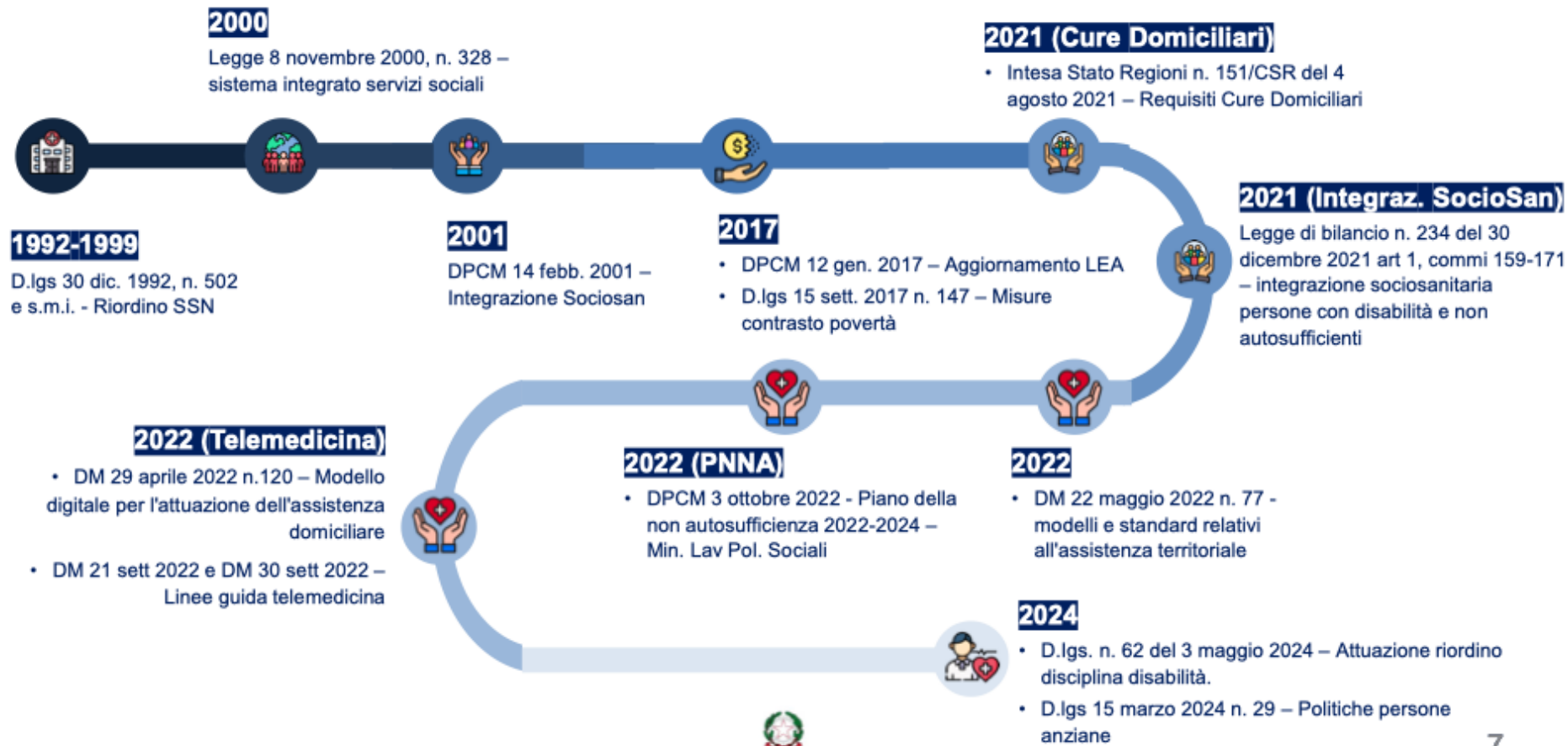


Il Piano delle attività territoriali. Gli interventi ad alta integrazione socio sanitaria.
Stratif IA e strumenti di simulazione ed ottimizzazione dei servizi. Medicina di Prossimità AI

- ASL Lecce - Distretto Socio Sanitario di Lecce

**Autori: Maria Elisabetta Mormile , Domenico Russo,
Maria Nacci, Stefano Rossi, Rodolfo Rollo.**

Evoluzione normativa sociosanitaria



Recenti sviluppi normativi sull'integrazione socio-sanitaria – focus Persone Anziane e Persone Disabili

Legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Legge di Bilancio 2022” Art. 1, comma 163
Inserimento della sede operativa dei PUA presso le “Case della comunità”.

