11/2011.

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

I. Comma 71 dell’art. 2 della Legge 23/12/2009 n.191 (Finanziaria 2010) CONFRONTO CONSUNTIVO 2004 – PREVISIONE ANNO 2012.

Nella tabella seguente si espone il confronto tra il consuntivo 2004, come già rideterminato su indicazioni dell’Assessorato alle Politiche della Salute ed allo stesso inviato con nota prot.n.106303 del 11/07/2011, e la previsione 2012 della spesa per personale dipendente, necessario per la dimostrazione del rispetto dei vincoli previsti in materia di contenimento della spesa di personale, giusta art.2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n.191 (Finanziaria 2010).

PREVISIONE SPESA PERSONALE ANNO 2012			
IMPORTI IN MIGLIAIA DI EURO			
	Anno 2004	Previsione anno 2012	NOTE
Retribuzioni lorde (trattamento fisso ed accessorio) corrisposto al personale dipendente a t.i. ed a t.d. comprensivo di oneri a carico Ente	345.926,02	415.703,45	
IRAP	25.254,27	27.793,60	
Consulenze personale dipendente (prestazioni aggiuntive)	5.242,83	848,97	
Altro personale	8.431,69	2.038,34	
Altre voci di spesa	-	-	
Rivalutazione del 3% prevista dall'art.23 della L.R.n.28/2000 come integrato dall'art.8 - L.R.n.32 del 05/12/2001 (ai sensi dell'art.23, c.1, lett. a), L.R.n.26/2006)	11.113,82		
Da escludere			
Spese per il personale delle categorie protette	- 9.234,42	- 12.411,68	
Spese per arretrati relativi ad anni successivi al 2004, compreso vacanza contrattuale [Incrementi contrattuali]		- 70.225,74	
Spesa per il personale impiegato in progetti finanziati da terzi da escludere ai sensi dell'art.1, c.565 della L.296/2006 (L.F. 2007)		- 571,59	
Spese per adeguamento inquadramento ed arretrati relativi ad anni successivi al 2004, per il personale SISH (L.R.n.16/87) [Incrementi contrattuali]		- 2.495,82	
SPESA PERSONALE DI RIFERIMENTO - ANNO 2004	386.734,21		
Abbattimento del 1,4%	- 5.414,28		
Limite consentito per Personale anno 2012	381.319,93	360.679,53	
Differenza		- 20.640,40	

II. D.I.E.F. per l’anno 2010 e per il triennio 2010-2012

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

Inoltre con l’art.2 della L.R. 24/09/2010 n.12 è stato previsto, anche per adempiere alle prescrizioni collegate al Piano di Rientro, che per gli anni 2010, 2011 e 2012 sussiste il divieto per i Direttori Generali delle

Aziende Sanitarie Locali di procedere alla copertura, mediante assunzioni a tempo indeterminato o incarichi a tempo determinato, dei posti resisi vacanti a partire dalla data di entrata in vigore della medesima legge.

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

L'Azienda, in adempimento di quanto previsto dagli artt.3 e 9 della Legge n.68/99, ha, inoltre, previsto l'assunzione di personale appartenente alle categorie protette come segue:

Profilo prof.le	Ruolo	Numero
COLL.RE PROF.LE SANIT. - INFERMIERE	Sanitario	10
OPERATORE SOCIO SANITARIO	Tecnico	4
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	Amministrativo	2
OP.RE TECNICO - CENTRALINISTA TELEFONICO	Tecnico	1
COLL.RE PROF.LE SANIT. - FISIOTERAPISTA	Sanitario	1

A riguardo, come precisato dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione con la circolare n.6/09 e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con circolare n.11/17/CR06/C1 del 10/02/2011, sono da escludere dal divieto assoluto di assunzione i reclutamenti di personale appartenenti alle categorie protette.

Il Direttore Amministrativo
Dr. Antonio Vigna
delegato ex art. 3, comma 6, D.Lgs.502/92
dal Direttore Generale
Dr. Valdo Mellone

DIRETTIVE DI BUDGET PER L'ESERCIZIO 2012 – Allegato F) Deliberazione D.G. n. n. 869 del 31.12.2011

Con riferimento alle azioni previste nel piano strategico vengono di seguito definiti gli obiettivi per la determinazione del budget 2012.

