

## OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2014

### **RELAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE ESERCIZIO 2014 – Allegato f)** **Deliberazione D.G. n. 2008 del 9/12/2013**

#### Premessa

La presente relazione, che correda il bilancio di previsione esercizio 2014, è stata redatta tenendo conto dei contenuti minimi previsti dallo schema di relazione sulla gestione allegata al D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, con i necessari adeguamenti trattandosi di bilancio preventivo.

Nelle more dell'adozione del DIF per l'anno 2014, rimangono vincolanti gli indirizzi regionali già fissati nel "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012", approvato con L.R. n. 2 del 9/02/2011.

Il Bilancio di Previsione rappresenta per la ASL Lecce, quale azienda pubblica destinataria di risorse finalizzate alla tutela della salute, lo strumento principale nell'ambito del sistema di programmazione annuale e pluriennale.

Attraverso tale strumento l'Azienda persegue la realizzazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie regionali, in quanto vi alloca le risorse in relazione agli obiettivi assegnati al Direttore Generale e stabilisce le direttive del sistema di "budgeting" interno nelle quali si declinano gli obiettivi assegnati alle Macro-strutture con le relative risorse.

All'interno di tale sistema di programmazione, ed in coerenza con esso, trovano inoltre organico inquadramento tutte le attività finalizzate a formulare, rappresentare e comunicare ogni ulteriore strumento innovativo di programmazione, quale il "Piano della Performance" aziendale (D.Lgs 150/2009), nonché le iniziative finalizzate a garantire la trasparenza, la tracciabilità e la rendicontazione sociale di tutte le azioni amministrative della Azienda, ovvero di tutte le azioni adottate mediante atti pubblici, quali il "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione" (L. 190/2012), il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità" (D.Lgs 33/2013) ed il bilancio sociale.

Obiettivo dichiarato di tale sistema di programmazione è l'orientamento di ogni attività aziendale nel senso:

- della **appropriatezza**, intesa come capacità dell'intero sistema di erogare prestazioni corrette ed adeguate, sotto il profilo clinico, organizzativo ed amministrativo;
- della **sostenibilità**, intesa come capacità dell'intero sistema di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sia pure in un contesto di risorse decrescenti a fronte di bisogni crescenti ed emergenti.

#### **Piano strategico aziendale anno 2014**

Nel corso dell'anno 2013, questa Azienda, in ottemperanza agli indirizzi relativi al "Piano di rientro" ed alle conseguenti direttive regionali, ha proseguito nell'azione di riqualificazione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria perseguendo l'equilibrio economico complessivo. Le principali aree di intervento hanno riguardato:

- il completamento del riordino della rete ospedaliera già avviata nel 2011;
- il progressivo completamento della riconversione degli ospedali dismessi in Presidi Territoriali di Salute e l'ampliamento dell'offerta nell'area sociosanitaria (RSA, RSSA ed altre strutture residenziali e diurne previste dal R.R. 4/07);
- il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna;

- il contenimento dei costi del personale mediante il blocco del turn – over.

Tenendo conto delle azioni poste in essere e dei vincoli della programmazione regionale e nazionale (spending review), di seguito si delineano gli indirizzi strategici aziendali per l'anno 2014, fatte salve possibili diverse determinazioni regionali conseguenti al superamento del piano di rientro.

## **1) ASSISTENZA OSPEDALIERA**

### **A) STATO DELL'ARTE**

Nel corso del 2013, l'Azienda Sanitaria Locale Lecce ha assicurato l'assistenza ospedaliera mediante n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, l'Azienda ospedaliera "Ente Ecclesiastico G. Panico" di Tricase, n. 6 Case di Cura accreditate insistenti nel territorio provinciale.

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

### **B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO 2014 RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

Il progressivo riordino della rete ospedaliera, in attuazione delle disposizioni regionali (R.R. n. 18/2010 e R.R. n. 11/2012), verrà attuato perseguendo due obiettivi prioritari:

- Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare;
- Qualificazione dell'offerta ospedaliera mediante l'articolazione delle reti per patologia.

