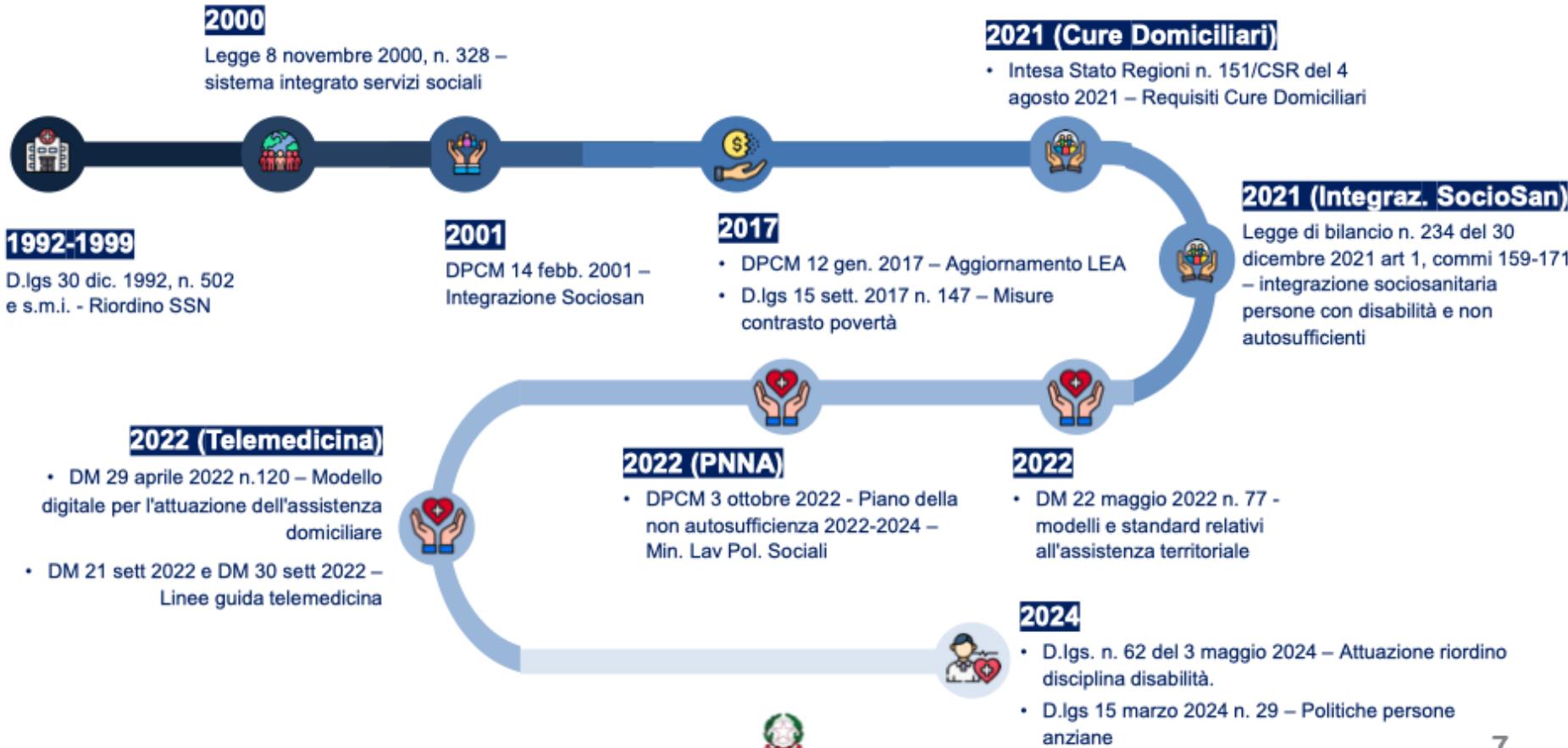


*Il Piano delle attività territoriali. Gli interventi ad alta integrazione socio sanitaria.
StratifIA e strumenti di simulazione ed ottimizzazione dei servizi. Medicina di ProssimitAI*

- 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 sociosanitaria – 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*

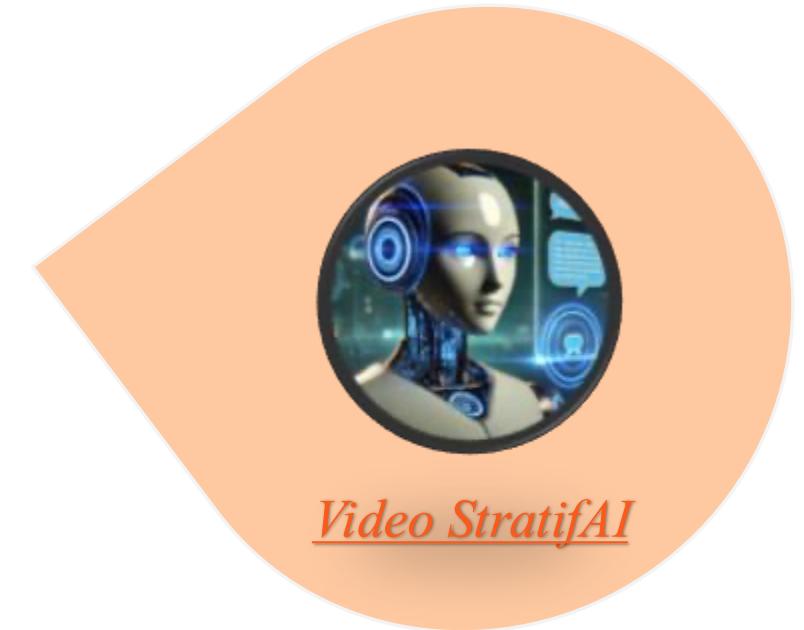
Legge 23 marzo 2023, n. 33 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane *Art. 4, comma 1*