Decreto 23 maggio 2022, n. 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN *Allegato 1, paragrafo 3*

Legge 23 marzo 2023, n. 33 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane *Art. 4, comma 1*

Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29 Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della Legge 33 del 2023

DECRETO LEGISLATIVO 3 maggio 2024, n. 62 Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

DM/77 prevede

Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà' di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.



anagrafe assistiti;

assistenza domiciliare;

esenzioni per patologia;

concessione di presidi/ausili previsti
dal nomenclatore;

schede di dimissione ospedaliera;

Trattamento a lungo termine di
ossigeno liquido o gassoso;

specialistica ambulatoriale a
gestione diretta;

assistenza residenziale e
semiresidenziale;

specialistica ambulatoriale
accreditata;

Assistenza Protesica;

farmaceutica convenzionata;

Somministrazione di vaccini.

distribuzione diretta di farmaci;

**Dai Dati Amministrativi Correnti al Sistema di
Controllo Direzionale per le case della comunità**

DSS di Lecce

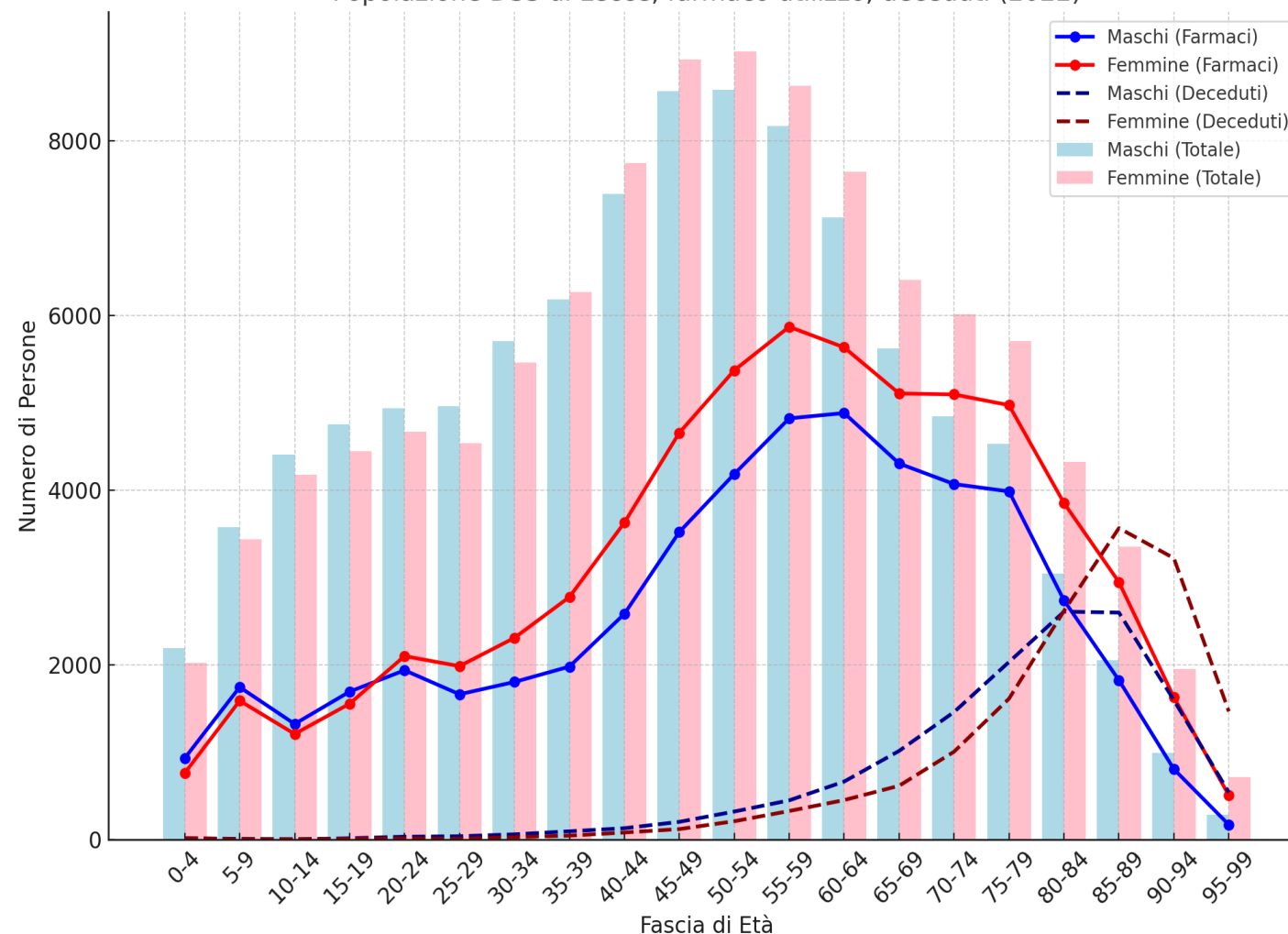
L'analisi aggiornata dei dati demografici del Distretto di Lecce, evidenzia quanto segue:

Popolazione Totale: 198.696

- Totale Maschi: 95.071
- Totale Femmine: 103.625
- Età Media: 48,38 anni
- Gruppo più popoloso. 50-54 anni.

Pazienti deceduti: 2.197 Nuovi nati: 1.076

Popolazione DSS di Lecce, farmaco utilizzo, deceduti (2022)