In coerenza con le linee guida di AGENAS relative alle reti ospedaliere nelle regioni in piano di rientro, recepite nello schema di Regolamento per i requisiti di qualità e sicurezza delle strutture ospedaliere approvato dal Ministero Salute, l'assetto della rete ospedaliera verrà strutturato secondo un sistema di crescente complessità assistenziale ("modello Hub and Spoke") all'interno del quale garantire i flussi di emergenza-urgenza:

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

La nuova configurazione della rete ospedaliera si integra, di fatto, con la rete dei presidi territoriali "governati" dai distretti socio-sanitari ("case della salute"), laddove si sta consolidando lo sviluppo organizzativo della presa in carico della cronicità (aree di degenza medica, UDT, con presenza di MMG), della riabilitazione, della patologia chirurgica eleggibile in "day service" o in "day surgery" de-localizzato. In tal senso sono già operativi i presidi territoriali di Campi Salentina, Gagliano del Capo, Maglie, e in corso di attivazione quelli di Poggiardo e di Nardò la cui organizzazione è stata definita nel corso del 2103 in accordo con gli Enti locali interessati.

## **2) ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'assistenza territoriale, articolata in rete, è garantita dalle seguenti strutture Aziendali:

1. I Distretti Socio-Sanitari
2. Il Dipartimento di Salute Mentale

3. Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
4. Il Dipartimento di Riabilitazione
5. Il Dipartimento di Prevenzione.

## 2.1) IL DISTRETTO

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

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

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

Dopo il riordino della rete ospedaliera e territoriale avvenuto nel 2003, l'ASL di Lecce è articolata in dieci distretti socio-sanitari con alcune articolazioni sub distrettuali, come di seguito riportato:

Popolazione per classi di età				
Distretto/Ambito	Numero giovani (0-14)	Numero adulti (15-64)	Numero anziani >=65	Totale Popolazione residente
<b>Campi Salentina</b>	11.805	57.386	19.352	<b>88.543</b>
<b>Casarano</b>	11.230	48.982	14.592	<b>74.804</b>
<b>Gagliano del Capo</b>	11.968	56.500	18.395	<b>86.863</b>
<b>Galatina</b>	8.086	39.589	13.551	<b>61.226</b>
<b>Gallipoli</b>	10.461	48.154	15.719	<b>74.334</b>
<b>Lecce</b>	23.471	113.257	35.424	<b>172.152</b>
<b>Maglie</b>	7.136	36.825	11.881	<b>55.842</b>
<b>Martano</b>	6.112	32.014	10.799	<b>48.925</b>
<b>Nardo'</b>	13.601	60.408	18.690	<b>92.699</b>
<b>Poggiardo</b>	5.707	29.514	10.561	<b>45.782</b>
<b>Totali</b>	<b>109.577</b>	<b>522.629</b>	<b>168.964</b>	<b>801.170</b>

Popolazione al 01.01.2012

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

a) **assistenza primaria e intermedia**: assistenza sanitaria di base comprendente la medicina e pediatria di famiglia, continuità assistenziale erogata dalle Guardie Mediche, assistenza di emergenza territoriale durante il periodo estivo ed in costante raccordo funzionale con il servizio di emergenza urgenza 118, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare integrata, assistenza sociosanitaria in strutture residenziali e semiresidenziali, assistenza in Hospice;

b) **assistenza specialistica**: erogata presso poliambulatori a gestione diretta e/o strutture convenzionate, e assistenza protesica in collegamento funzionale con il Dipartimento Aziendale di Riabilitazione;

c) **assistenza consultoriale**: tramite la rete aziendale dei Consultori Familiari;

d) **assistenza psicologica**;

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

f) **assistenza sociosanitaria**: erogata in raccordo con il Servizio Sociosanitario ed in integrazione con gli Ambiti territoriali sulla base della programmazione triennale contenuta nei Piani di zona. A tal fine il Distretto utilizza sistemi unitari di accesso Porte Unitarie di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

g) **assistenza farmaceutica** assicurata, in raccordo con l'Area Farmaceutica territoriale, per il tramite delle farmacie convenzionate e, per l'erogazione diretta, tramite farmacie distrettuali e/o ospedaliere.

Per assicurare gli altri livelli di assistenza territoriale il Distretto opera in integrazione funzionale con le articolazioni distrettuali dei dipartimenti territoriali: di Salute Mentale, per le Dipendenze Patologiche, di Riabilitazione e di Prevenzione.

#### OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO 2014 RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI DEI DISTRETTI

- Rafforzamento delle funzioni di governo clinico e presa in carico della cronicità finalizzate all'abbattimento del tasso di ospedalizzazione entro i limiti previsti dalla norma (160 ricoveri per 1.000 ab.). A tale fine, devono essere attuate in raccordo con l'UVAR procedure di monitoraggio dei ricoveri considerati ad alto rischio di inappropriatazza;
- Pieno sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata anche in attuazione degli accordi di programma sottoscritti con gli Ambiti territoriali per l'utilizzo delle risorse PAC, con l'obiettivo di raggiungere nel 2014 il risultato del 3,5% della popolazione anziana assistita in ADI.
- Garantire in raccordo con gli Ambiti territoriali e il Servizio Sociosanitario aziendale:
  - il pieno funzionamento delle strutture che assicurano l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari (PUA e UVM);
  - l'utilizzo a regime delle schede di valutazione e degli strumenti informativi adottati dalla regione Puglia;
  - la completezza e attendibilità dei flussi informativi relativi all'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale mediante la registrazione dei dati nel sistema Edotto;
- Consolidamento della metodologia RAO per il contenimento dei tempi di attesa mediante la predisposizione di agende utili alla gestione delle prestazioni U, B, D, P, come da DDG n. 1100 del 15/6/2012 per il governo dei tempi di attesa;
- Attivazione/potenziamento dei day service medici e chirurgici con individuazione degli specialisti di riferimento; ove essi non siano disponibili a livello distrettuali devono essere concordati con le strutture ospedaliere di riferimento come da DDG n. 1028 del 7/6/2012 Piano Aziendale per le attività in Day Service;
- Completamento dei processi di riconversione degli ospedali dismessi in Presidi Territoriali di Salute / Case della salute migliorando il percorso ospedale – territorio;
- Riorganizzazione, secondo le direttive aziendali, della rete consultoriale assicurando il pieno funzionamento delle equipe integrate “Affido/Adozione” e “Contrasto al maltrattamento e violenza di genere”;
- Attuare in ogni Distretto le azioni previste dalla riprogettazione aziendale del percorso nascita, ed in particolare:
  - Attivazione dei punti territoriali del percorso nascita;
  - Adozione di protocolli diagnostico-terapeutici-assistenziali distinti tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio;
  - Offerta attiva e Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN);
  - Adozione del “Libretto della gravidanza” che accompagnerà la donna nel percorso assistenziale territorio – ospedale – territorio;

- Adozione di percorsi integrati ospedale-territorio per le dimissioni precoci, l'assistenza domiciliare post partum e la pronta presa in carico del neonato da parte della pediatria di libera scelta;
- Attivazione presso ogni Consultorio Familiare dello "Spazio 0 – 1 anno" per i neo-genitori in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta;
- Attivazione di specifici percorsi formativi
- Ulteriore intensificazione del controllo sulla spesa farmaceutica con interventi mirati sui prescrittori ;
- Costituzione degli uffici di coordinamento delle attività distrettuali UCAD e rinnovo degli UDMMG là dove decaduti;
- Promozione delle forme di associazionismo complesso ;
- Sostegno delle funzioni amministrative da perseguirsi anche mediante la riallocazione del personale derivante dagli ospedali disattivati.

### **Assistenza sociosanitaria**

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

Tale previsione evidenzia la necessità di procedere ad una progressiva implementazione dell'assistenza sociosanitaria (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) anche al fine di recuperare maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e prescrizione di prestazioni sanitarie.

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

Nel corso del 2013 si è, inoltre, proceduto a recepire in un unico documento, Deliberazione D.G. n. 2005 del 5/12/2013, tutte le procedure che regolano l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari allineando le stesse alle ultime disposizioni regionali in materia.

Per quanto detto, nel rispetto degli indirizzi regionali su richiamati, fatte salve eventuali diverse disposizioni conseguenti all'adozione da parte della Giunta Regionale del documento di Indirizzo e Programmazione per l'anno 2014, di seguito si riportano le previsioni di spesa per l'anno 2014 per le diverse tipologie di assistenza afferenti all'area sociosanitaria.

#### **Assistenza Residenziale**

##### **Residenze Socio-sanitarie Assistenziali (RSSA)**

Nel corso dell'anno 2013, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 11 Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA) per un totale di n. 513 posti letto a fronte di un fabbisogno determinato sullo standard regionale di 7 p.l. Per 10.000 pari a n. 569.

Nel corso dell'anno 2014 si prevede l'assegnazione dei 56 posti ancora disponibili.

Occorre rilevare che la spesa complessiva per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle RSSA, corrispondente al 50% della retta stabilita dalla Regione Puglia, è oggetto di specifico rimborso da parte della Regione e pertanto non grava direttamente sul bilancio aziendale.

