

Proposta n. 1120 del _____

ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Sede Legale e Direzione Generale
Lecce

DELIBERAZIONE NUMERO	<u>1120</u>	DEL	<u>8 AGO. 2019</u>
-----------------------------	-------------	------------	--------------------

OGGETTO:	Legge Regionale n. 13 del 28 marzo 2019, recante le <i>"Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità – Primi provvedimenti"</i> ; Deliberazione di Giunta Regionale n. 735/2019 avente ad oggetto <i>"Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (triennio 2019/2021) in attuazione delle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21.02.2018 (Rep. Atti 28/CSR/2019)."</i> Approvazione del "PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA ASL LECCE ANNO 2019" . ATTO IMMEDIATAMENTE ESECUTIVO.
-----------------	--

L'anno 2019 il giorno Otto del mese di Agosto

nella Sede Legale di via Miglietta n.5 – Lecce

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

STRUTTURA (Descrizione)	CENTRO DI COSTO (Descrizione)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- Visto il D. Lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n. 36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n. 38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006, n. 25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006, n. 39;
- Vista la Legge Regionale 25/02/2010, n. 4;
- Vista la Legge Regionale 17/04/2018, n. 15;
- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2011 del 31.08.2018;
- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2012 del 31.08.2018;
- Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 144 del 07.03.2019;

Il Dirigente UOSD Affari Generali, Dott.ssa L. Sonia Cioffi, relaziona in merito:

Premesso che:

- con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, è stato approvato il “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019/2021” di cui all’articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, unitamente ai seguenti documenti:
 - Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa;
 - Manuale “Procedura gestionale per l’applicazione dei RAO”, ferma restando la possibilità da parte delle Regioni e delle Province Autonome di adottare diversi modelli di governo clinico;
 - Glossario in materia di Liste di attesa.
- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) prevede che, entro 60 giorni dalla stipula dell’Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la stessa, mediante l’adozione di un apposito Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), contenente le linee di indirizzo regionali;
- con Legge Regionale n. 13 del 28 marzo 2019, sono state approvate le “Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità – Primi provvedimenti”;
- l’art. 1 della suindicata L.R. n. 13/2019 prevede che “La Regione Puglia recepisce l’Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e, in conformità con le linee di intervento in esso definite, adotta il Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA);
- le competenti strutture del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, con il supporto dell’ARESS Puglia e di InnovaPuglia S.P.A. hanno redatto il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019/2021, conformemente alle previsioni del PNGLA e della L.R. n. 13/2019.

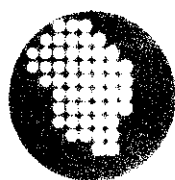
Vista la Deliberazione n. 735 del 18.04.2019 con la quale la Giunta Regionale pugliese ha adottato il “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021” e ha disposto che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli IRCCS pubblici adottino un Programma attuativo aziendale, o aggiornino quello in uso, e provvedano all’invio dello stesso al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti;

Dato atto che questa Direzione Generale:

- con nota prot.n. 104162 del 12.07.2019, ha trasmesso la bozza del “Piano Aziendale Governo dei Tempi di Attesa Anno 2019” alle Organizzazioni Sindacali afferenti all’Area Comparto, alla Dirigenza Medica/Veterinaria e alla Dirigenza SPTA, ai fini della formulazione di eventuali osservazioni e proposte nel merito;
- in data 25 luglio u.s., ha incontrato i Rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL, UIL e rispettive Federazioni della Funzione Pubblica e Pensionati.

Considerato che:

- questa Direzione Generale ha inteso recepire le proposte integrative formulate dalle suindicate Organizzazioni Sindacali in merito alla bozza del citato Piano, con la precipua finalità di far fronte alle esigenze di salute della collettività, in ossequio a criteri di priorità clinica, definiti dal manuale RAO, anche mediante l’attivazione di un percorso di tutela per garantire il rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente in materia;
- ai sensi delle disposizioni di cui alla L.R. 13/2019, la ASL Lecce, a seguito dell’adozione del presente Piano dovrà nominare, con apposito provvedimento, il Responsabile Unico



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Piano Aziendale per il governo dei tempi di attesa

Anno 2019

Progetto Aziendale Governo delle Liste di attesa per garantire in tempi certi le prestazioni sanitarie.	2
Introduzione	2
Responsabile Unico Liste di Attesa aziendale (RULA).....	4
Le agende dedicate per le prestazioni con priorità clinica U.B.D.P. e le agende riservate per i controlli, utilizzando il nuovo manuale RAO con indicazione chiara del quesito clinico.	4
Le prestazioni con priorità clinica garantite dal Programma Aziendale.	5
La prescrizione delle prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica.	7
Quali indicazioni cliniche.	7
Le classi temporali	8
Agende di Tutela. Interventi attivati in caso di superamento dei limiti massimi di attesa per i livelli di priorità U, B, D e P.....	9
Valutazione concordanza nella prescrizione e partecipazione civica.....	9
Audit clinici.	10
Le patologie ad andamento cronico	11
Macro processo da attivare.	18
Piano di interventi 2019 – 2020 per i pazienti con neoplasia o con patologie croniche di particolare impatto sociale.	19
Dimensionamento ed assegnazione delle prestazioni ritenute necessarie.....	20
Procedure per la prenotazione di esami con grandi macchine per pazienti ricoverati.	21
Procedure per la prenotazione di esami con grandi macchine per pazienti non ricoverati.	21
Prestazioni in regime di ricovero.	22
Potenziamento delle attività di Screening per le principali neoplasie.....	25
Screening per i tumori del colon retto.....	25
Screening Mammografico.....	27
Screening per tumori Cervico Vaginali.	29
Attività libero professionale intramuraria.	30
Modalità di compilazione della richiesta di prestazione specialistica.	31
Modalità di compilazione della richiesta	32

Progetto Aziendale Governo delle Liste di attesa per garantire in tempi certi le prestazioni sanitarie.

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi anni e l'incremento del numero di cittadini con una o più malattie croniche, la riduzione delle ospedalizzazioni per problematiche cliniche gestibili nei servizi sanitari territoriali, ha portato ad un incremento del numero di richieste di prestazioni sanitarie con conseguenti lunghe liste di attesa. Anche l'aumento dell'offerta di prestazioni è risultata insufficiente poiché le nuove disponibilità sono state consumate da pazienti con necessità di controlli ripetuti anche se è stato rilevato che vi sono utenti che pur assumendo farmaci per malattie croniche, non effettuano alcun controllo specialistico, sia clinico che strumentale, nonostante l'oggettiva necessità.

Per superare questa difficile situazione, molti cittadini hanno fatto inoltre ricorso in modo inappropriato ai pronto soccorso ospedalieri con conseguente intasamento di queste strutture, hanno dovuto "acquistare" dette prestazioni assumendone direttamente gli oneri o hanno rinunciato alle cure necessarie.

Negli anni passati la ASL di Lecce anche al fine di superare la regola iniqua e spesso dannosa secondo cui chi prima chiede la prestazione prima viene servito, ha avviato una sperimentazione finalizzata a garantire le prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica, utilizzando a questo fine il manuale RAO ed ha attivato un percorso di tutela per quanti non riuscivano ad ottenere la prestazione nei tempi previsti:

- L'esperienza maturata conferma la necessità di procedere attraverso un programma articolato caratterizzato da più interventi e sinergici, capaci di coinvolgere l'intera rete di servizi ambulatoriali e ospedalieri, siano essi a gestione diretta o accreditati. Gli interventi tracciati possono essere riassunti nei principi di seguito indicati :
 - definire chiare **procedure per gli screening** per:
 - tumori della mammella;
 - tumori del collo dell'utero;
 - tumori del colon retto.

Garantendo per questi una rete di offerta e un coordinamento in sede centrale di tutti i servizi.

- **assegnare all'ospedale di Lecce e agli ospedali classificati come primo livello (e tra questi anche l'EE Cardinale Panico di Tricase)** il mandato di fare prioritariamente le prestazioni per pazienti ricoverati o inseriti in liste di pre e post ospedalizzazione, in day service, che sono sottoposti a trattamenti oncologici sulla base di PDTA gestiti dai COOrO, pazienti con neoplasie emolinfatichiche, pazienti affetti da patologie croniche presi in carico da ambulatori specialistici operanti nel presidio (es. malattie neurodegenerative, patologie reumatiche, patologie croniche del tubo digerente, malattie endocrine...ecc).
- **assegnare agli altri ospedali di base e ai Presidi di Primo livello di Gallipoli e Scorrano,** il mandato di erogare prestazioni prima ai pazienti ricoverati poi all'utenza esterna provenienti dal territorio di riferimento, in raccordo funzionale con i Presidi Territoriali di Assistenza attivati nei Distretti Socio Sanitari.