OBIETTIVI COMUNI A TUTTI I SERVIZI:

→ Flussi informativi:

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

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

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

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

UNITÀ OPERATIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI:

- ➔ Riduzione della mobilità passiva intra ed extraregionale non inferiore al 10% rispetto alla mobilità passiva 2011.
- ➔ Riduzione del numero dei ricoveri di un giorno non inferiore al 30% rispetto al 2011.
- ➔ Riduzione del numero dei ricoveri con degenza uguale a 2 giorni non inferiore al 20% rispetto al 2011.
- ➔ Riduzione dei ricoveri considerati “ad alto indice di in appropriatezza” con le modalità previste dalla normativa nazionale e regionale (ricoveri LEA).
- ➔ Riduzione di almeno il 5% della percentuale dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC sul totale dei ricoveri.
- ➔ Riduzione di almeno 1, 2 giornate della degenza media preoperatoria fatta registrare nel 2011.
- ➔ Utilizzo dei posti letto pari ad almeno il 75% del tasso di utilizzo. Il non raggiungimento di questo obiettivo comporta la immediata riduzione dei PL e delle risorse umane e strumentali assegnate.

- Incremento di almeno il 5% dei primi tre DRG, per i quali i cittadini ricorrono alla mobilità passiva intra ed extra regionale di seguito riportati.
- Razionalizzazione dell'impiego dei farmaci ad alto costo, con particolare attenzione alla ricerca di prodotti che per pari efficacia mostrino migliori condizioni di mercato.
- Incremento di almeno il 10% del rapporto operati/dimessi.
- Riduzione dei costi di almeno il 2% rispetto al 2011.
- Impegno a conseguire l'equilibrio economico tra il Budget assegnato a ciascuna Unità operativa e i costi gestionali effettivamente sostenuti.
- Rapporto parti cesarei su totale parti inferiore al 40%.
- Percentuale di interventi chirurgici per fratture di femore operate entro 2 giorni = o > al 35%.
- Presa in carico dei pazienti nel giusto regime assistenziale a seconda delle condizioni cliniche e dello stato di acuzie: (ambulatoriale; day service; day hospital; ricovero programmato; ricovero per acuti), potenziando le attività di day hospital e day.
- Attivare e/o incrementare le prestazioni ambulatoriali per esterni ed in particolare di quelle che hanno caratteristiche di urgenza. L'incremento non deve essere inferiore al 10% rispetto al risultato del 2011.
- Attuare percorsi preferenziali nell'esecuzione e refertazione degli esami destinati ai degenti.
- Impegnarsi a conseguire il giusto equilibrio tra le prestazioni ambulatoriali rese in regime di attività istituzionale e quelle rese in regime d'attività libero professionale.
- Definizione di almeno 3 percorsi diagnostici e terapeutici integrati coinvolgenti gli ospedali, le strutture ambulatoriali specialistiche e i medici di base, tesi alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse destinate alla trattazione dei casi.

DISTRETTI SOCIO SANITARI

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

- Sviluppo dell'assistenza territoriale mediante il completamento del programma (seconda fase) di potenziamento e apertura h12 dei CSM di Squinzano e Gagliano del Capo.
- Riduzione della degenza media nelle strutture riabilitative psichiatriche residenziali h 24 e contestuale incremento dell'assistenza riabilitativa h 12, ambulatoriale e domiciliare.
- Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria in raccordo con i Distretti, gli Ambiti Territoriali ed il Servizio Sociosanitario mediante:
 - l'attuazione degli interventi programmati per la salute mentale nei Piani di Zona (seconda triennalità), con particolare riferimento ai percorsi di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici stabilizzati ed ai percorsi di reinclusione sociale dei pazienti psichiatrici gravi;
 - la partecipazione alle UVM per la valutazione e la stesura dei piani assistenziali individualizzati dei pazienti con patologia psichiatrica cronica e stabilizzata che necessitano

di interventi a prevalente carattere socio-assistenziale, nel rispetto delle procedure di presa in carico e di accesso alla rete delle strutture socio-sanitarie a ciclo diurno e a ciclo residenziale.

- Riqualficazione delle attività di riabilitazione psichiatrica in linea con le risultanze della apposita Conferenza dei Servizi indetta dalla ASL Lecce.

DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- Assicurare il puntuale svolgimento delle attività di verifica periodica dei requisiti minimi autorizzativi e vigilanza.
- Potenziamento delle attività di monitoraggio degli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali.