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 sara' 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

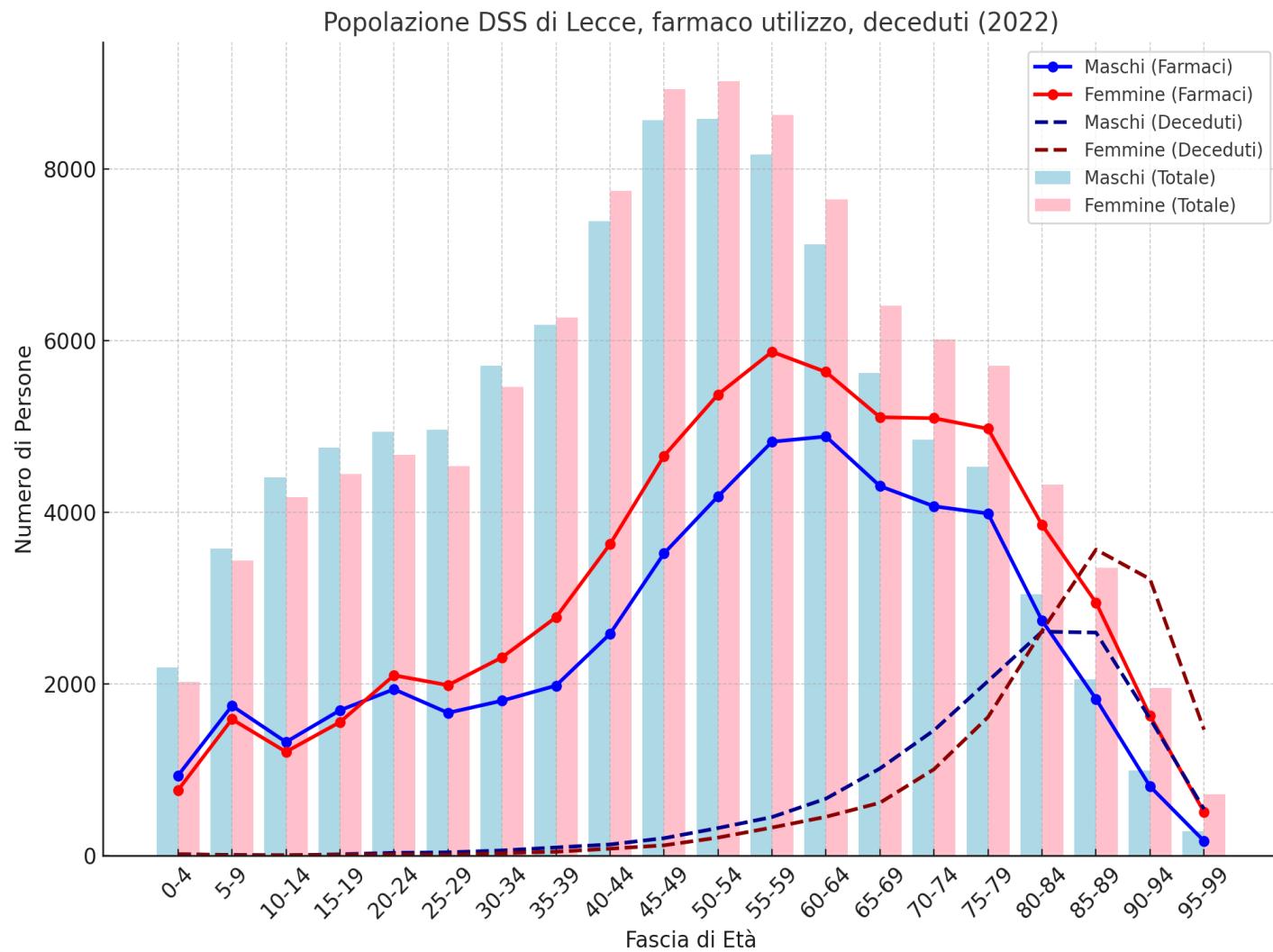
DSS di Lecce

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

Popolazione Totale: 198.696

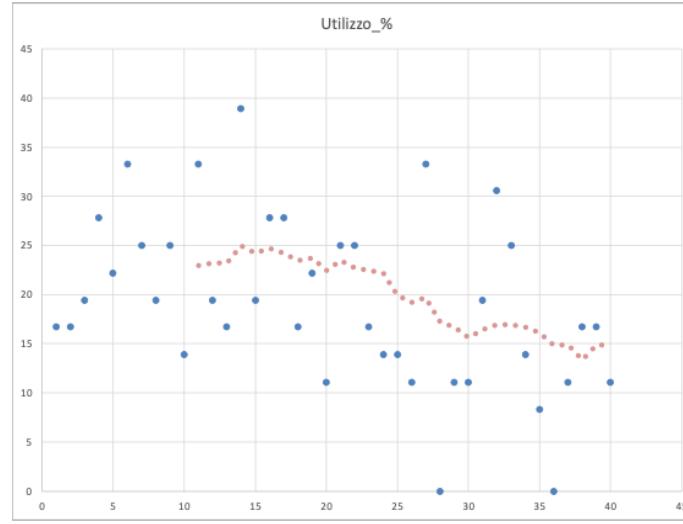