- **Potenziare l'offerta specialistica** ambulatoriale e in Day Service, presso gli ambulatori distrettuali utilizzando a questo fine le tecnologie presenti e le ore di specialistica ambulatoriale interna nonché i medici dipendenti sottoposti a particolari limitazioni nelle attività clinica ospedaliera;
- Definire i **tempi massimi di attesa** anche per le **prestazioni di ricovero** inserite nel piano nazionale per il governo dei tempi di attesa, definendo per queste le priorità cliniche. **Assegnare le stesse come obiettivo alle singole Unità Operative Ospedaliere**, in funzione della complessità organizzativa della struttura ospedaliera dove è collocata il reparto, considerando i vincoli previsti dal DM 70/2015 in materia di volumi minimi per la sicurezza clinica e le indicazioni del **Piano Nazionale Esiti**.
- **creare agende dedicate per le prestazioni con priorità clinica UBDP** e agende riservate ai controlli o ad altri approfondimenti diagnostici, direttamente prescritti dagli specialisti. Per queste prestazioni, la Classificazione in P si riferisce a prime visite legate ad accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente ;
- **far utilizzare a tutti i medici prescrittori (Medicina generale e medici specialisti), il nuovo manuale RAO** contenente le indicazioni cliniche per una appropriata prescrizione delle prestazioni, secondo criteri di priorità e con indicazione chiara del quesito clinico ed effettuando in modo sistematico una analisi di concordanza tra prescrizione e linee guida indicate nel manuale;
- **definire procedure speciali di tutela per quanti restano fuori dai tempi di prenotazione.** A questo fine garantire l'accesso alle prestazioni attraverso gli strumenti contrattuali che consentono l'utilizzo di operatori anche dopo il normale orario di servizio, anche al fine di garantire un utilizzo ottimale delle tecnologie e delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
- in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione attuare il blocco dell'attività libero professionale intramoenia, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.
- **definire una strategia aziendale per la diagnosi e il controllo nel tempo delle malattie croniche di grande impatto sociale**, usando in modo diffuso i day service o i pacchetti di prestazioni ambulatoriali nei casi di prima diagnosi per patologie croniche in particolare nei poliambulatori distrettuali;
- **contrattualizzare le strutture accreditate esterne in funzione della reale domanda di prestazioni**, anche in considerazione del mutato quadro epidemiologico generale;
- garantire una gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del **sistema CUP con la gestione centralizzata tutte le Agende** offerte dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate, prevedendo la possibilità di effettuare la prenotazione delle prestazioni presso gli studi dei Medici di Medicina Generale ed il successivo pagamento presso gli sportelli CUP;
- **Assicurare l'utilizzo diffuso della ricetta dematerializzata** anche finalizzata ad intercettare

eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.

- Attivare i servizi telematici dedicati alla **disdetta delle prestazioni prenotate** anche con strumenti come il CUP-Web ai fini della pulizia delle liste e di una gestione trasparente delle stesse;
- Adottare strumenti trasparenti e condivisi per il **recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette** ed in caso di mancato ritiro dei referti.
- **attuare il programma regionale Care Puglia 3.0 per i pazienti con malattia cronica e in particolare:**
 1. Scompenso cardiaco
 2. Malattie respiratorie croniche
 3. ipertensione
 4. diabete

Responsabile Unico Liste di Attesa aziendale (RULA).

Ai sensi della L.R. n. 13/2019, la ASL Lecce nominerà il Responsabile Unico Aziendale delle Liste d'Attesa (RULA), a cui verrà attribuita la funzione di attuare quanto previsto dai Piani Regionali e Aziendali per il governo dei tempi di attesa, adottati con validità annuale.

Il RULA è responsabile dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa, delle attività di cui all'articolo 1 L.R. n. 13/2019, e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.

Il RULA, Dirigente Medico dell'Azienda Sanitaria, sarà funzionalmente collegato alla Direzione Sanitaria, e sarà in costante raccordo con la U.O. Controllo di Gestione, e con la UOS Cup Aziendale. Garantisce un costante monitoraggio dei volumi di prestazioni, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio delle attività previste all'articolo 1 della L.R. n. 13/2019 e curerà l'invio dei flussi informativi in materia, previsti dalle regolamentazioni aziendali, regionali e nazionali, ai competenti Organismi, nonché ai componenti del Tavolo Permanente. Svolgerà, inoltre, funzioni di verifica e vigilanza sulle attività ALPI, anche al fine della attuazione delle disposizioni previste dalla L.R. n. 13/2019 e dalla DGR 735/2019.

Oltre al RULA, che avrà funzioni di coordinamento, l'Azienda individuerà:

1. Il responsabile aziendale per la diagnostica radiologica territoriale;
2. Il responsabile Aziendale per gli Screening;
3. Il Responsabile Aziendale per la Gestione degli Ambulatori per le Cronicità;
4. Il responsabile Aziendale per il CUP e per le liste di Tutela;
5. IL responsabile aziendale per la Libera Professione.

Le agende dedicate per le prestazioni con priorità clinica U.B.D.P. e le agende riservate per i controlli, utilizzando il nuovo manuale RAO con indicazione chiara del quesito clinico.

Con una nuova sperimentazione, la ASL di Lecce, seguendo le linee di indirizzo nazionali e regionali, intende riproporre un programma che ha il fine di **garantire le prestazioni specialistiche in tempi certi, accompagnando i cittadini stessi nell'intero percorso che porta alla erogazione della prestazione.**

A questo fine, sono state riorganizzate le agende per un numero significativo di prestazioni e visite specialistiche con l'obiettivo di garantirne per il Primo Accesso:

- prestazioni **Urgenti** entro 72 ore,
- prestazioni con **attesa breve B** entro 10 gg
- prestazioni **D con attesa (Differibile)** entro 30 gg le visite specialistiche e 60 gg le prestazioni strumentali.
- prestazioni **P senza priorità** comunque entro 180 giorni (dal 1.1.2020).

Le prestazioni con priorità clinica garantite dal Programma Aziendale.

Verranno garantite in tempi certi le prestazioni individuate come essenziali dalla programmazione Nazionale PNGLA e Regionale DGR 479/2014 allargate a quelle previste nel nuovo programma AGENAS **Tabella I**, come codificate nella DGR 735/2019. Queste includono le visite specialistiche a maggiore impatto sociale e le prestazioni di diagnostica strumentale che complessivamente coprono il 90% delle richieste. Nel dettaglio:

Tabella I - Visite oggetto di monitoraggio

VISITE SPECIALISTICHE

1 Prima Visita cardiologica	8 Prima Visita otorinolaringoiatrica
2 Prima Visita chirurgia vascolare	9 Prima Visita urologica
3 Prima Visita endocrinologica	10 Prima Visita dermatologica
4 Prima Visita neurologica	11 Prima Visita fisiatrica
5 Prima Visita oculistica	12 Prima Visita gastroenterologica
6 Prima Visita ortopedica	13 Prima Visita oncologica
7 Prima Visita ginecologica	14 Prima Visita pneumologica

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Diagnostica per Immagini

15 Mammografia bilaterale	31 TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC
16 Mammografia monolaterale	32 TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC
17 TC del Torace	33 TC di Bacino e articolazioni sacroiliache
18 TC del Torace senza e con MDC	34 RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare
19 TC dell'addome superiore	35 RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC
20 TC dell'addome superiore senza e con MDC	36 RM di addome inferiore e scavo pelvico
21 TC dell'addome inferiore	37 RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC
22 TC dell'addome inferiore senza e con MDC	38 RM della colonna in toto

23 TC dell'addome completo	39 RM della colonna in toto senza e con MDC
24 TC dell'addome completo senza e con MDC	40 Diagnostica ecografica del capo e del collo
25 TC Cranio – encefalo	
26 TC Cranio – encefalo senza e con MDC	
27 TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	
28 TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	
29 TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	
30 TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	

PRESTAZIONI STRUMENTALI

41 Eco (color) dopplergrafia cardiaca
42 Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici
43 Ecografia dell'addome superiore
44 Ecografia dell'addome inferiore
45 Ecografia dell'addome completo
46 Ecografia bilaterale della mammella
47 Ecografia monolaterale della mammella
48 Ecografia ostetrica
49 Ecografia ginecologica
50 Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso

Altri esami Specialistici

51 Colonscopia totale con endoscopio flessibile
52 Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica
53 Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile
54 Esofagogastroduodenoscopia
55 Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica
56 Elettrocardiogramma
57 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)

58 Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile
59 Altri test cardiovascolari da sforzo
60 Esame audiometrico tonale
61 Spirometria semplice
62 Spirometria globale
63 Fotografia del fundus
64 ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2
65 ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2
66 ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)
67 ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli
68 VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)
69 EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)

La prescrizione delle prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica.