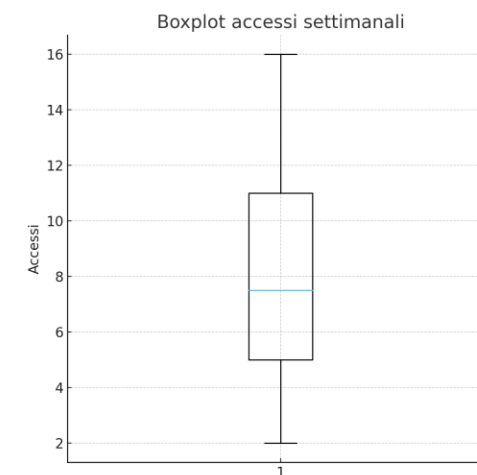
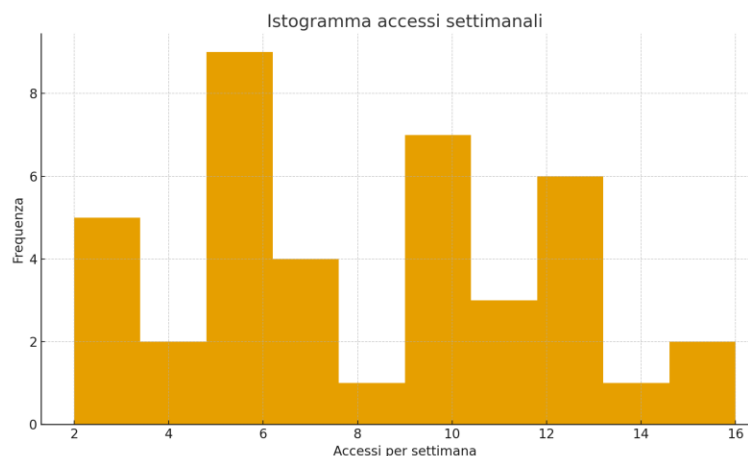
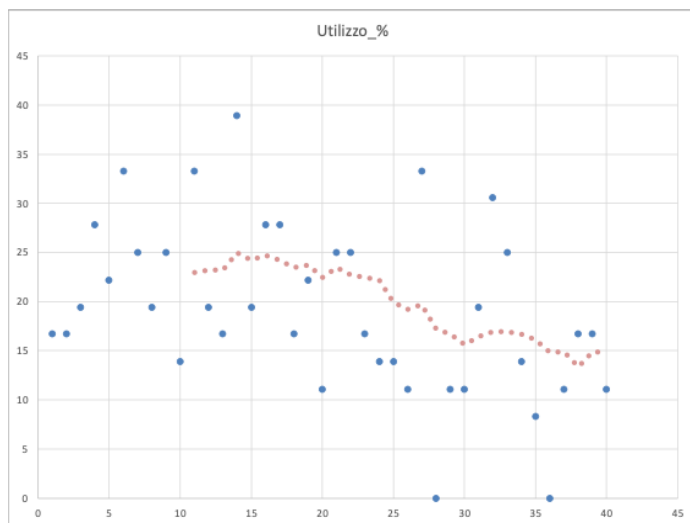
SISTEMA DI SIMULAZIONE ED OTTIMIZZAZIONE **MEDICINA DI PROSSIMITAI**

Stima fabbisogno settimanale
Servono circa **2,5 ORE A SETTIMANA**

■ Analisi di contesto

- Apertura di un ambulatorio cardiologico al Fazzi
- Focus su pazienti con problemi di ritmo cardiaco
- Analisi settimanale accessi PS per 'alterazioni del ritmo'
- Periodo: gennaio-settembre 2025
- Totale accessi: 327