- Totale Maschi: 95.071
- Totale Femmine: 103.625
- Età Media: 48,38 anni
- Gruppo più popoloso. 50-54 anni.

Pazienti deceduti: 2.197 **Nuovi nati: 1.076**



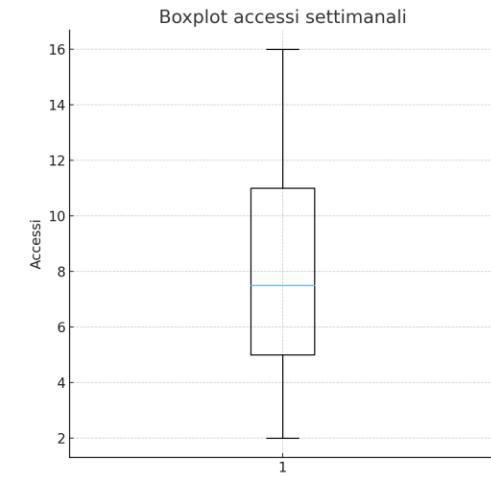
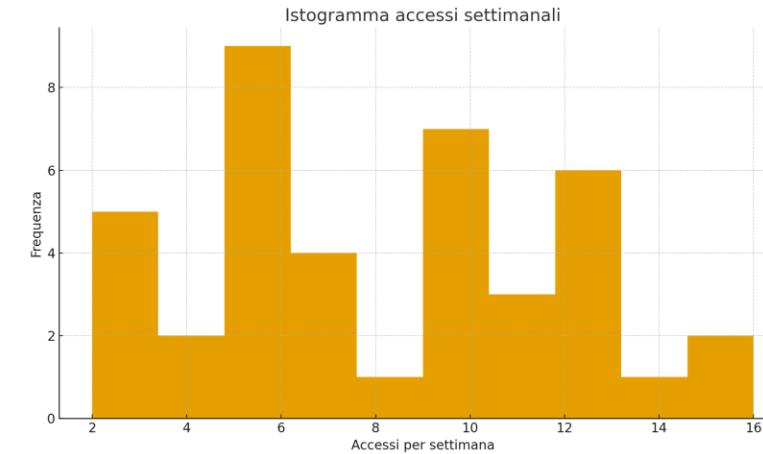
SISTEMA DI SIMULAZIONE ED OTTIMIZZAZIONE **MEDICINA DI PROSSIMITÀ**