Al fine di garantire un uniforme modello operativo la ASL di Lecce continuerà ad applicare il modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) utilizzando a questo fine il Manuale approvato con DGR 479/2014 integrato dalle nuove linee di indirizzo approvate con il nuovo Piano Nazionale per il Governo dei Tempi di attesa e pubblicato da AGENAS (Allegato 1).

Quali indicazioni cliniche.

Le indicazioni cliniche contenute nel Manuale, sono di norma riferite a situazioni che richiedono l'esecuzione di prestazioni necessarie alla prima diagnosi o per una diagnosi differenziale. Il Manuale contiene inoltre indicazioni riferite ad alcune problematiche cliniche che possono essere soddisfatte da percorsi diagnostico-terapeutici PDTA o da PCCA (Day Service) già garantiti nei poliambulatori.

Nel manuale, oltre alle prime visite sono **incluse** le prestazioni di tipo strumentale necessarie per una prima diagnosi e sono **escluse** quelle prestazioni che presuppongono una presa in carico del paziente in emergenza clinica (Pronto Soccorso).

Nell'ambito dello stesso sono altresì **escluse** le visite a completamento della prima (controlli a breve distanza di tempo) e le visite di controllo (follow-up) per malattie croniche. Queste prestazioni mantengono un accesso alla prenotazione privilegiato perché consentono allo specialista, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita, l'utilizzo delle "agende riservate" messe a disposizione prioritariamente dalla Struttura Sanitaria in cui opera. Di seguito verranno richiamati principi per la prescrizione di prestazioni strumentali legate a patologie croniche o legate a specifiche patologie, come quelle oncologiche.

Per evitare incomprensioni si riportano di seguito le definizioni tratte dall'Allegato 4 del DPCM 12.1.2017 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 65, Supplemento ordinario n. 15 del 18.3.2017).

- **Prima visita:** nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.
- **Visita a completamento della prima:** nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica.
- **Visita di controllo:** nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.

Le classi temporali

Le classi temporali di attesa derivano dalle definizioni ad esse date dal Decreto 17.3.2008, che definisce gli attuali campi "priorità" della RICETTA SSN in uso (U, B, D, P).

Codice priorità e Tempi massimi

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per le prestazioni strumentali
- **P (Programmata)** da eseguire entro 180/120 giorni (tale nuovo limite varrà per le prestazioni prenotate a partire dal 01/01/2020; per le prestazioni prenotate fino al 31/12/2019 varrà il limite stabilito dal PNGLA precedente, 180 giorni)

Sono da considerare nel **Gruppo B** tutte le prestazioni richieste da assistiti:

- ottantacinquenni (il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita: es. sono ammessi alla priorità nell'anno 2018 i nati nel 1933).
- di età compresa tra 0 e 14 anni, con disabilità o patologia cronica grave .
- gestanti con gravidanza presso il termine.
- pazienti con patologia neoplastica in trattamento presso centri specialistici di altra ASL.

L'Azienda Sanitaria di Lecce ha previsto inoltre, per i cittadini con prescrizioni contenente la classe di priorità **"U"**, l'accesso diretto ai **Servizi Distrettuali di Continuità Assistenziale SDCA** senza prenotazione preliminare al CUP. Questi servizi, sperimentalmente collocati nei PTA già sede di Punti di Primo Intervento garantiranno la presa in carico del paziente per l'intero percorso di cura. Si prevede comunque che dal mese di Settembre 2019 in tutti i Distretti possa essere attivato un servizio di presa in carico diretta di tutte le richieste di prestazione con codifica U garantendo così l'accesso diretto (open) degli utenti ai Servizi specialistici distrettuali , previo "accompagnamento" dei pazienti anche nell'ospedale di riferimento territoriale.

L'accesso diretto è altresì previsto per:

- l'esame del fundus oculi;
- la visita ginecologica presso i consultori familiari;
- la visita specialistica in gravidanza presso i consultori.

L'accesso diretto è inoltre assicurato per le prestazioni e i servizi previsti dalla DGR 463 del 27.03.2018 recante all'oggetto "Linee di indirizzo in materia di accesso diretto per l'erogazione di prestazioni specialistiche e rendicontazione delle prestazioni".

Agende di Tutela. Interventi attivati in caso di superamento dei limiti massimi di attesa per i livelli di priorità U, B, D e P.

La ASL Lecce al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni codificate con il sistema U B D P, ha avviato una prima sperimentazione di liste di tutele per la presa in carico dei pazienti, quando questi tempi non sono garantiti. Gli interventi di tutela sono stati attivati possibilmente in prossimità del luogo di vita del cittadino.

Nel caso in cui il cittadino giunga allo sportello CUP con una richiesta di prestazione non soddisfatta, questa deve essere presa in carico dal servizio CUP di accesso sia esso ospedaliero e/o distrettuale, da operatori definiti "Operatori CUP TUTOR". Questi operatori implementano le Agende Tutor di presa in carico. Tali Agende sono visibili ai Responsabili dei Poliambulatori, che dovranno gestire, in prima battuta, le richieste inevase all'interno del territorio di competenza con una interlocuzione diretta con gli specialisti ambulatoriali e/o con il Direttore di Presidio Ospedaliero allo scopo di garantire in loco l'erogazione delle prestazioni richieste nei tempi dovuti.

Al fine di incrementare la potenzialità erogativa delle strutture, i Direttori dei Distretti Socio Sanitari, dopo aver operato i necessari adeguamenti sulle agende (per es. mediante forzature), potranno accedere all'istituto del "plus-orario" per gli specialisti ambulatoriali, oppure potranno chiedere ai Direttori Medici di Presidio di attivare agende straordinarie per l'erogazione di visite/prestazioni strumentali concordando con le équipe orari aggiuntivi, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

Nel caso in cui all'interno del proprio territorio, i Direttori del Distretto Socio Sanitario non siano in grado di soddisfare i bisogni di cui al punto 1, provvederanno attraverso il CUP TUTOR di riferimento ad indirizzare le suddette richieste. Presso il D.S.S. di Lecce per l'Area Nord e presso il D.S.S. di Maglie per l'Area Sud. I due distretti di riferimento potranno avviare delle agende aggiuntive utilizzando il citato art. 55 in particolare per la diagnostica strumentale con grandi macchine.

Valutazione concordanza nella prescrizione e partecipazione civica.

Al fine di garantire un buon funzionamento del sistema e una equità nell'accesso ai servizi, è necessario valutare il livello di concordanza tra la prescrizione e la reale situazione clinica del paziente.

Per fare questo, ad ogni utente, lo specialista, preferibilmente prima di erogare la prestazione, attribuirà una classe di priorità, al fine di permettere il confronto tra operatori (valutazione di concordanza).

1

La raccolta dei dati, in assenza di applicativi informatici ad hoc, potrà essere effettuata su carta, utilizzando griglie prestampate suggerite da AGENAS (**Allegato 2 Procedure RAO**). A ciò dovrà seguire l'inserimento dei dati raccolti in applicativi informatici di minima ma sufficiente adeguatezza per fare analisi statistiche descrittive e poterli eventualmente trasferire su altri applicativi per analisi statistiche inferenziali.

Sulla base dei dati prodotti saranno previsti uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i responsabili dei poliambulatori e della specialistica ambulatoriale.

Ai fini del calcolo del **tempo massimo di attesa**, andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito della sperimentazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).