La stima dei costi di seguito riportata è stata effettuata sulla base delle nuove tariffe rideterminate dalla regione per le RSSA con autorizzazione definitiva pari ad € 92,90 per le strutture di fascia alta ed € 83,61 per le strutture di fascia media:

ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI NELLE RSSA DELL'ASL LECCE - ANNO 2014

Denominazione	Sede	Posti letto contrattualizzati	Tariffa massima	Quota sanitario	Spesa anno 2014 (su utilizzo del 90% p.l.)
Ispe - Linneo e Angelina Varese	Maglie	72	92,90	46,45	1.098.635,40
Ispe - Marangi Crispino	Lecce	72	92,90	46,45	1.098.635,40
Ispe . Padre Pio	San Pietro	15	92,90	46,45	228.882,38
Santa Rita	Alezio	78	92,90	46,45	1.190.188,35
Casa Serena	Matino	54	92,90	46,45	823.976,55
Fondazione Filograna	Casarano	34	92,90	46,45	518.800,05
Villa Iris	Trepuzzi	24	92,90	46,45	366.211,80
Villa Iris Fulgenzio	Lecce	23	92,90	46,45	350.952,98
Villa Modoni	Sogliano Cavour	49	92,90	46,45	747.682,43
Residenza Giada	Trepuzzi	62	83,61	41,80	851.340,60
La Fontanella	Soletto	30	92,90	46,45	457.764,75
Posti letto da assegnare		56	92,90	46,45	854.494,20
<b>TOTALE</b>		<b>569</b>			<b>8.587.564,88</b>

Alla luce di quanto sopra si ritiene congruo prevedere, per l'anno 2014, una spesa complessiva a carico della ASL pari ad € 8.587.564,88 stimata su un utilizzo medio del 90% dei 569 P.L. corrispondenti all'intero fabbisogno.

Come esposto in precedenza, il suddetto importo di € 8.587.564,88 viene registrato anche nella voce ricavi essendo oggetto di specifico trasferimento regionale.

– Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

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

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

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

La R.S.A "Villa Armonia" di Taviano (LE), con capacità ricettiva di n. 40. p.l., di cui 20 per pazienti affetti da Alzheimer, e la RSA "Euroitalia" di Casarano (LE), con capacità ricettiva di n. 42 p.l., di cui 10 per pazienti affetti da Alzheimer, sono state contrattualizzate nel 2012 nei limiti di un tetto di remunerazione annuo complessivo ed invalicabile corrispondente al 70% della potenzialità erogativa massima rinveniente dai posti letto accreditati in regime residenziale (modulo ordinario e modulo alzheimer).

Nel corso dell'anno 2013 entrambe le strutture hanno manifestato la necessità di un adeguamento del tetto massimo di spesa in quanto a seguito di regolari autorizzazioni da parte dei competenti servizi aziendali sono stati inseriti nelle medesime strutture utenti oltre il tetto stabilito e per i quali non è stato riconosciuto il fatturato eccedente.

A fronte dei suddetti rilievi entrambe le strutture con nota prot. n. 135698 del 13/09/2013 hanno dichiarato la non sostenibilità economica dell'assistenza per gli utenti regolarmente inviati oltre il tetto contrattualizzato.

Tenuto conto della fondatezza delle succitate richieste anche in considerazione che le autorizzazioni eccedenti spesso sono conseguenti a dimissioni ospedaliere protette (DOP) e che gli utenti ospitati presentano bisogni assistenziali di media-alta complessità, la Direzione ha ritenuto che sussistano le condizioni per l'anno 2014 di adeguare il tetto massimo fino al 100% della capacità erogativa relativa ai posti letto accreditati per i moduli ordinari previa integrazione degli accordi contrattuali in essere.

Nel corso del 2013, inoltre, è stato sottoscritto accordo contrattuale con la RSA per disabili "San Giovanni de' Matha", sita in Gagliano del Capo (Le), finalizzato ad accogliere utenti già in carico presso strutture ex art. 26 della Legge 833/78 ritenuti dimissibili ed eleggibili in RSA ai sensi dell'art. 2, lettera c del R.R. n. 8/2002. Con l'accordo sottoscritto è stata acquisita una parziale disponibilità dei posti letto accreditati pari a n. 40 posti letto in regime residenziale e n. 20 posti letto in regime semiresidenziale. I volumi massimi di attività contrattualizzati corrispondono a n. 10.950 giornate di degenza in regime residenziale e n. 5.200 giornate di frequenza in regime diurno.