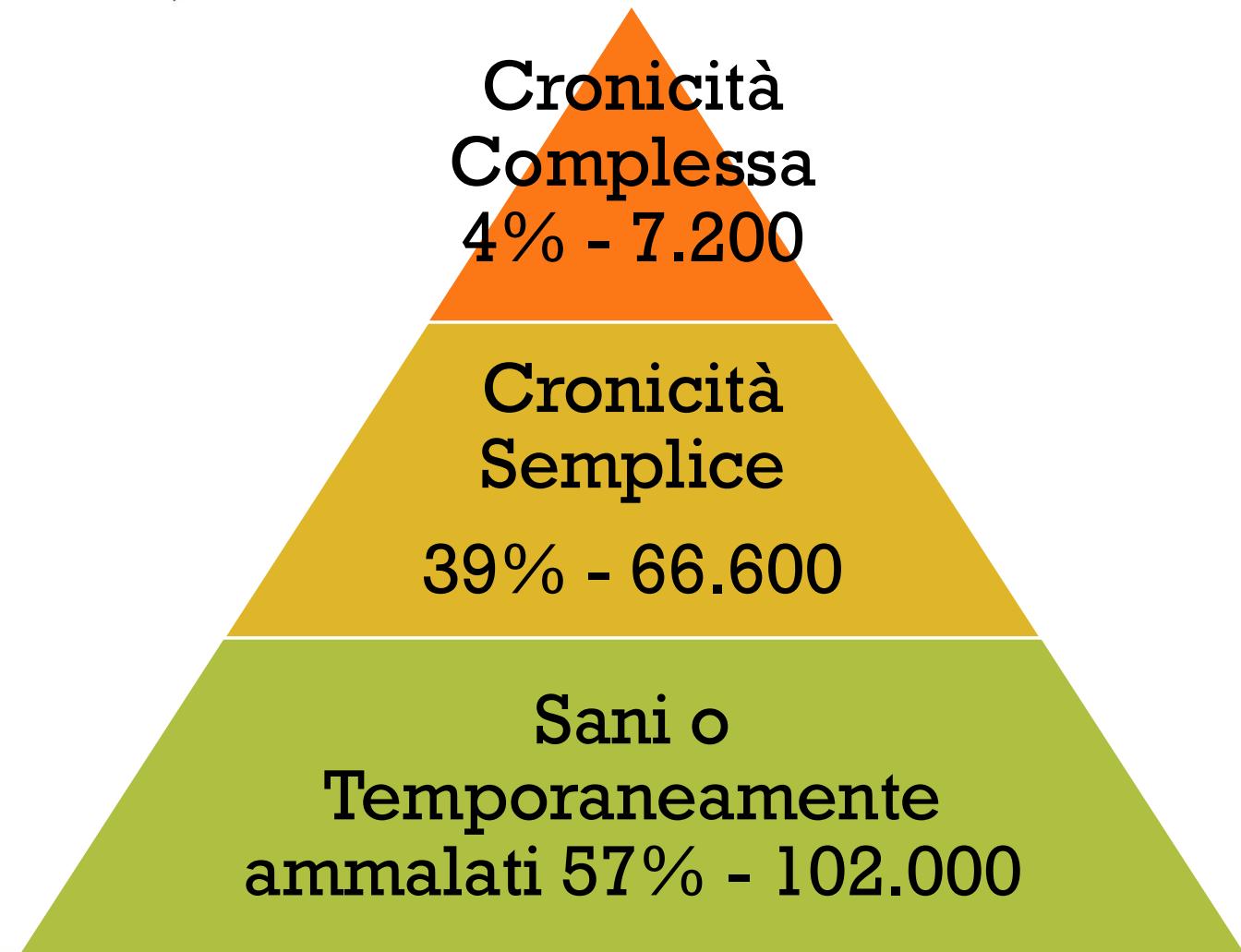
Stima fabbisogno settimanale
Servono circa **2,5 ORE A SETTIMANA**