I



**Cronicità
Complessa**
4% - 7.200

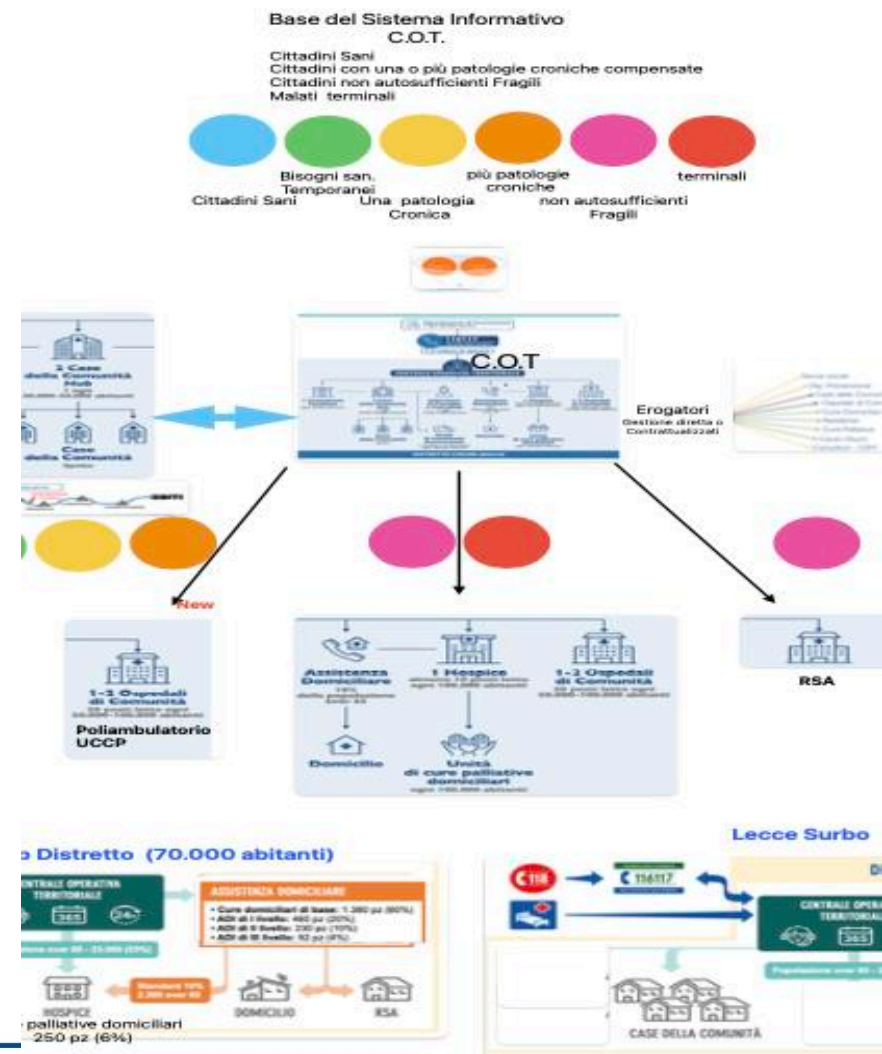
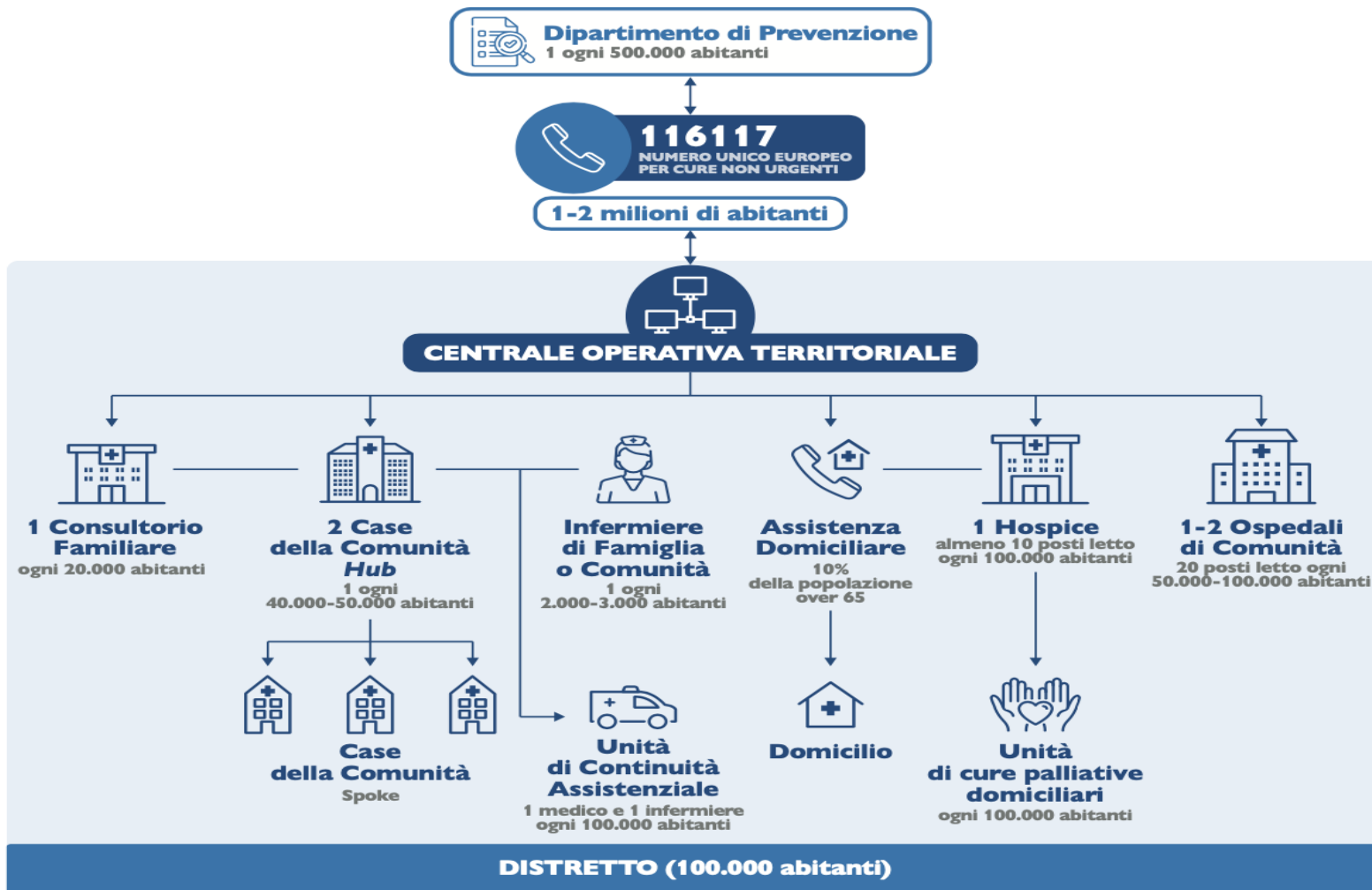
**Cronicità
Semplice**
39% - 66.600

**Sani o
Temporaneamente
ammalati** 57% - 102.000

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio- alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra- ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

LE PATOLOGIE CRONICHE.