La previsione di spesa complessiva per l'anno 2014, tenendo conto delle considerazioni su richiamate e degli accordi contrattuali in essere la spesa stimata per quote sanitarie in RSA è pari a € 7.611.331 di cui € 323.960 per prestazioni a ciclo diurno.

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

Per far fronte alla crescente domanda di assistenza residenziale in favore di disabili gravi senza il necessario supporto familiare e pazienti psichiatrici stabilizzati, nel corso dell'anno 2013 si è fatto ricorso alle strutture sociosanitarie di cui agli artt. 57, 58, 60, 60ter e 70 del R.R. 4/2007 (Comunità socio-riabilitative, RSSA per disabili, Centri diurni socio-educativi e riabilitativi, Centri diurni integrati per demenze, Case famiglia o Case per la vita per persone con problematiche psico-sociali).

Nelle more della definizione del fabbisogno regionale in materia di servizi residenziali e semiresidenziali a carattere sociosanitario, strumento indispensabile per la stipula di accordi contrattuali su base aziendale, tenuto conto degli indirizzi della programmazione regionale nonché dei programmi aziendali in ordine alla revisione dell'appropriatezza degli inserimenti nelle strutture riabilitative sanitarie con oneri a totale carico dell'Azienda, si ritiene congruo formulare la seguente previsione di spesa per l'anno 2014, a copertura delle quote di rilievo sanitario:

- l'assistenza c/o Case per la Vita dimensionata su 1,5 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 120 utenti, con una previsione di circa € 1.215.912,00 per n. 43.864 giornate annue.
- l'assistenza strutture residenziali per disabili dimensionata su 0,7 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 44 utenti c/o Comunità socio-riabilitative, con una previsione di circa € 723.760,00 per n. 16.060 giornate annue; e n. 12 utenti c/o le RSSA per disabili con una previsione di circa € 154.176,00 per n. 4.380 giornate annue.
- l'assistenza c/o Centri diurni socio-educativi e riabilitativi dimensionata su 2 p.l. X 10.000 ab, corrispondenti a n. 163 utenti, con una previsione di circa € 1.319.832,00 per n. 42.411 giornate annue.

## **2.2) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Il Dipartimento di Salute Mentale comprende una rete di strutture territoriali, ospedaliere, residenziali e a ciclo diurno che consentono di assicurare, sull'intero territorio aziendale, la continuità terapeutica basata sulla presa in carico degli utenti attraverso percorsi multidisciplinari.

### **a) Centri di Salute Mentale**

L'assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare viene garantita da una rete di n. 10 Centri di Salute Mentale, coincidenti con gli ambiti territoriali dei Distretti Socio-Sanitari, che copre in maniera razionale il territorio provinciale.

Tuttavia, da una ricognizione della funzionalità dei C.S.M., emerge la necessità, non più derogabile, di risolvere le criticità strutturali ed organizzative che non hanno consentito di raggiungere l'obiettivo regionale dell'apertura h12.

Per l'anno 2014, si conferma, pertanto, la programmazione del D.S.M. che prevede un progressivo avvicinamento all'obiettivo regionale con l'apertura h/12 dei seguenti Centri di Salute Mentale:

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

#### **b) Riabilitazione psicosociale**

Le attività di riabilitazione psicosociale hanno assunto, nel tempo, una crescente rilevanza in quanto costituiscono l'insieme delle cure intermedie, residenziali e diurne, con diverso grado di complessità assistenziale che dovrebbero assicurare il graduale passaggio degli utenti verso la rete delle strutture sociosanitarie ovvero il reinserimento nelle comunità locali.

Il DSM assicura parte di queste attività con le seguenti strutture a gestione diretta:

- n. 5 Comunità Riabilitative Residenziali Psichiatriche (C.R.A.P.).
- n. 6 Strutture Riabilitative Diurne (C.D.), collegate ai C.S.M. di riferimento.

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

Nell'ambito dell'attività riabilitativa vengono riconosciuti prioritari gli interventi di riabilitazione al lavoro degli utenti psichiatrici ed il loro effettivo inserimento nel mondo produttivo. A tal fine occorre dare piena attuazione alla DGR n. 471 del 23/02/2010, con la quale sono state adottate le Linee Guida Regionali ed il Protocollo d'Intesa Istituzionale tra ASL, Province e Comuni per la realizzazione di percorsi integrati finalizzati all'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici.