Analisi di contesto

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

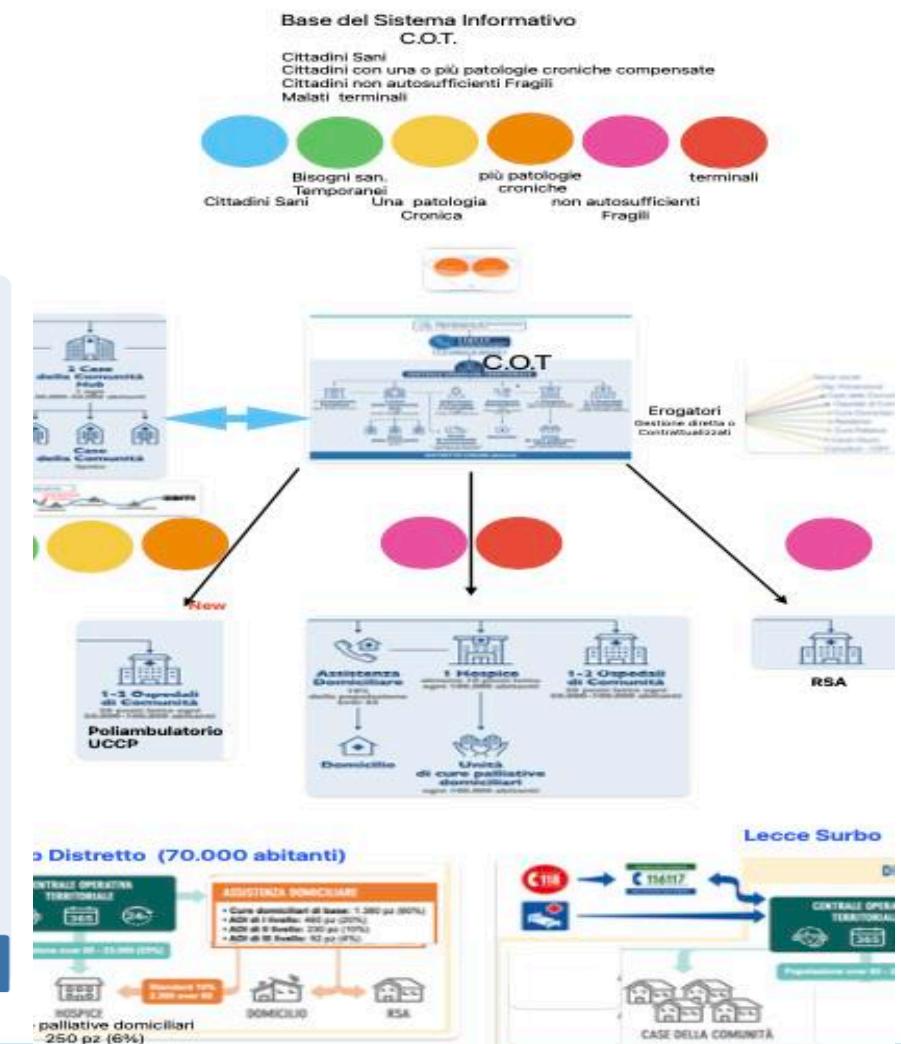
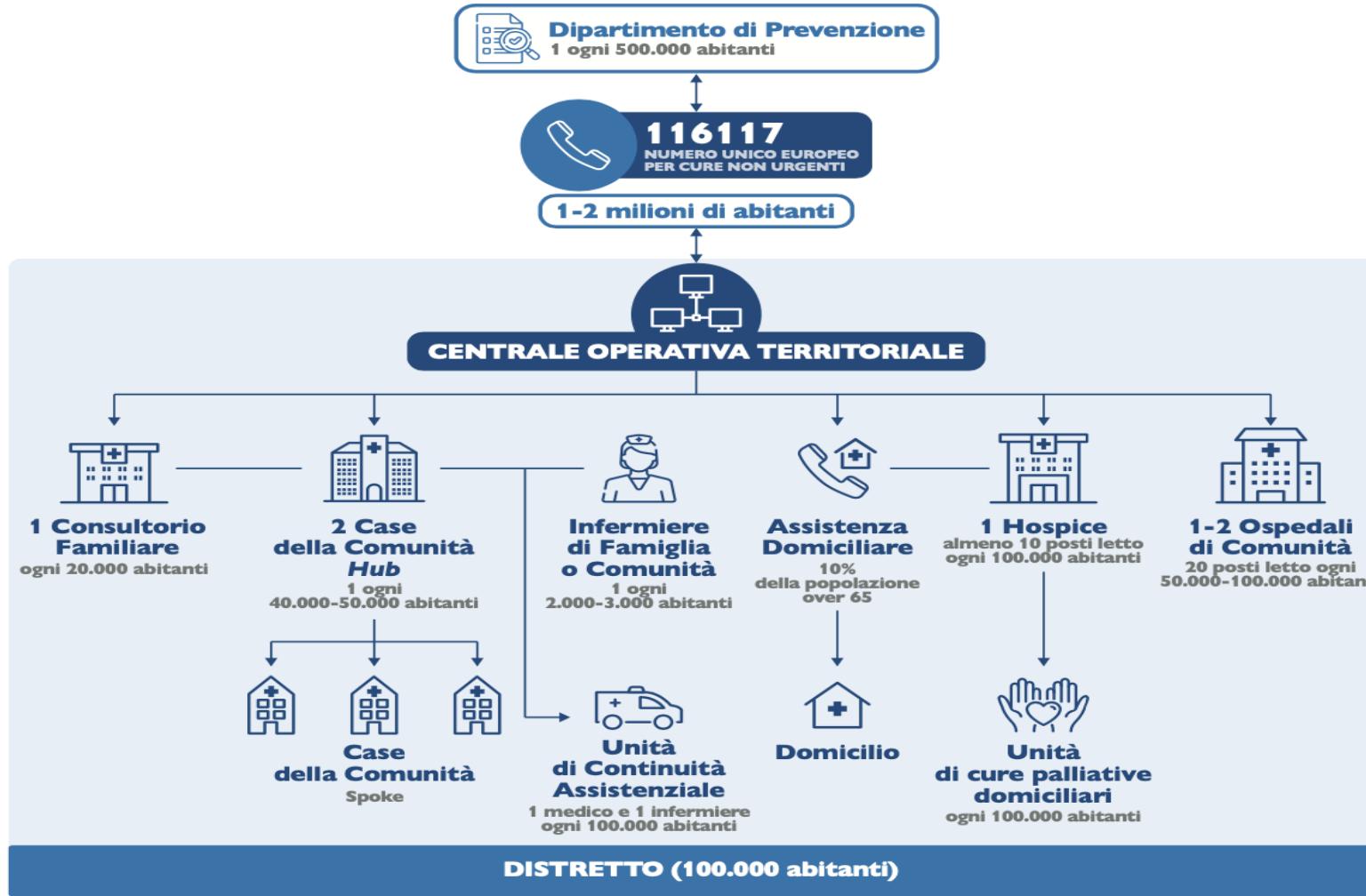




Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona 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 <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, 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 <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono 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 <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali

LE PATHOLOGIE CRONICHE.