- **1.Diabete mellito:** **11.195** pazienti (**25.047** quelli che assumono ipolipemizzanti orali).
Nota 100: 3.644 pazienti.
- **2.Malattie cardiovascolari:****48.642** pazienti; **580** nuove procedure di rivascularizzazione all'anno.
Nota 97: 5.467 (FANV); **1.117** anno 23' e **1.192** (anno 24') pazienti con farmaci soggetti a piani terapeutici (Ipercolesterolemia e Scompenso Cardiaco)
- **3.Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO):** **5.234** pazienti; nota 99: 5.234, nota 82: 952
- 4.Malattie reumatiche:** **349** esenti per circa 500 pazienti. Nota 96, Osteoporosi: 25.453 pazienti
- 5. malattie neoplastiche:** **4.327** cittadini con esenzione; **506** ricoveri/aa pazienti che hanno assunto farmaci L01: **3.442**; **1.703** farmaci soggetti a piani terapeutici .
- 6. malattie neurologiche** **2.046** pazienti (Epilessia, M. di Parkinson **1.334**, demenza **586**,):



- Nelle intenzioni

- Nella realtà



Sanità

in rosso

Pronto soccorso e 118 al collasso sotto il peso dell'estate e della mancanza di medici divenuta cronica nell'Asl L'emergenza assistenziale è evidenziata dai numeri: oltre 1.400 ospedalizzazioni in 7 giorni al Fazzi di Lecce La Regione Puglia intanto prova a correre ai ripari Varato il nuovo accordo (Air) per il personale sanitario

Picco di accessi in ospedale e 1.000 soccorsi in 3 giorni Soffre l'emergenza-urgenza

Andrea TAFURO

Ospedali e reparti dell'emergenza sono saturati. In Asl Lecco la pressione, con un aumento significativo degli accessi ai pronto soccorso e un sovraccarico dei ricoveri, è aumentata con l'inizio della stagione estiva. I numeri degli ultimi giorni di luglio rivelano un incremento preoccupante rispetto al periodo precedente, evidenziando una situazione critica tra carenze di posti letto e insufficienti di misure che la Regione ha messo in atto per far fronte con misure straordinarie.

Nel Salento, il servizio di emergenza urgenza è chiamato quindi a un impegno crescente. In appena tre giorni sono state registrate 100 chiamate al numero del 118 tra Lecce e i comuni della provincia. Il 5 luglio scorso sono stati registrati 308 interventi. Il 14 passato, trasportati in ospedale (28 a Lecce, 26 a Casuarina, 22 a San Cesario, 25 a Cortina) e a seguire negli altri

Insufficienza negli organici di medici e infermieri che si riscontra anche nel pronto soccorso in particolare in quello di Lecce dove sono soltanto 20 i medici bianchi in servizio incluso il primario Marinella Marrazzo, a fronte di una pianta organica che ne prevede 30. Tuttavia il nosocomio - Dca di secondo livello - è preso d'assalto da urgenze e accessi autonomi dei pazienti: le ospedalizzazioni al "Fazzi" nella settimana 1-7 luglio sono state 1.484 (201 con ambulanza).

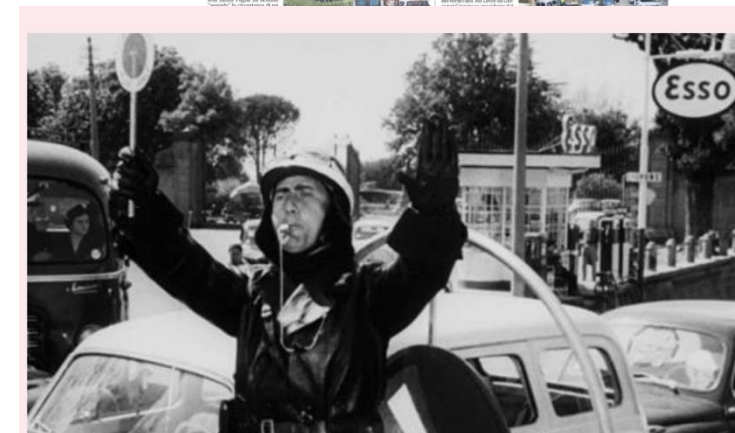
garantire i soccorsi anche nelle condizioni più disagiate. Il servizio è un composto aggiuntivo che, in zone disagiate, può arrivare a 75 euro l'ora, oltre alle maggiori spese per l'ambulanza, l'assistenza e l'automobile, per il periodo di massima affluenza (15 giugno-21 agosto) e per il servizio diurno.

Il piano prevede anche la trasformazione delle ambulanze "Victor" in "India" (con infermiere e soccorritore) e la creazione di un servizio più qualificato con personale in grado di fornire una prima assistenza similare a quella ospedaliera.

La situazione della carenza di personale medico nel PUG è drammatica in tutta la Puglia e, in particolare, nella Basilicata, dove, se ne sono in servizio solo 199 con un deficit di 331 unità. Nel Salento, ad esempio, ci sono solo 25 medici su 254 posti. Le previsioni economiche della Asl pugliese indicano una spesa complessiva di oltre 2,5 milioni di euro per



La situazione della carenza di personale medico nel 2018 è drammatica in tutta la Puglia: su 18 ospedali previsti dal piano sanitario regionale, ce ne sono solo 10 con un deficit di 331 unità. Nel Salento, ad esempio, ci sono solo 10 medici per 100 mila abitanti, contro le 20 unità necessarie per le economie della Asl pugliese. Si indicano una spesa complessiva di oltre 2,5 milioni di euro per



Criticità Transizione ospedale-territorio

- Assenza di **posti letto di Geriatria, lungodegenza e riabilitazione nei PO Pubblici**
- Mancata attivazione di un Ospedale di Comunità
- Assenza di disponibilità di **posti letto in RSA** o altra residenzialità;
- Difficoltà oggettive nella attivazione di ADI di livello 3