Sul versante della risocializzazione si conferma anche per l'anno 2014 l'organizzazione e la partecipazione al Torneo Internazionale di Calcio a 6, che prevede la presenza di 20 squadre composte da Persone in carico ai Centri di Salute Mentale delle regioni italiane e la partecipazione di squadre di nazioni europee.

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

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

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

#### **c) Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **e) Unità Operative Semplici Dipartimentali**

Centro per la cura e la ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.): si occupa di patologie di notevole rilevanza sociale e in crescente aumento che interessano soprattutto i giovani, quali l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa, i Disturbi del Comportamento Alimentare NAS, etc... Sulla base delle risorse disponibili si potrà avviare un programma di potenziamento delle attività del Centro, attraverso l'istituzione di:

- strutture di 1° livello (ambulatoriale), da allocarsi all'interno del Poliambulatorio dei distretti sociosanitari, integrate con il C.S.M., individuando sedi che garantiscano la più efficace e funzionale copertura dell'intero territorio di ASL;

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

#### **f) Unità Operativa di Psichiatria Penitenziaria**

Come previsto dal D. Lgs. n.230 del 1999, è stata attivata l'U.O. per l'assistenza psichiatrica nell'Istituto Penitenziario di Lecce. Si rende, pertanto, necessario dare seguito alle previsioni di cui al DPCM 1 aprile 2008 ed alle successive disposizioni impartite dalla Regione Puglia nonché alle previsioni di cui al P.S.R..

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

#### **g) Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**

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

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

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

### **2.3) DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Per poter garantire la erogazione dei LEA in ambito tossicologico e delle dipendenze, si rende necessario programmare il potenziamento degli organici anche al fine di garantire l'esigenza prioritaria delle attività assistenziali nella Struttura Penitenziaria. Occorre dare ulteriore impulso alle attività assistenziali collegate alle Dipendenze Patologiche sia di tipo preventivo che clinico-assistenziale. Particolare attenzione dovrà essere posta alle attività di recupero ed inserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti che hanno completato il percorso riabilitativo favorendo la collaborazione con gli ambiti di zona per le attività connesse all'integrazione sociosanitaria. Per l'anno 2014 è prevista la piena funzionalità del centro territoriale di San Cesario, dove sono già state trasferite le attività territoriali del SERT e sono in corso di trasferimento i servizi di psicologia collegati, oltre al Centro "Fiocco Rosso" per le attività di contrasto alla diffusione dell'HIV/AIDS.

### **2.4) DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**

Il dipartimento di riabilitazione è attualmente strutturato come segue:

- componente ospedaliera “Polo riabilitativo ospedaliero di San Cesario” cui afferiscono le UU.OO. di Medicina fisica e riabilitazione, Riabilitazione respiratoria e Riabilitazione cardiologica.
- componente territoriale che comprende l'U.O.C. “Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione” cui afferiscono i servizi di “Riabilitazione neuropsichica dell'età evolutiva”, “Foniatra e riabilitazione dei disturbi della comunicazione”, “Riabilitazione ex art. 25”, “Riabilitazione ex art. 26”, il “Centro di ipovisione” attivo presso l'Istituto Antonacci di Lecce, l'ambulatorio dedicato di “Riabilitazione post – mastectomia”, nonché i dieci Presidi Riabilitativi Distrettuali coincidenti con i Distretti sociosanitari.

Per quanto attiene la riabilitazione territoriale si confermano gli indirizzi programmatici già fissati per l'anno 2013, ed in particolare:

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

Nel bilancio allegato sono riportate le voci di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie ex art. 26 della legge 833/78 erogate dalle strutture private accreditate che hanno sottoscritto con l'Azienda accordi contrattuali nell'anno 2013 secondo il nuovo schema regionale di contratto ex art 26 della legge 833/78 approvato con D.G.R. n. 1668 del 07/08/2012.

I contratti sottoscritti nel corso dell'anno 2013 per le prestazioni riabilitative ex art. 26 di internato, seminternato, ambulatoriale e domiciliare hanno tenuto conto del nuovo tetto di spesa fissato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1169 del 09/07/2013, in € 8.078.155,44 importo inferiore al tetto di spesa complessivo per l'anno 2012.

Tale riduzione è stata operata sulla scorta della riconversione di n. 40 p.l. in regime residenziale e n. 20 p.l. in regime semiresidenziale dell'Istituto “Provincia della Natività BVM-O.SS.T. - Casa Madre del Buon Rimedio” di Gagliano del Capo, in altrettanti posti letto di RSA per disabili gestita dal medesimo Istituto. La riconversione ha prodotto una riduzione del tetto di spesa assegnato all'istituto passando da un valore complessivo di € 5.142.336,86 per l'anno 2012 ad un tetto di spesa per l'anno 2013 pari € 4.901.643,23.