- **1. Diabete mellito:** **11.195** pazienti (**25.047** quelli pazienti che assumono ipolipemizzanti orali).- Nota 100: 3.644 pazienti.
- **2. Malattie cardiovascolari:** **48.642** pazienti; **580** nuove procedure di rivascolarizzazione 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**,):

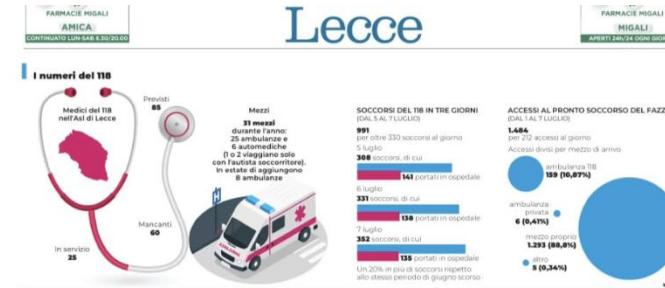


I servizi esistono ma devono essere potenziati e riorganizzati

■ Nelle intenzioni



■ Nella realtà



Sanità in rosso

Andrea TAURO

Ospedali e pronto soccorso dell'Asl Lecce sono pressione, con un aumento sfuggente di soccorsi e un sovraccarico per i servizi di assistenza, soprattutto con l'arrivo della stagione estiva. I numeri degli ultimi giorni di luglio sono evidenti: in questi tre giorni si occupano (rispetto al mese scorso) circa tre volte di più di quanto accadeva tra giorni di punta (letto e insorgenza) e giorni di minore attività, come a fine luglio a fine agosto. L'Asl Puglia è cercando di affrontare con tutte le sue forze.

Al Salvo D'Acquisto di emergenza-urgenza è chiamato quindi a un impegno crescente. In questi giorni si contano quasi 1000 le missioni di soccorso dei 20 ambulanza del servizio della provincia. Il luglio scorso sono stati circa 800 i soccorsi, con le pazienti trasportate in ambulanza (28 a Lecce, 22 a Cagnano, 22 a Martina Franca, 20 a pertino) e a seguire negli altri presidi. Il 9 luglio i soccorsi so-

no diminuiti negli organici di emergenza-urgenza, in particolare in quello di Lecce dove sono attivati 20 i camion del servizio privato (il dott. Mario Marcella Marrazza, a capo del servizio privato, spiega che ne prende 30). Tuttavia il numero di soccorsi è cresciuto di nuovo, con le pazienti trasportate in ambulanza (28 a Lecce, 22 a Cagnano, 22 a Martina Franca, 20 a pertino) e a seguire negli altri presidi. Il 9 luglio i soccorsi so-

no diminuiti negli organici di emergenza-urgenza, in particolare in quello di Lecce dove sono attivati 20 i camion del servizio privato (il dott. Mario Marcella Marrazza, a capo del servizio privato, spiega che ne prende 30). Tuttavia il numero di soccorsi è cresciuto di nuovo, con le pazienti trasportate in ambulanza (28 a Lecce, 22 a Cagnano, 22 a Martina Franca, 20 a pertino) e a seguire negli altri presidi. Il 9 luglio i soccorsi so-

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

in delegazione trattano, considerando anche la penuria di camion del servizio privato. La Regione Puglia invece ha siglato un accordo strutturato per la riorganizzazione del Servizio di pronto soccorso (Spss) per il periodo estivo, dall'1 luglio al 15 settembre. Il 10 luglio di questo accordo però, come spiega il dott. Marcella Marrazza, è preso d'assalto da urgenze e accertamenti di emergenza. Ai soccorsi si aggiungono le ambulanze per i trasferimenti ai "Fazzi" nella settimana 3-7 luglio sono state 1.484 (20 con ambulanza del

pronto soccorso e anche nelle condizioni più difficili. Per le ore eccedenti, è previsto uno spostamento dei mezzi in zone disabitate, può arrivare fino a 700 i soccorsi per le 100 ambulanzazioni per arrivare in ambulanza e automedica, per il periodo estivo, dall'1 luglio al 15 settembre.

Il piano prevede anche la trasformazione di alcune ambulanze "Vetra" in "Tadu" (con infermieri e medici) e la sostituzione di mezzi servizi più qualificati con personale di grado di infermieri prima assistenza e infermieri a bordo.

La situazione della carenza di personale medico nel 118 è drammatica. I 23 medici del 118 sono dotazione prevista di 530 medici, con un deficit di 508 unità. Nel 2024, con 118 soccorsi giornalieri, il deficit è di 331 unità. Nel 2025, con 118 soccorsi giornalieri, il deficit è di 256 medici sul 585 necessari. Le stime economiche della Regione Puglia prevedono un investimento complessivo oltre 2,3 milioni di euro per coprire le indennità previste



FSI-USAE

Lecce cronaca

L'attesa

Odissea di sei ore in ambulanza «Fermato sotto il sole cocente»



“
Poco empatia in reparto e nessuna informazione ai familiari
Ho preso la mia ambulanza. Le scarne risorse rendono difficili anche la vita dei familiari

Le reazioni

David Rizzello di Confindustria

La replica Asl

Disastro sull'ospedale di Scorrano
Il dg Rossi risponde al Comitato

«Il sistema collassa
Un medico in turno
è scelta assurda»

«Non è solo carenza
È anche l'abuso
dei codici bianchi»

Andrea TAURO
L'arrivo del dott. Rizzello in reparto ha messo in evidenza le carenze della struttura

Massimo GRANTINO
L'arrivo del dott. Rossi ha messo in evidenza le carenze dei principali personale

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

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

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;
- Accreditamento 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.