Viene inoltre previsto, anche con il contributo di referenti aziendali URP, uno o più momenti di confronto plenario con Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato (Movimento di partecipazione civica), e con eventuali altre associazioni che rappresentano categorie di cittadini, presenti nel Comitato Consuntivo Misto Aziendale. Tale collaborazione sarà finalizzata al "monitoraggio dal lato del cittadino" dell'efficacia percepita e sarà estesa all'intero programma di governo dei tempi di attesa.

Audit clinici.

In aggiunta alla valutazione di concordanza, saranno attuati audit clinici (analisi ex post sulla documentazione clinica) al fine di confrontare i dati contenuti nella prescrizione con raccomandazioni di appropriatezza definite dal manuale RAO Agenas e da linee guida riconosciute dalla società scientifiche a livello nazionale e/o internazionale.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EROGATE DA PRESIDI OSPEDALIERI E TERRITORIALI A GESTIONE DIRETTA NELL'ANNO 2018 E VOLUMI DI ATTIVITÀ PRESI COME RIFERIMENTO PER IL 2019

BRANCA SPECIALISTICA	N. PRESTAZIONI	VALORE ECONOMICO
ANESTESIA	2.145	€ 145.375,85
CARDIOLOGIA	638.578	€ 12.133.517,67
CHIRURGIA GENERALE	45.716	€ 1.236.312,04
CHIRURGIA PLASTICA	2.635	€ 78.189,81
CHIRURGIA VASCOLARE ANGIOLOGIA	81	€ 3.250,68
DERMOSIFILOPATIA	44.256	€ 614.882,63

1

¹ L'attribuzione della classe di priorità clinica da parte dello specialista dovrebbe essere "in cieco" rispetto a tutte le informazioni contenute nella prescrizione (ad esempio: ricetta SSN) e nella prenotazione (ad esempio: priorità attribuita dal medico prescrittore). Tale condizione organizzativa, nella pratica quotidiana, può essere di difficile realizzazione. Pertanto si ritiene necessario ribadire l'opportunità (non la "pretesa") della attribuzione "in cieco" della priorità clinica da parte dello specialista.

ENDOCRINOLOGIA	11.860	€ 244.037,67
FISIOKINESITERAPIA	15.794	€ 118.333,29
GASTROENTEROLOGIA	27.400	€ 1.449.572,15
MEDICINA DELLO SPORT	212.773	€ 1.509.992,54
MEDICINA NUCLEARE	5.188	€ 2.905.747,60
NEFROLOGIA	59.722	€ 8.171.124,97
NEUROCHIRURGIA	639	€ 63.114,83
NEUROLOGIA	14.522	€ 220.430,51
OCULISTICA	11.153	€ 252.412,46
ODONTOSTOMATOLOGIA	17.630	€ 362.236,11
ONCOLOGIA	39.552	€ 463.014,49
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	71.298	€ 625.713,20
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32.947	€ 758.045,30
OTORINOLARINGOIATRIA	15.488	€ 211.909,34
PATOLOGIA CLINICA	3.447.255	€ 16.951.553,75
PNEUMOLOGIA	24.782	€ 416.696,13
PSICHIATRIA	2.626	€ 51.434,61
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	267.848	€ 11.962.737,13
RADIOTERAPIA	302	€ 171.889,00
UROLOGIA	5.927	€ 192.181,96
SUBTOTALE	5.018.117	€ 61.313.705,72
ALTRO TIPO DI PRESTAZIONI		€ 364.855,00
Totale complessivo	5.024.523	€ 61.626.561,22

Le patologie ad andamento cronico

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

L'esigenza fondamentale è assicurare continuità nell'azione di cura delle malattie croniche attraverso la programmazione del percorso e la presa in carico "proattiva", associata a processi di empowerment del paziente per una piena adesione al percorso programmato, che deve prevedere anche interventi di prevenzione primaria (modifiche negli stili di vita insalubri) e secondaria (diagnostica precoce); il Piano Nazionale Cronicità indica come gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità devono essere finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità della vita. Oltre alla corretta gestione del malato è richiesto il superamento della frammentarietà dell'azione dei diversi attori del sistema chiamati a intervenire nel corso della storia naturale della malattia. È necessario quindi sviluppare la capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica, riorientando in tal senso i processi erogativi utilizzando strumenti che favoriscano integrazione dei servizi e buon coordinamento della presa in carico, anche attraverso la riorganizzazione delle reti tempo dipendenti.

Quanto riportato nelle premesse del Piano Nazionale per le cronicità e dalla DGR 1935/ 2018 rappresenta una linea guida anche per il programma Aziendale per il governo dei tempi di attesa. Con l'invecchiamento della popolazione e con il crescere del numero di cittadini con una o più patologie croniche, è necessario diversificare gli interventi destinati a questi pazienti da quelli destinati a tutti i cittadini che manifestano un bisogno sanitario di recente insorgenza.

Il DPCM 12/1/2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, identifica le patologie croniche di particolare rilievo per la popolazione italiana (Allegato 8). Per queste patologie, lo stesso allegato individua anche i pacchetti di Prestazioni collegati alle singole malattie con i limiti temporali e i vincoli di prescrivibilità.

La Tabella riporta queste patologie

ELENCO MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI	
Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n. 65 - 18-3-2017	
CODICE ESENZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE DI ESENZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
0A0	2/0B02/OCO2 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
005	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
006	ARTRITE REUMATOIDE
007	ASMA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
011	DEMENZE
012	DIABETE INSIPIDO
013	DIABETE MELLITO
014	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
017	EPILESSIA (escluso: S. di Lennox - Gastault)
018	FIBROSI CISTICA
019	GLAUCOMA
020	INFEZIONE DA HIV
021	INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
022	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
023	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
024	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
025	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA -

	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
029	MALATTIA DI ALZHEIMER
030	MALATTIA DI SJOGREN
0A3	1 IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)
003	1 IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
032	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
036	MORBO DI BUERGER
037	MORBO DI PAGET
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
039	NANISMO IPOFISARIO
040	NEONATI PREMATURI E IMMATURI; NEONATI A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
041	NEUROMIELITE OTTICA
042	PANCREATITE CRONICA
044	PSICOSI
045	PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)
046	SCLEROSI MULTIPLA
048	SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO
049	SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE
050	SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)
051	SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI

052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
053	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
054	SPONDILITE ANCHILOSANTE
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
056	TIROIDITE DI HASHIMOTO
057	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"
058	DONATORI D'ORGANO
059	MALATTIA CELIACA
060	OSTEOMIELE CRONICA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
062	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE
063	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)
064	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)
065	SINDROME DI DOWN
066	SINDROME DI KLINEFELTER
067	CONNETTIVITI INDIFFERENZiate

Anche il Piano Nazionale per le Cronicità approvato dalla Conferenza Stato Regioni (rep. Atti n. 160/CSR del 15.09.2016) individua alcune di queste patologie ad andamento cronico e individua nel Chronic Care Model con i relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) l'approccio ottimale per l'organizzazione nelle Aziende Sanitarie dei processi di diagnosi cura e assistenza. Dette Patologie sono:

1. Malattie renali croniche e insufficienza renale
2. Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
3. Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
4. Insufficienza cardiaca cronica
5. Malattia di Parkinson e parkinsonismi
6. BPCO e insufficienza respiratoria cronica
7. Insufficienza respiratoria in età evolutiva
8. Asma in età evolutiva

9. Malattie endocrine in età evolutiva

10. Malattie renali croniche in età evolutiva

11. Malattia diabetica.

In particolare, per la patologia diabetica il piano approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012 propone di dare omogeneità ai provvedimenti e alle attività locali finalizzati al controllo del diabete, fornendo indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza definendo ampi obiettivi, linee prioritarie e indirizzi strategici, per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza. Il documento afferma la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, mirato a valorizzare, sia la rete specialistica diabetologia, sia tutti gli attori della assistenza primaria, con l'obiettivo di garantire la qualità di vita, prevenire e curare le complicanze, ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce. Individua, infine, DIECI OBIETTIVI GENERALI:

1. "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate";
2. "Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersectorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete";
3. "Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura";
4. "Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete";
5. "Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale";
6. "Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare";
7. "Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia";
8. "Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona";
9. "Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie";
10. "Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità".