Da quanto detto la previsione di spesa per l'acquisto di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 ammonta complessivamente per l'anno 2014 ad € 11.531.391,31 suddivisa nei Conti Economici di competenza come di seguito illustrato:

- **Assistenza Riabilitativa semiresidenziale da privato intraregionale:** la spesa complessivamente prevista per l'anno 2014 è pari a € 2.637.601,24 ed è inferiore rispetto all'anno precedente in conseguenza della riconversione operata sui p.l. dell'Istituto Padri Trinitari sopra menzionato. La spesa per l'acquisto di prestazioni semiresidenziali, erogate dalle strutture private accreditate, è suddivisa così come di seguito riportato:

ASSISTENZA RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE IN ISTITUTI ART.26 DELLA L.833/78 DA PRIVATO (INTRAREGIONALE)	
STRUTTURA	PREVISIONE 2014
PADRI TRINITARI	€ 1.672.128,89
EUROITALIA	€ 478.784,74
SANTA CHIARA	€ 486.687,61
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.637.601,24</b>

Sullo stesso conto graverà la spesa per progetti riabilitativi speciali da realizzare nel corso del 2014 ( riabilitazione in acqua, pet therapy e altri ) per una spesa di € 160.000,00.

Pertanto complessivamente la previsione di spesa da imputare sul CE 70611000135 ammonta a € 2.797.601,24.

- **Assistenza Riabilitativa residenziale in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato intraregionale:** la spesa complessiva per l'anno 2014 prevista è pari a € 3.474.187,42 (ridotta rispetto ai complessivi € 3.670.521,67 della previsione dello scorso anno sempre per effetto della riconversione operata sui p.l. dell'Istituto Padri Trinitari) suddivisa come di seguito indicato tra le strutture private accreditate:

ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE IN ISTITUTI ART.26 DELLA L.833/78 DA PRIVATO (INTRAREGIONALE)	
STRUTTURA	PREVISIONE 2014
PADRI TRINITARI	€ 2.574.058,75
EUROITALIA	€ 900.128,67
<b>TOTALE</b>	<b>€ 3.474.187,42</b>

- **Assistenza Riabilitativa domiciliare in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato intraregionale:** nel corso dell'anno 2013 sono stati assegnati complessivamente n. 5 moduli equamente suddivisi tra le tre strutture operanti sul territorio provinciale. La spesa complessiva prevista per l'anno 2014 conferma l'assegnazione alle tre strutture di complessivi cinque moduli con un costo ripartito per ciascuna struttura secondo lo schema seguente:

ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE ART.26 DELLA L.833/78 DA PRIVATO (INTRAREGIONALE)	
STRUTTURA	PREVISIONE 2014
PADRI TRINITARI	€ 655.455,59
EUROITALIA	€ 655.455,59
SANTA CHIARA	€ 655.455,59
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.966.366,77</b>

- **Assistenza riabilitativa residenziale in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato extraregionale:** per l'anno 2014 la spesa prevista per le prestazioni riabilitative in regime di ricovero erogate da istituti extraregionali ex art. 26 della L.833/78 a favore pazienti residenti nel territorio della Asl Lecce ammonta a € 1.000.000,00. Tale spesa si riduce rispetto alla previsione dell'anno 2013 ( € 1.200.000,00) tenuto conto della tendenza al trasferimento degli utenti residenti nella Asl Lecce da strutture extraregionali ex art. 26 a strutture presenti nel territorio di tipo sanitario e socio-sanitario.
- **Assistenza riabilitativa semiresidenziale in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato extraregionale:** per l'anno 2014 si riconferma per l'assistenza riabilitativa semiresidenziale extraregionale da privato accreditato (che comprende le prestazioni erogate in regime semiresidenziale e ambulatoriale) una spesa prevista pari a €

50.000,00 tenuto conto delle richieste che pervengono da parte di cittadini utenti residenti nella Asl Lecce ma temporaneamente domiciliati in altre Regioni ;