- Potenziamento delle attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL per la realizzazione degli obiettivi del Patto per la Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e dei corrispondenti piani attuativi regionali.
- Sanità pubblica veterinaria:
 - Potenziare gli interventi per il contenimento del fenomeno del randagismo canino attraverso:
 - attività di sterilizzazione chirurgica,
 - puntuale aggiornamento dell'anagrafe canina regionale di cui alla DGR n. 828/08;
 - conseguimento degli obiettivi prefissati dall'O.M. 14/11/2006 (tubercolosi e leucomi dei bovini, brucellosi dei bovini e degli ovocaprini);
 - attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame, con controllo della movimentazione, sorveglianza epidemiologica, eventuale vaccinazione dei capi di bestiame;
 - controllo delle acque destinate alla acquacoltura;
 - potenziamento delle attività di monitoraggio dei contaminanti ambientali (PCB, diossine, IPA, etc.) nelle produzioni agro-zootecniche.
- Tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale:
 - potenziamento delle attività di igiene della nutrizione mediante la piena realizzazione delle funzioni di sorveglianza nutrizionale nonché la promozione di stili di vita nutrizionali corretti;
 - miglioramento delle attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare ed igiene dei mangimi.
- Attività di prevenzione rivolte alla persona:
 - Rispetto del calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate mettendo in atto azioni di chiamata attiva dei cittadini.

SERVIZI AMMINISTRATIVI E UFFICI DI STAFF

- **Obiettivi comuni a tutte le Aree e Uffici di Staff:**
 - Assicurare l'invio, secondo i tempi previsti, al Ministero della Economia e Finanze dei dati riferiti al monitoraggio della spesa sanitaria.
 - Analisi e revisione delle procedure amministrative che devono essere definite in manuali a garanzia dell'uniformità dei comportamenti di ogni struttura, con particolare riferimento allo "spending review".
 - Attivazione di sinergie (unioni d'acquisto) tra aziende sanitarie.
- **Area gestione risorse finanziarie:**
 - Assicurare l'invio trimestrale, per via informatica, alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanza e al Ministero della Salute, della certificazione di accompagnamento del conto economico trimestrale in ordine alla coerenza dei risultati con gli obiettivi assegnati dalla Regione con particolare riferimento ai limiti di spesa.
- **Programmazione e Controllo di gestione:**
 - Organizzazione e sviluppo delle funzioni strategiche per il sistema di programmazione e controllo dell'azienda (sistema informativo contabile ed extra contabile) e messa a regime della metodica di budget a tutti i livelli di responsabilità della gestione delle risorse.
 - Coinvolgimento pieno dei servizi amministrativi, unitamente ai servizi sanitari, nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione del budget.
- **Gare e appalti:** in coerenza con gli obiettivi fissati dalla regione in materia di acquisizione di beni e servizi (piano di rientro) e nel rispetto delle norme e disposizioni regionali in materia di unioni di acquisto, verifica preventiva degli appalti, alimentazione dell'Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie, dei Dispositivi Medici e Protesici, degli Investimenti in Sanità, costituiscono obiettivi specifici per l'**Area Gestione del Patrimonio e Area Tecnica:**
 - Attivare, espletare o concludere le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi al fine del superamento di ogni pregressa condizione di proroga o prosecuzione delle forniture in essere;
 - Attivare e/o potenziare specifici sistemi di monitoraggio dei consumi di beni e della qualità dei servizi esternalizzati.
- **Gestione tecnica:**

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

→ **Personale:**

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

→ **Convenzioni:**

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

→ **Area gestione servizio farmaceutico:**

- Assicurare la piena attuazione delle misure per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale, definite con deliberazione D.G. n. 3273 del 8/11/2010, finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica e al contrasto dei fenomeni di consumo inappropriato, di iperprescrizione, etc. nel rispetto dei tetti fissati per l'assistenza farmaceutica territoriale, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 5 del D.L. 159/07 come convertito con modificazioni dalla Legge 29.11.2007 n. 222 e ss. mm. ed ii. nonché dalle successive disposizioni ed accordi in materia.

→ **Farmacie ospedaliere:**

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

→ **Servizio sociosanitario:**

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

→ **Formazione ed addestramento:**

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

→ **Unità di statistica ed epidemiologia:**

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

→ **UVAR:**

- Effettuare per ciascun erogatore di prestazioni sanitarie (pubblico e privato accreditato) di competenza dell'ASL un controllo analitico di almeno il 15% del totale delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità agli specifici protocolli di valutazione approvati dalla Regione Puglia ed ai parametri relativi alla inappropriatezza clinica e organizzativa, al fine di assicurare il puntuale adempimento degli obblighi contrattuali degli Erogatori privati accreditati, anche avvalendosi della consulenza di Specialisti interni indicati dalla Direzione Sanitaria aziendale.

- Assicurare la puntuale applicazione delle metodologie e dei parametri di verifica stabiliti dalla Regione Puglia per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e delle prestazioni specialistiche erogate dalla strutture sanitarie pubbliche e private accreditate in favore dei cittadini pugliesi.

→ **Centro Unico di Prenotazione:**

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

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

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

Il Direttore Generale
Valdo Mellone