Anche la Regione Puglia, ritenendo che le malattie croniche assumono una particolare rilevanza sociale e sanitaria, ha emanato ripetuti provvedimenti finalizzati a migliorare il governo clinico di dette patologie

con la definizione di specifici PDTA o Day Service, destinati alla diagnosi e al follow up delle stesse. Altro importante aspetto è rappresentato dalla creazione di varie reti Aziendali e Regionali come:

- La rete oncologica
- La rete ematologica
- La rete nefro dialitica e trapiantologica
- La rete Parkinson
- La rete per i disturbi cognitivi, demenza e Alzheimer
- La rete per le malattie reumatiche
- La rete dei centri diabetologici per l'infanzia e gli adulti.

Al fine di garantire un effettivo governo clinico delle patologie ad andamento cronico anche il DM 70/2015 al punto 10) ha indicato le procedure da seguire per garantire una necessaria Continuità ospedale-territorio che di seguito si riportano .

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale.

“SPERIMENTAZIONE DI MODELLI DI LONG CARE PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE, BASATI SUI PRINCIPI DEL PIANO NAZIONALE DELLE CRONICITÀ”.

Per una ottimale gestione delle principali patologie croniche e per un efficiente governo dei tempi di attesa per visite specialistiche o esami strumentali necessari per monitorare la evoluzione delle stesse, la ASL di Lecce seguirà alcuni principi tratti dal Piano Nazionale Cronicità.

La “storia naturale” di malattia è il binario-guida per la programmazione degli interventi. Grazie alla sua conoscenza si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa, con la possibilità di stratificare i pazienti in sottoclassi, in base ai loro bisogni socio sanitari giungendo al ridisegno dei PDCA e destinando a questi percorsi diagnostici un numero appropriato di prestazioni cliniche o strumentali.

Il “Percorso Assistenziale” rappresenta lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale. Esso permette di evidenziare le fasi dell'assistenza e, all'interno di queste, i principali “prodotti assistenziali” o “ prestazioni” che i diversi attori del sistema salute devono garantire attraverso le loro attività.

Ai fini dell'attuazione del programma, è possibile utilizzare la metodologia di lavoro approvata con il Piano Nazionale delle Cronicità che si caratterizza in cinque fasi



Il programma ha come **obiettivo generale** la sperimentazione di modelli di Population Health Management e di reingegnerizzazione dei processi di cura, coinvolgendo negli stessi tutti gli attori del sistema sanitario Aziendale a cui a vario titolo vengono richieste prestazioni o servizi.

Per attori del sistema vengono individuati i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di famiglia, i medici specialisti che operano nel territorio e negli ospedali di base, i medici ospedalieri che hanno attivato ambulatori specialistici per le patologie croniche e tutti gli operatori sanitari che collaborano negli interventi sanitari.

Per tutti questi, il punto di partenza è quanto stabilito dal PATTO PER LA SALUTE 2014-2016 all'Art. 5 – Assistenza territoriale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016):

Al fine di promuovere un modello multiprofessionale e interdisciplinare, le Regioni istituiscono le Unità complesse di cure primarie (Uccp) e le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del Ssn per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli Acn e definito dalle Regioni .

Le Aft e le Uccp costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative esistenti.

Possiamo oggi affermare che nella Regione Puglia nei Presidi Territoriali di Assistenza e nei Distretti con relativi poliambulatori, sono di fatto attive delle Uccp

Occorre oggi operare per garantire ai diversi professionisti un coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale con il pieno coinvolgimento dei professionisti accreditati .

Anche le AFT sono da considerare una realtà. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri già oggi sono strutturati in forme aggregate semplici (Gruppo, Rete, Associazione) e complesse (CPT, Supergruppo, Superrete).

ASL Lecce Forme associative Semplici e Complesse di assistenza Primaria	
Numero	Strutture
53	MEDICINA DI GRUPPO
34	MEDICINA IN RETE
39	MEDICINA IN ASSOCIAZIONE
3	CPT
34	SUPER GRUPPO
22	SUPER RETE

Proprio a loro che la Regione Puglia ha affidato il compito di attuare il progetto Puglia Care 3.0 .

Il Progetto, destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- *presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del Chronic Care Model sviluppatosi negli USA in Kaiser Permanente;*
- *introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione “pivotal” rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;*
- *informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.*

Macro processo da attivare.

Il Macroprocesso che si intende attivare è quello indicato nel piano Nazionale per le cronicità, nella sua parte generale .

FASE 1 STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

Macro Attività

1. Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
2. Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali

FASE 2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

Macro Attività

1. Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
2. Diagnosi precoce delle malattie croniche

FASE 3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

Macro Attività

1. Riorganizzazione delle attività dei MMG
2. Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
3. Adozione di percorsi assistenziali
4. Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
5. Potenziamento dell'assistenza sul territorio
6. Welfare di comunità ed integrazione sociosanitaria
7. Assistenza domiciliare integrata e utilizzo della telemedicina
8. Assistenza presso le strutture residenziali
9. Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

FASE 4 EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE

Macro Attività:

1. Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
2. Il «patto di cura» e l'empowerment
3. Educazione terapeutica strutturata

FASE 5 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

Macro Attività:

1. Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

Per quanto sopra, la ASL di Lecce procederà ad una radicale reingegnerizzazione degli interventi sanitari e socio sanitari, partendo dalla rete già presente sul territorio. Questi interventi devono avvenire attraverso la riconversione di vecchi servizi e la nascita di nuovi. Occorrerà procedere con prudenza perché il sistema già oggi è bloccato da una utenza che ha già fatto richiesta di accesso ai servizi per ottenere prestazioni. Ogni trasformazione della rete dovrà tenere ben presenti questi bisogni già espressi per non generare disorientamento nella popolazione. Parallelamente occorrerà creare nuove linee di offerta in funzione dei reali bisogni, anche utilizzando al meglio le opportunità che possono venire dalla ITC, attraverso strumenti di telemedicina.

Utilizzando le logiche in precedenza indicate, si potrà procedere nel seguente modo:

1. Identificazione di gruppi omogenei target di pazienti attraverso la consultazione dei complessi data base presenti presso l'azienda sanitaria (anagrafica pazienti suddivisa per ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche, uso di ossigenoterapia a lungo termine ...) definendo su base reale la tipologia i bisogni assistenziali e il relativo carico di interventi : Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali;
2. definire con modelli innovativi specifici percorsi assistenziali per pazienti che accedono ai servizi e impostando con metodiche avanzate la nuova rete di servizi coinvolgente la medicina generale organizzata in gruppi, la medicina specialistica ambulatoriale, la medicina ospedaliera, l'assistenza domiciliare integrata con servizi di telemedicina anche per una ottimale gestione di pazienti completamente non autosufficienti. Per quanto attiene le strutture di ricovero di livello intermedio e l'assistenza domiciliare ad alta intensità definire standard strutturali, operativi, organizzativi omogenei in modo da implementare il sistema, considerato che è ormai completata la fase di chiusura dei posti letto ospedalieri;
3. Creazione un modello innovativo di simulazione per il pre test dei percorsi e per la valutazione delle risorse necessarie permette la piena operatività sul campo, anche ai fini della sicurezza clinica dei pazienti ;
4. Creare un sistema informativo capace di raccogliere ed offrire ai diversi attori che operano nel tempo sui diversi assistiti tutte le informazioni necessarie alla piena attuazione del percorso di cura.
5. Fare audit sistematico anche al fine di migliorare la Qualità degli interventi, scongiurando lo spreco di risorse o il rischio di abbandono.

Piano di interventi 2019 – 2020 per i pazienti con neoplasia o con patologie croniche di particolare impatto sociale.

La ASL Lecce ha attivato una rete di servizi destinata a pazienti con Malattia Oncologica, Malattie del Sistema Emopoietico, Malattie Reumatiche, Malattie croniche dell'intestino e malattie del sistema nervoso centrale come SLA, Sclerosi Multipla, Parkinson, Disturbi Cognitivi e Demenza, malattie endocrine e metaboliche, psoriasi e malattie croniche della cute. Per questo ha assegnato all'ospedale di Lecce e agli ospedali di primo livello (e tra questi anche l'EE Cardinale Panico di Tricase) il mandato di garantire a questi pazienti dei percorsi agevolati, per la esecuzione di indagini diagnostiche o consulenze specialistiche. Tale mandato è stato assegnato ai medici operanti presso gli ambulatori specialistici ospedalieri ove attivati, congiuntamente alla prescrizione di piani terapeutici con farmaci sottoposti a limitazione di prescrizione.