- **Assistenza riabilitativa domiciliare in istituti schema tipo art. 26 della legge 833/78 da privato extraregionale:** nel corso dell'anno 2014 la spesa prevista per trattamenti riabilitativi domiciliari a favore di cittadini residenti nella Asl Lecce ma temporaneamente domiciliati in altre regioni per motivi di salute, lavoro o di avvicinamento al nucleo familiare resta sostanzialmente invariata rispetto all'anno 2013 ed è pari a pari a € 10.000,00;
- **Trasporto assistiti e disabili:** la spesa prevista per il servizio trasporto disabili presso gli ambulatori di riabilitazione per l'anno 2014 è pari a € 2.233.235,88. Tale spesa è maggiore dello scorso anno in quanto tiene conto dell'aggiornamento degli importi fatturati mensilmente dalla ditta aggiudicataria della gara per l'adeguamento ISTAT. Il costo mensile del servizio trasporto disabili continua ad essere interamente liquidato e pagato dalla Asl Lecce che anticipa anche la quota a carico degli Ambiti Territoriali pari al 60% del totale fatturato.

### 3) PREVENZIONE

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

### 4) INDIRIZZI SULLA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA

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

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

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

#### ***Spesa per accordi contrattuali con le strutture private accreditate:***

- ▶ **Case di Cura** (attività di ricovero): la previsione di spesa per l'anno 2015 tiene conto di quanto già indicato dal Piano di Rientro 2010-2012 nonché di quanto previsto dalla legge n. 135/2012 in materia di revisione della spesa pubblica, nell'ambito della programmazione regionale aggiornata con le nuove "pre-intese" con le strutture accreditate.
- ▶ **Strutture ambulatoriali:** la previsione di spesa per l'anno 2014 tiene conto di quanto già indicato dal Piano di Rientro 2010-2012, di quanto previsto dalla legge n. 135/2012 in materia di revisione della spesa pubblica, nonché di quanto previsto dalla normativa regionale in materia di standard prestazionali quali-quantitativi per le prestazioni emodialitiche; resta prioritario per la ASL di Lecce garantire l'accesso dei cittadini alle prestazioni di PET-TAC, mediante "addendum" contrattuale con la struttura accreditata detentrica della strumentazione, nelle more della installazione della PET-TAC pubblica.

#### ***Razionalizzazione della spesa farmaceutica***

L'andamento dell'assistenza farmaceutica territoriale SSR nel triennio 2011-2013, evidenzia un netto decremento sia in termini di spesa che di consumo.

Importante è l'aumento della prescrizione di farmaci equivalenti registrato nella maggior parte delle categorie ATC oggetto di genericazione.

Un'attenzione particolare va riservata alla farmacovigilanza, in quest'ottica, sono stati organizzati, in accordo con la Direzione Sanitaria Aziendale, incontri specifici con i Medici Ospedalieri ed i centri vaccinali, per incrementare la cultura aziendale della segnalazione delle sospette reazioni avverse.

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

In quest'ambito assume una valenza prioritaria il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei piani terapeutici, delle "Raccomandazioni antipsicotici", dei monitoraggi sulle prescrizioni di ossigeno, tiotropio, farmaci afferenti alla nota Aifa 74, statine, farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACEi e sartani), antimicrobici per uso sistemico (antibiotici).

## **CONCLUSIONI**

Con gli interventi sopra descritti è stato possibile formulare il bilancio di previsione per l'esercizio 2014 in pareggio. Nel perseguimento dell'equilibrio economico complessivo saranno coinvolte tutte le strutture aziendali dando maggiore impulso alle attività di monitoraggio, al pieno sviluppo dei sistemi gestionali budgetari correlati alla misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale.

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

Il Direttore Generale  
Dr. Valdo Mellone

## Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa anno 2014.

Al fine di pervenire ad un compiuto sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs 150/2009, sono state predisposte, con riferimento alle diverse articolazioni aziendali, delle schede di valutazione bilanciata articolate nelle seguenti dimensioni:

- Flussi informativi
- Attività
- Appropriatelyzza
- Efficienza
- Accessibilità
- Formazione

Per ogni dimensione valutativa sono stati definiti, coerentemente con gli indirizzi della programmazione regionale e le direttive strategiche aziendali contenute nel bilancio di previsione 2014:

- Obiettivi
- Azioni
- Indicatori
- Risultati attesi

Le schede così predisposte contengono, altresì, un sistema di valutazione che fa riferimento alla metodologia utilizzata dal Ministero per la valutazione dei LEA regionali e dalla Regione Puglia per la valutazione dei Direttori Generali delle aziende sanitarie.

In allegato si riportano le schede proposte relative a:

- Unità di degenza
- Servizi ospedalieri
- Distretti sociosanitari
- Dipartimenti
- Aree e uffici di staff.