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

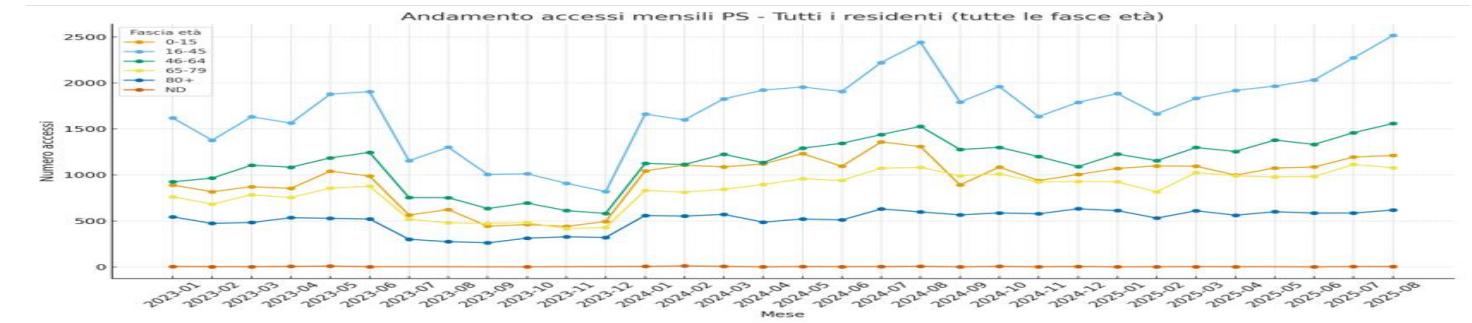
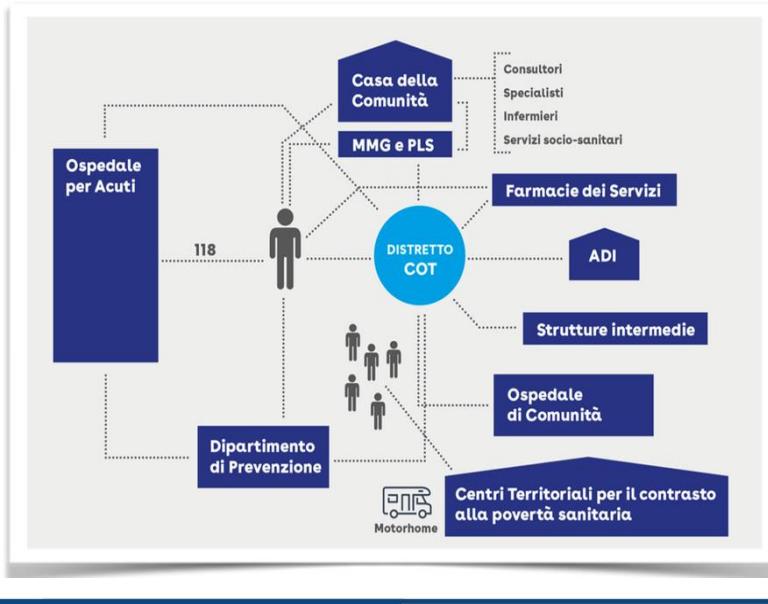
20
Years

Soluzioni possibili 2

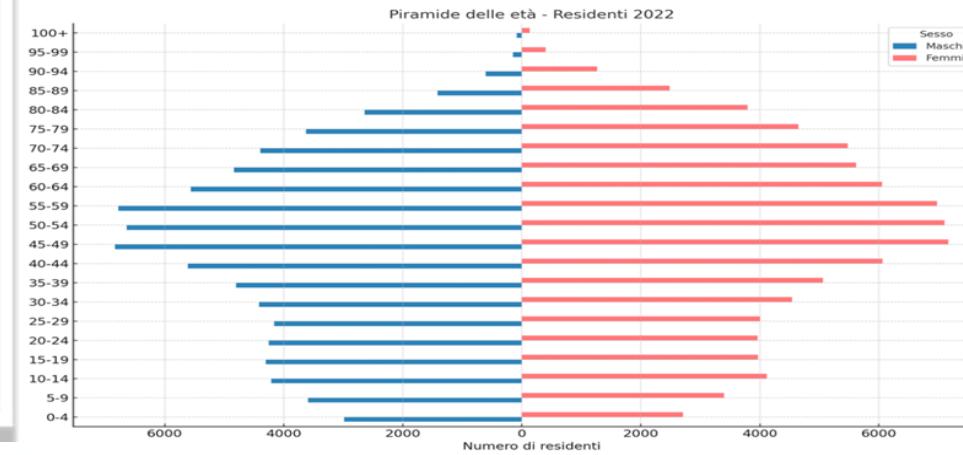
- Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale e dallo specialista per la diagnosi, stadiazione, controllo delle complicanze delle malattie croniche;
- Attività di e-health con sistemi di automonitoraggio con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio 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 FRAGILITÀ'