Per garantire in tempi certi a pazienti la erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET-TAC, Scintigrafie, chemioterapia, Endoscopia Digestiva, prove funzionali ecc.) e

per superare la frammentazione dei percorsi di diagnosi e di cura , assicurando modalità attive di presa in carico dei pazienti per l'intera durata del trattamento si è dato corso agli interventi di seguito indicati :

- creazione presso le strutture ospedaliere e territoriali di equipe multidisciplinari per la diagnosi e cura di questi pazienti, con all'interno degli operatori sanitari capaci di assumere la funzione di case manager (GPI Gruppi Interdisciplinari di Patologia);
- analisi predittiva della domanda di prestazioni diagnostiche con grandi macchine per pazienti oncologici e pazienti con patologia cronica altamente invalidante con riserva ex ante di un numero congruo di prestazioni, da erogare possibilmente nella struttura che ospita l'equipe;
- dimensionamento ed assegnazione delle prestazioni per pacchetti considerando la rete dei servizi provinciali, dando incarico allo specialista e all'equipe infermieristica della prescrizione e prenotazione diretta delle prestazioni utilizzando le agende pubbliche dedicate;

Dimensionamento ed assegnazione delle prestazioni ritenute necessarie

In fase di prima attuazione sono state riservate le seguenti prestazioni:

STRUTTURA EROGANTE	RMN Alto Campo
Radiologia Oncologico RMN Fazzi	200
NeuroRadiologia RMN	200
Radiologia RMN Lecce Cittadella della salute	200
Radiologia RMN P.O.Casarano	200
EE Cardinale Panico Tricase	500
Struttura	TAC
Radiologia Lecce Cittadella della salute	250
Radiologia - TAC - P.O. Gallipoli	150
Radiologia TAC - P.O.Scorrano	100
Radiologia TAC P.O. Casarano	300
Radiologia TAC PO Copertino	120
Radiologia TAC PO Galatina	120
Radiologia TAC Oncologico	200
Radiologia TAC Nardò	100
EE Cardinale Panico Tricase	2000
Totale complessivo	
Struttura	PET / Scintigrafie
Medicina Nucleare Fazzi	150

Medicina Nucleare PET Fazzi	500
Tricase	450
Totale complessivo	2100

Al fine di garantire l'esecuzione delle prestazioni in tempi e modi appropriati, senza ricorrere al pagamento diretto delle stesse per indisponibilità di appuntamenti nei tempi previsti, la ASL ha definito due procedure, una per pazienti ricoverati o in trattamento in regime di day hospital o day service e uno per utenti con malattia cronica provenienti dal territorio.

Procedure per la prenotazione di esami con grandi macchine per pazienti ricoverati.

Tutte le prestazioni richieste per pazienti ricoverati, saranno considerate quali prestazioni U, da eseguire entro 72 ore salvo impossibilità tecnica (es. procedura di preparazione del paziente, tempi tecnici di lavorazione dei campioni biologici ecc.).

Le strutture ospedaliere di 2^a, 1^a livello dotate di grandi macchine per la diagnostica per immagine o con altre tecnologie complesse dovranno predisporre delle agende dedicate per i pazienti ricoverati secondo volumi predeterminati. La prenotazione verrà effettuata dalla UOC di ricovero tramite Edotto o altri sistemi telematici assimilabili a quello utilizzato dal CUP per esterni.

Al termine del ricovero, il medico che ha in cura il paziente prescriverà gli esami ritenuti necessari su ricetta dematerializzata inserendo la diagnosi nonché i tempi ritenuti clinicamente appropriati secondo i codici di priorità B, D, P. Se paziente è affetto da patologia oncologica, lo invierà al COro per la prenotazione. Se il paziente è affetto da altra patologia cronica ma seguito da equipe specialistica di reparto, sarà la stessa ad effettuare la prenotazione.

Accolto il paziente, il COro o l'equipe provvederà alla registrazione (se paziente non conosciuto), all'aggiornamento della scheda individuale, alla prenotazione della prestazione sulle agende riservate per i controlli successivi. In caso di indisponibilità di prenotazione nei tempi richiesti il paziente seguirà le procedure Tutor attivate a cura della equipe sanitaria.

Terminata questa fase di post ricovero (sei mesi circa), il paziente verrà considerato quale paziente in Assistenza Territoriale.

Procedure per la prenotazione di esami con grandi macchine per pazienti non ricoverati.

I pazienti oncologici o con malattia cronica invalidante non ricoverati, per l'accesso alle prestazioni di diagnostica, seguiranno un percorso dedicato. Le strutture Pubbliche e quelle accreditate per la diagnostica per immagini (nel caso in cui siano dotate di specifiche "grandi Macchine"), predisporranno delle agende dedicate riservate a questi pazienti, secondo i volumi predeterminati.

Il Medico specialista dipendente prescriverà gli esami ritenuti necessari su ricetta dematerializzata inserendo la diagnosi nonché i tempi ritenuti clinicamente appropriati, utilizzando i codici di priorità B, D, P (B entro 10 gg, D entro 60 gg, P entro 180/120 gg).

Nella prescrizione delle prestazioni, i Medici interessati seguiranno le procedure previste nel Manuale RAO (Raggruppamenti Omogenei tempi di attesa) proposta da AGENAS.

Per i pazienti oncologici o con malattia cronica, la prenotazione verrà effettuata dal COro o direttamente dal case manager dell'equipe sulle agende riservate a questo tipo di assistenza garantite dai presidi pubblici o accreditati. In questa occasione i COro e le equipe specialistiche provvederanno all'aggiornamento degli interventi della scheda individuale.

In caso di indisponibilità di prenotazione nei tempi richiesti, il COro seguirà le procedure Tutor di seguito indicate:

- ogni richiesta non evasa nei tempi stabiliti viene inserita nel Programma Tutor e presa in carico dagli "Operatori TUTOR".
- tutti gli operatori TUTOR dovranno gestire in prima battuta le richieste inevase all'interno del territorio di competenza o dove il paziente ha effettuato un precedente esame allo scopo di garantire l'erogazione delle prestazioni richieste nei tempi dovuti ed avere analisi comparative oggettive sulla evoluzione della malattia.
- Nel caso in cui all'interno del proprio territorio, i Direttori del Distretto Socio Sanitario non siano in grado di soddisfare i bisogni le richieste di prestazioni verranno indirizzate al D.S.S. di Lecce per l'Area Nord e al D.S.S. di Maglie per l'Area Sud che provvederanno alla attivazione di sedute aggiuntive, al fine di garantire tutte le prestazioni.

Prestazioni in regime di ricovero.

Come previsto dal *PNGLA 2019-2021*, i criteri previsti per le visite e le prestazioni strumentali saranno allargate ai Ricoveri programmati. Per questi verranno definite delle classi di priorità coerenti con i criteri di cui all'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, riportati nella tabella:

Classe di priorità per il ricovero

Indicazioni

- A** Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- B** Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- C** Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- D** Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Al fine di assicurare equità nell'accesso, verranno istituite delle liste di attesa pubbliche nei singoli presidi ospedalieri o nei PTA dove vengono effettuate prestazioni in Day Service, utilizzando a questo fine gli strumenti informatici in dotazione presso l'Azienda.