Criticità Transizione territorio-territorio

- Limitato numero di **infermieri** per l'ADI a gestione diretta;
- **Accreditamento**: Presenza di un regolamento regionale ma mancato accreditamento di strutture eroganti attività di assistenza nei territori, mancata definizione del fabbisogno;
- Mancata attribuzione delle **risorse economiche** PNRR per il pagamento dei servizi ADI esternalizzati;
- Difficile **integrazione** con gli **ambiti sociali di zona** per mancata approvazione del **LEPS**;
- Mancata attivazione del **Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria** e delle forme associative complesse **AFT e UCCP**.
- Limitata offerta di **posti letto residenziali** per non autosufficienti
- Poliambulatori intasati per **liste di attesa** dovute a controlli di pazienti con patologia cronica.
- Servizi di telemedicina poco sviluppato

Transizione territorio-ospedale

- Mancata organizzazione di **percorsi** per il ricovero di **pazienti con cronicità**
- Presa in carico dei pazienti (**cod gialli**) **nell'astanteria e nel pronto soccorso Ospedaliero** per giorni, in assenza di **PL nei reparti di area geriatrica** o a maggiore flusso di pazienti di area chirurgica (Ortopedia, Urologia)
- Mancata presenza di disponibilità di **Ospedali di Comunità** per l'osservazione breve e la pre ospedalizzazione
- Mancanza di un **filtro nel territorio** nelle giornate prefestive e festive

Soluzioni possibili 1

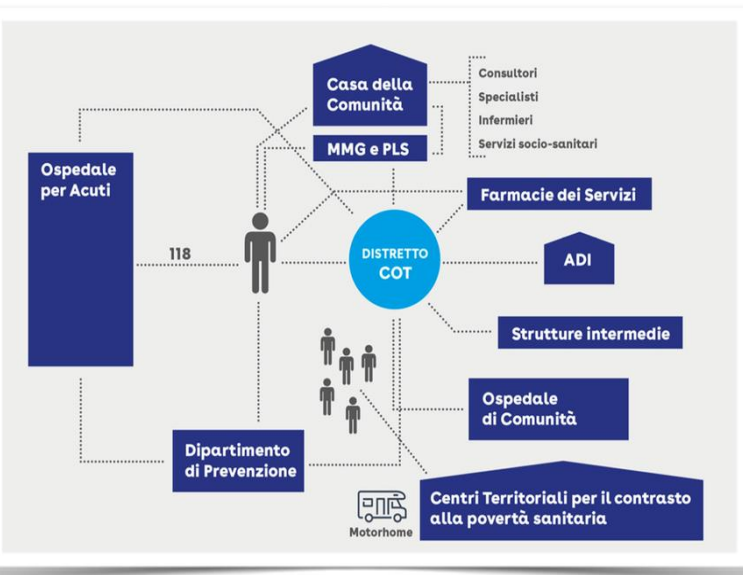
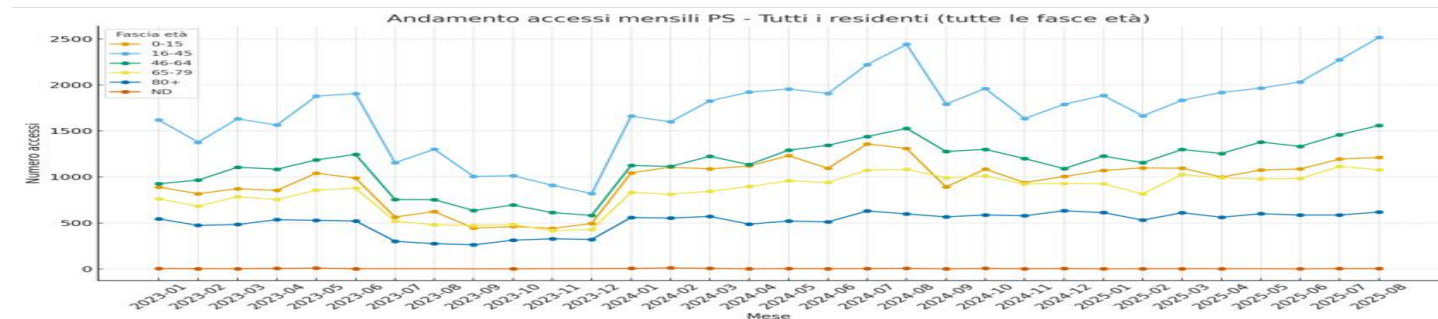
- Potenziamento della COT, con assegnazione ex ante di posti di degenza Ospedalieri o RSA o Ospedali di comunità;
- Progettazione di strumenti avanzati di IA per un Bed management o e per la riorganizzazione con ottimizzazione dell'offerta sulla base dei bisogni locali di cura e assistenza
- Sviluppo di Sistemi in grado di passare dall'analisi retrospettiva a una prospettica, finalizzata a predire il rischio di progressione sfavorevole verso stadi peggiori di malattia o verso la non autosufficienza.
- Attivazione di forme organizzative complesse della Assistenza primaria (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali interni) AFT, UCCP;
- Riordino organizzativo della Guardie Mediche e attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale diurne;
- Accredimento delle strutture che erogano prestazioni di ADI;
- Potenziamento della rete delle cure palliative domiciliari;
- Attivazione degli Ospedali di comunità e dei PL R1;
- Reclutamento degli infermieri di Comunità da assegnare alle case della comunità e alle AFT del MMG.
- Migliorare l'integrazione socio sanitaria attraverso la regia unica dei servizi finali.