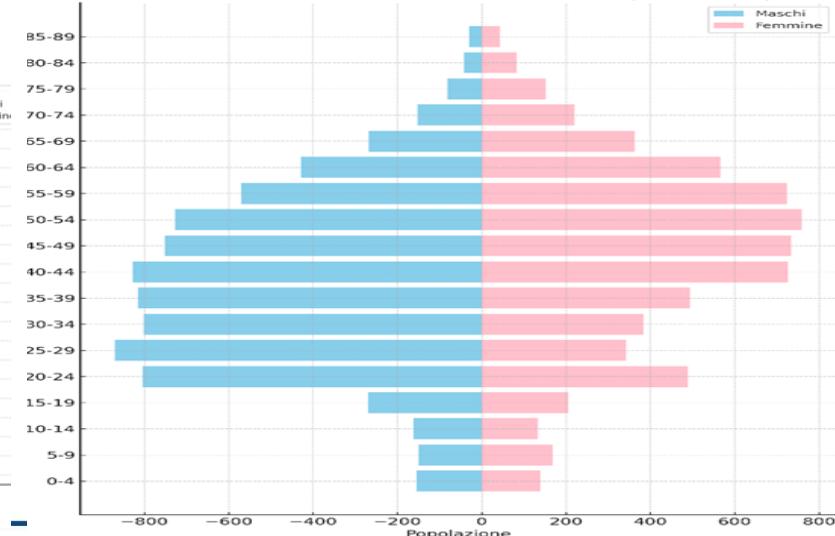
I MINORI ;
LE DONNE IN ETA' FERTILE ;
GLI ANZIANI OLTRE I 75 ANNI ;
GLI STRANIERI ;
I RECLUSI ;

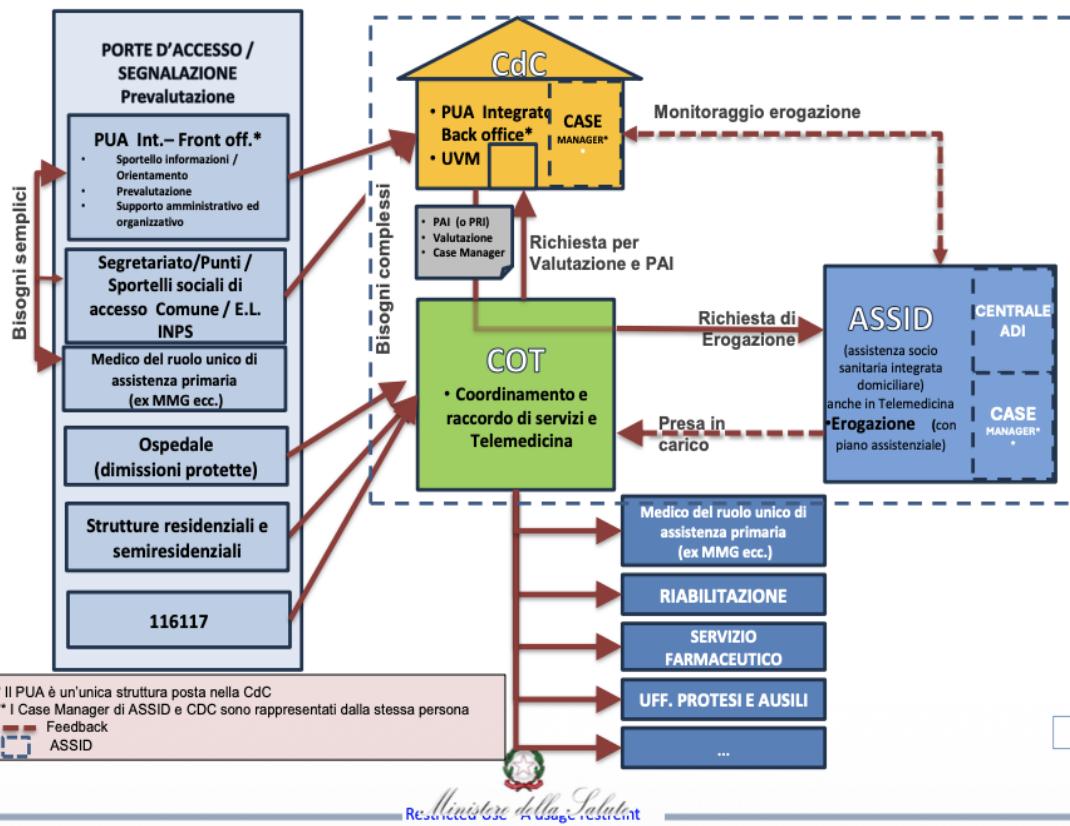


Piramide delle età - Residenti al 31/12/2022



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





«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