All'atto della registrazione di una richiesta di ricovero programmato, al cittadino dovrà essere fornito un coupon di prenotazione ricovero riportante l'indicazione della classe di priorità, la posizione occupata nella lista di attesa, la durata presunta dell'attesa, le informazioni circa il pre-ricovero e ogni altra informazione ritenuta utile, secondo il modello organizzativo aziendale.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO O IN DAY SERVICE

PRESTAZIONI	STRUTTURE AZIENDALI DI RIFERIMENTO
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	PO Fazzi, PO Gallipoli, PO Scorrano, PO Copertino.
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	PO Lecce , PO Casarano.
Interventi chirurgici tumore maligno colon	PO Fazzi, PO Gallipoli, PO Scorrano, PO Copertino.
Interventi chirurgici tumore maligno retto	PO Fazzi, PO Gallipoli, PO Scorrano, PO Copertino.
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	PO Fazzi, PO Gallipoli, PO Scorrano, PO Galatina.
Interventi chirurgici per melanoma	Tutti i Presidi Ospedalieri
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	PO Fazzi
By pass aortocoronarico	PO Fazzi
Angioplastica Coronarica (PTCA)	PO Fazzi
Endoarteriectomia carotidea	PO Fazzi
Intervento protesi d'anca	PO Fazzi, PO Gallipoli, PO Scorrano, PO Copertino, PO Casarano
Interventi chirurgici tumore del Polmone	PO Fazzi
Colecistectomia laparoscopica	Tutti i Presidi Ospedalieri
Coronarografia	PO Fazzi
Biopsia percutanea del fegato	Tutti i Presidi Ospedalieri
Emorroidectomia	Tutti i Presidi Ospedalieri
Riparazione ernia inguinale	Tutti i Presidi Ospedalieri

L'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa verrà assegnato alle singole equipe sanitarie ospedaliere. Anche per queste verrà istituita una lista di attesa attraverso lo strumento informatico edotto e, tramite lo stesso, verranno rilevati i parametri di funzionalità. Anche per dette equipe, in caso di mancato rispetto dei tempi di

attesa, saranno applicate le misure previste dalla regolamentazione nazionale e regionale per la sospensione della attività libero professionale.

Potenziamento delle attività di Screening per le principali neoplasie

Screening per i tumori del colon retto.

Screening Colon Retto CCR

PREMESSA

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

Obiettivo:

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

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

Contesto attuale

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

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

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

Programmazione

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

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

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

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

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

Consegna dei referti negativi e richiami per approfondimenti diagnostici:

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

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

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

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

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

ALTRE AZIONI A SOSTEGNO DELLA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON RETTO

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

- a) *Diagnosi precoce e prevenzione sui familiari di primo grado di persone affette da tumori del colon-retto* Un paziente con cancro del colon retto su venti ha una Sindrome di Predisposizione Ereditaria al CCR. (LINEE GUIDA AIOM2018). In considerazione della percentuale dei tumori Eredo-familiari del CCR nella popolazione della provincia di Lecce e

la popolazione target sana (509 casi di CCR di cui oltre il 20% erodofamiliari -Registro Tumori Puglia-Sezione Lecce), fin dal giugno 2014 è attivo in ambito aziendale l'Ambulatorio "Prevenzione dei Tumori eredo-familiari", che ha lo scopo di individuare i soggetti ad alto rischio come da Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018. Il percorso dedicato ai tumori eredo familiari consentirà un intervento di offerta attiva di test diagnostici (colonscopia in prima battuta o FOBT in alternativa almeno 10 anni prima dell'età del caso indice), per coloro che abbiano un familiare di primo grado (genitori, figli) o due familiari di secondo grado (fratelli, nonni, zii) colpiti da carcinoma del colon-retto in età $\leq$ a 69 anni. In una prima fase il programma riguarderà tutti i nuovi casi diagnosticati.

- b) Iniziative per favorire il ricorso alla colonscopia a scopo di diagnosi precoce e prevenzione nella fascia di età 70-74 anni L'elevarsi dell'incidenza di cancro del colon-retto con l'età, rende consigliabile una maggiore attenzione alla popolazione asintomatica anche in età avanzata, favorendo l'accesso ad una colonscopia per le persone che non l'hanno mai eseguita in passato; per effetto della Legge Finanziaria n. 388 del 23/12/2000, tali accertamenti sono esenti da partecipazione alla spesa da parte del cittadino esenzione E01. E' compito prevalentemente dei Medici di Medicina Generale sensibilizzare le persone in questa fascia di età che non hanno mai eseguito indagini sul colon o che le hanno eseguite da più di 10 anni, a sottoporsi ad una colonscopia una volta nella vita.
- c) Cittadini sintomatici in possesso di impegnativa per colonscopia priorità B, previa valutazione dell'appropriatezza della richiesta secondo linee guida AIOM 2018.

Screening Mammografico.

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

1. U.O.S. di Senologia, Pad. Oncologico Lecce, (vengono chiamate le donne residenti nei DSS Lecce) 6 sedute settimanali
2. PTA di Campi (donne residenti nel DSS di Campi) 3 sedute settimanali
3. DSS di Martano (donne residenti nel DSS di Martano). 1 seduta settimanale
4. PTA di Maglie, (donne residenti nei DSS, Maglie, DSS Galatina,) 4 sedute settimanali di cui 2 per Maglie e 2 per Galatina
5. PTA di Nardò, (DSS Nardò). 2 sedute settimanali
6. PO Copertino, (solo donne residenti a Copertino e Leverano) 1 seduta settimanale
7. PO Gallipoli , (DSS Gallipoli) 3 sedute settimanali
8. PTA di Poggiardo (DSS di Poggiardo) 2 sedute settimanali
9. PTA di Gagliano del Capo, (DSS Gagliano). 3 sedute settimanali
10. PO Casarano (DSS Casarano) 2 sedute settimanali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nel 2016: 32,48 % , nel 2017: 42,73%, nel 2018: 47,04%, nel 2019: 49,75% (*estensione effettiva)²

Obiettivi 2020

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

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

Nello specifico sono state garantite:

1. agende di primo accesso per donne che non abbiano mai eseguito esame mammografico, con pagamento ticket ;
2. Visita, mammografia ed ecografia e successivi approfondimenti diagnostici per donne con sintomatologia mammaria, su richiesta del medico curante con priorità B (entro 10 giorni).
3. Mammografie per donne 45-49, gratuita ogni 18 mesi, con codice di esenzione D01.
4. Follow up di pazienti in trattamento per neoplasia, su richiesta del medico curante (codice 048).
5. Mammografia a donne sane, di età compresa tra i 20 e i 44 anni, donne che rinunciano allo Screening e donne sane con età superiore ai 70 anni. A queste è stato garantito l'accesso al

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

- programma di prevenzione con impegnativa del medico curante e con pagamento ticket.
6. Agende dedicate alle donne ad alto rischio per tumore della mammella (familiarità o portatrici di alterazione patogenetica)
 7. Sono state assicurate le prestazioni dopo la prima visita, se il senologo per continuità assistenziale, ha ritenuto utile un ulteriore controllo e/o approfondimento, con “specificato dubbio diagnostico” e con pagamento ticket.

Obiettivi 2020

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

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

Screening per tumori Cervico Vaginali.

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

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

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

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

Obiettivi 2020

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

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

Attività libero professionale intramuraria.

La regolamentazione nazionale e regionale in materia di tempi di attesa vincola le Aziende Sanitarie al rispetto dei tempi massimi stabiliti per singola prestazione, armonizzando le prestazioni rese in ambito istituzionale e quelle rese in ambito libero-professionale.

A tal fine, la ASL con le iniziative in precedenza indicate ha definito un Piano aziendale concernente i volumi di attività istituzionale che devono essere assicurate ai cittadini al fine di soddisfare le esigenze prestazionali legate a patologie acute o croniche.. Tali volumi sono legati alle singole Unità Operative, siano esse appartenenti a strutture ospedaliere e territoriali. La Asl predisporrà un piano contenente i volumi di attività libero-professionale intramuraria per le singole Unità operative (Piano aziendale ALPI) in applicazione dell'art. 1, co. 5 della L. 120/2007 e delle Linee guida regionali sull'attività libero-professionale intramuraria approvate con Regolamento regionale n. 2/2016.

A questo fine, si procederà allo sviluppo del sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che consenta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive consentendo al cittadino di:

- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
- pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- conoscere il costo della prestazione prenotata;
- rilevare i dati di monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni eseguite nell'ambito delle attività istituzionali e dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI), aggregati per Azienda, nonché dei volumi delle medesime prestazioni, riferiti – per ciascuna tipologia di prestazione – alle singole strutture ospedaliere o territoriali eroganti.

Qualora, a seguito del monitoraggio dei tempi d'attesa, i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale risultino inferiori a quelle erogate in regime di ALPI, ovvero si riscontri uno sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione, e non corretti con gli interventi in precedenza illustrati, il Direttore Generale procederà alla sospensione dell'erogazione delle prestazioni in libera professione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. Tale sospensione si applicherà esclusivamente alla tipologia di prestazioni ed alla specifica Unità Operativa per le quali si è registrato il disallineamento.