Soluzioni possibili 2

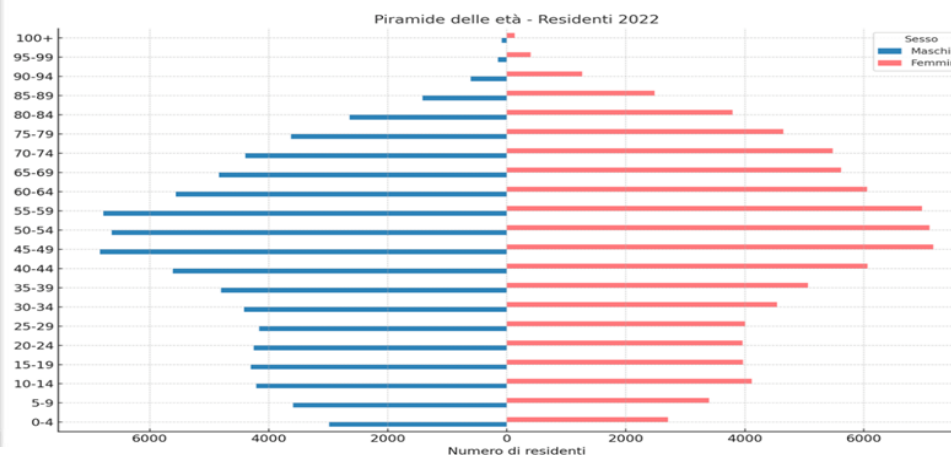
- Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale e dallo specialista per la diagnosi, stadiazione, controllo delle complicanze delle malattie croniche;
- Attività di e-health con sistemi di automonitoraggio con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di con dispositivi in remoto; Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari
- Attuazione di interventi di medicina di iniziativa e di disease and care management da parte di tutti i professionisti sanitari;
- Messa a disposizione di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- Valorizzazione della **partecipazione** di tutte le risorse della comunità attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni /organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

LE FASCE DI POPOLAZIONE AD ALTA FRAGILITA'

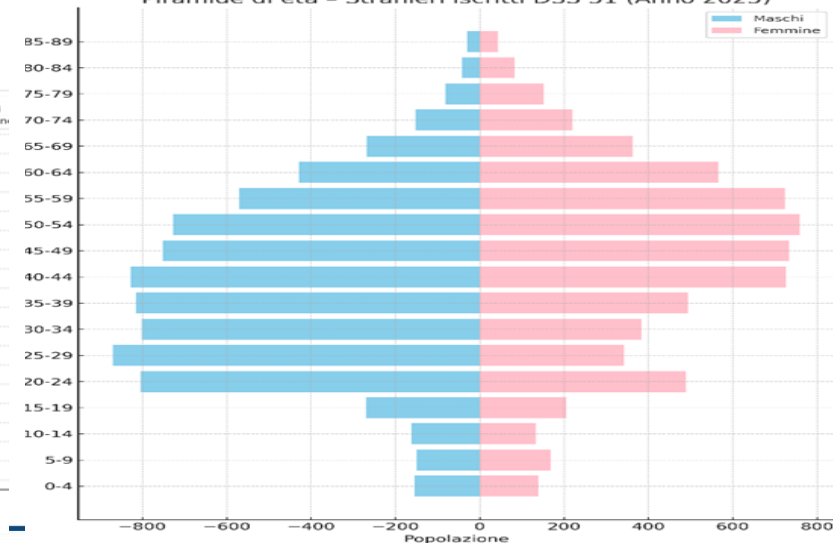
I MINORI ;
LE DONNE IN ETÀ FERTILE ;
GLI ANZIANI OLTRE I 75 ANNI ;
GLI STRANIERI ;
I RECLUSI ;

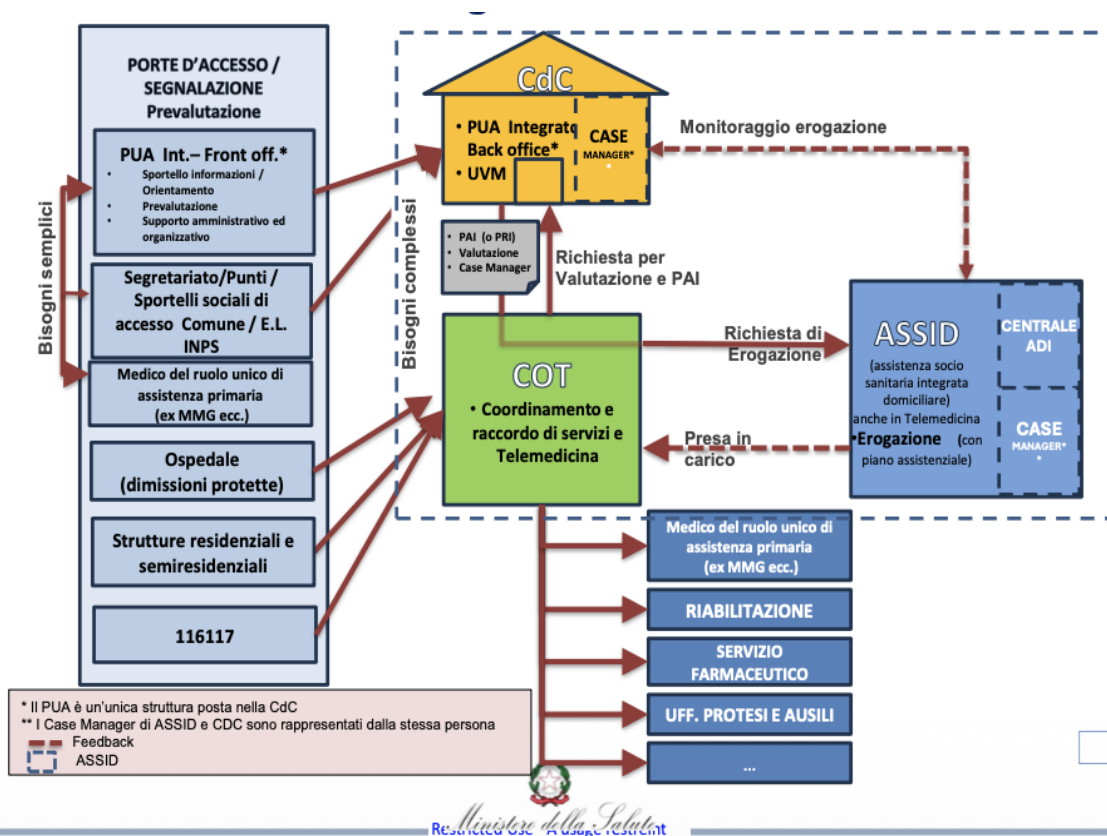


Piramide delle età - Residenti al 31/12/2022

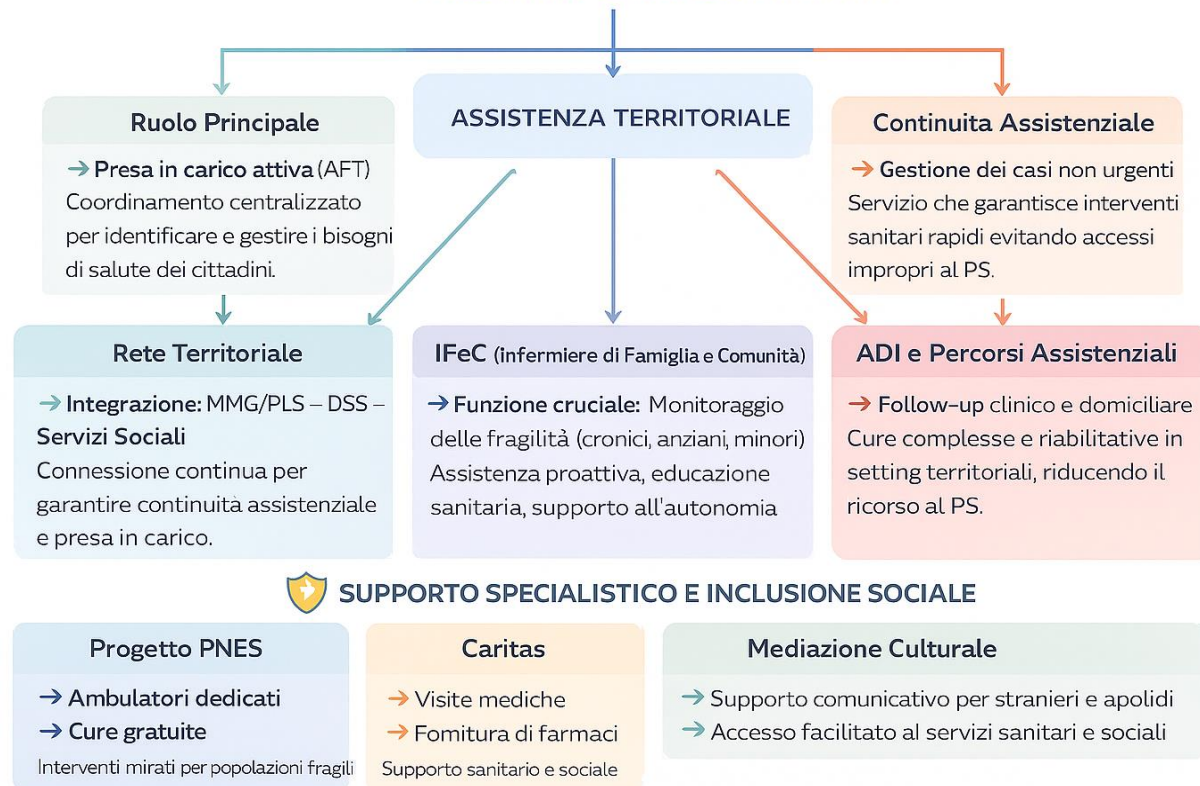


Piramide di età - Stranieri iscritti DSS 51 (Anno 2025)





ASSISTENZA TERRITORIALE – PRESA IN CARICO ATTIVA



«Se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi»

(chi pronuncia la frase non è però il principe di Salina ma suo nipote Tancredi)
Treccani

Il Gattopardo