Nel periodo di sospensione, la Direzione Sanitaria Aziendale con il RULA e attraverso il coinvolgimento del Direttore della Struttura interessata, nonché del Direttore/dirigente del servizio interessato dal disallineamento, procederanno all'analisi delle criticità che hanno determinato il predetto disallineamento e ad attiveranno le ulteriori iniziative necessarie al superamento dello stesso.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni in libera professione è revocata al venir meno del disallineamento tra i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale e quelli delle prestazioni erogate in regime di ALPI o dello sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione.

L'Azienda prevede un potenziamento nell'acquisto delle prestazioni finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa, ricorrendo ai fondi ALPI ex art. 1, comma 4c, L. 120 del 03.08.2007, come modificato dalla L. 189 del 08.11.2012 ed ex art. 55 comma 2, lett. d) CCNL 08.06.2000.

Modalità di compilazione della richiesta di prestazione specialistica.

1. PRIMA VISITA/ESAME Specialistica/o

Per **prima visita/primo esame strumentale** si intende la visita/esame in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima; inoltre sono considerate **prime visite/esami** quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed una rivisitazione della terapia in atto.

Il medico prescrittore ha l'**obbligo** di segnalare sulla ricetta che si tratta di prima visita / esame strumentale (vedi modalità di prescrizione).

2. VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO / 2° ESAME SPECIALISTICO

Per visita successiva o "di controllo" si intende:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessita di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Il medico prescrittore ha l'**obbligo** di segnalare sulla ricetta che si tratta di seconda visita / esame strumentale (vedi modalità di prescrizione) e **deve provvedere direttamente alla prescrizione con prenotazione, utilizzando a questo fine le "agende riservate"**.

Casi particolari: nel caso in cui un paziente si presenti nell'ambulatorio per la prima visita e in un altro ambulatorio per il controllo, queste visite sono da considerarsi entrambe **prime visite** anche se riguardano lo stesso problema; viceversa se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite. Naturalmente queste situazioni denotano una inefficienza nel sistema e conseguentemente dovrebbero essere molto limitate nel numero.

E' **obbligo dello Specialista** la prescrizione della seconda visita / controllo e di qualunque ulteriore indagine reputata necessaria al fine del completamento dell'iter diagnostico. Questa situazione sarà direttamente gestita dallo specialista anche attraverso il supporto del tutor in caso di indagini non erogabili direttamente (esame TAC, RMN ...).

Al fine di evitare i disagi ai pazienti e limitare il fenomeno delle prescrizioni indotte sarà normalmente a carico del MMG l'impegnativa per le prime visite, mentre sarà compito dello specialista redigere l'impegnativa, che non ha scadenza temporale, per il controllo programmato indicato nell'ultimo referto.

E' obbligo del MEDICO PRESCRITTORE indicare sempre sulla richiesta il quesito diagnostico secondo le previsioni indicate nel manuale RAO AGENAS.

Modalita' di compilazione della richiesta

Il medico prescrittore **deve obbligatoriamente:**

- Indicare il quesito diagnostico
- Barrare l'indicazione del tipo di priorità di accesso " U, B, D, P"
- Indicare se trattasi di 1° Accesso o 2° Accesso: indicando 1 se si tratta primo Accesso; 0 (zero) se trattasi di secondo accesso.
- I codici 0 o 1 devono essere anteposti sulla ricetta , al quesito diagnostico.

Il form è diviso in diverse sezioni:

- SEZIONE 1:** Dati personali del richiedente (Cognome, Nome, Data di nascita, Sesso, Indirizzo, Città, Prov., CAP).
- SEZIONE 2:** Dati della famiglia (Cognome, Nome, Data di nascita, Sesso, Indirizzo, Città, Prov., CAP).
- SEZIONE 3:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 4:** Dati del medico (Cognome, Nome, Data di nascita, Sesso, Indirizzo, Città, Prov., CAP).
- SEZIONE 5:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 6:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 7:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 8:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 9:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 10:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 11:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 12:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 13:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 14:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 15:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 16:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 17:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 18:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 19:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).
- SEZIONE 20:** Dati della richiesta (Data di presentazione, Data di scadenza, Data di rinnovo, Data di ritiro).

Aziendale delle liste di attesa (RULA), con la funzione di porre in essere le iniziative e gli adempimenti volti all'attuazione del "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"; il RULA è responsabile dell'attuazione delle citate disposizioni di legge e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano aziendale sulle liste di attesa, delle attività di cui all'art. 1 della L.R. n. 13/2019 e provvede al controllo circa l'avvenuto adempimento; il RULA, Dirigente Medico dell'Azienda Sanitaria, sarà funzionalmente collegato alla Direzione Sanitaria, e sarà in costante raccordo con la U.O. Controllo di Gestione, e con la UOS Cup Aziendale. Dovrà garantire, altresì, un costante monitoraggio dei volumi di prestazioni, dei tempi di attesa e di ogni altro dato necessario al monitoraggio delle attività previste all'articolo 1 della L.R. n. 13/2019; curerà l'invio dei flussi informativi in materia, previsti dalle regolamentazioni aziendali, regionali e nazionali. Svolgerà inoltre funzioni di verifica e vigilanza sulle attività svolte in regime di ALPI, anche al fine di assicurare l'attuazione delle disposizioni previste dalla L.R. n. 13/2019 e dalla DGR 735/2019;

- questa Direzione Generale, oltre al RULA, individuerà con successivi atti:
 - Il Responsabile Aziendale per la diagnostica radiologica territoriale;
 - Il Responsabile Aziendale per gli Screening;
 - Il Responsabile Aziendale per la Gestione degli Ambulatori per le Cronicità;
 - Il Responsabile Aziendale per il CUP e per le liste di Tutela;
 - Il Responsabile Aziendale per la Libera Professione.

Ritenuto opportuno, alla stregua delle suesposte argomentazioni, procedere all'adozione del "Piano Aziendale di Governo dei Tempi di Attesa Anno 2019", allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la relazione istruttoria;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile dell'Istruttoria, Dott. Gabriele Verri (Assistente Amministrativo), e del Responsabile della Proposta, Dott.ssa L. Sonia Cioffi (Dirigente UOSD Affari Generali);

DELIBERA

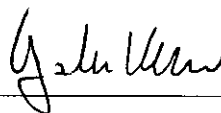
per le motivazioni in premessa esplicitate, che si intendono integralmente richiamate:

- **di adottare** il "Piano Aziendale di Governo dei Tempi di Attesa 2019", allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, con la precipua finalità di porre in essere gli adempimenti previsti dalle linee di indirizzo nazionali (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e regionali (Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa), volti a garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche in tempi certi e ragionevoli;
- **di riservarsi** di nominare, con successivo provvedimento, il Responsabile Unico aziendale delle liste di attesa (RULA), con la funzione di porre in essere le iniziative e gli adempimenti volti all'attuazione del "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"; questi sarà responsabile dell'attuazione delle disposizioni di legge finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente Piano e delle attività di cui all'art. 1 della L.R. n. 13/2019; provvederà al controllo circa l'avvenuto adempimento delle suindicate prescrizioni;

- **di trasmettere** copia del presente atto deliberativo al Dirigente UOS Ufficio CUP, al Direttore UOC Controllo di Gestione, al Dirigente Responsabile Ufficio ALPI, alle Direzioni Mediche ed Amministrative di Presidio, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alla UOSD Comunicazione ed Informazione Istituzionale, per gli adempimenti di rispettiva competenza, e a tutte le Strutture Aziendali;
- **di trasmettere** copia del presente atto alla Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti.

I sottoscritti attestano la legittimità e la conformità del presente provvedimento alla vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria.

Il Responsabile dell'istruttoria
Dott. Gabriele Verri



Il Dirigente UOSD Affari Generali
Dott.ssa L. Sonia Cioffi



Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Pastore

FIRMATO
Dott. Antonio PASTORE

Il Direttore Sanitario
Dott. Rodolfo Rollo

FIRMATO
Dott. Rodolfo ROLLO

Il Commissario Straordinario
Dott. Rodolfo Rollo

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
LECCE**

La presente Deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio *on line* all'indirizzo
<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/albo-pretorio> per un minimo di 15 giorni

dal 08 AGO. 2019 al 23 AGO. 2019

Lecce, 08 AGO. 2019

Il Responsabile della pubblicazione

IL DIRIGENTE U.O.S.D. AFFARI GENERALI
F.to Dott.ssa L. Santa CIOFFI