



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI LECCE
Via Miglietta, 5 - 73100 LECCE
C.F e P.IVA: 04008300750

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

– ANNO 2022 –

(ex D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii.)

Sommario

1) Criteri generali di predisposizione della relazione sulla performance	3
2) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli <i>stakeholder</i> esterni.....	3
2.1 Generalità sul territorio servito e sulla popolazione assistita	3
2.2 Generalità sulla struttura organizzativa e l'amministrazione	7
2.3 Le criticità e le opportunità	10
3) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	11
3.1 Obiettivi strategici	11
3.2 L'albero delle <i>performance</i>	13
3.3 Obiettivi e piani operativi.....	13
4) Valutazione della <i>performance</i> organizzativa	19
4.1 Prevenzione	19
4.2 Assistenza Distrettuale	32
4.3 Il governo delle liste di attesa.....	43
4.4 Dipartimento di Salute mentale.....	45
4.5 Dipartimento Dipendenze patologiche.....	51
4.6 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione.....	57
4.7 Servizio Emergenza Urgenza 118	58
4.8 Assistenza Ospedaliera.....	63
4.9 Dipartimento del farmaco.....	76
4.10 Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali ed Uffici di staff	82
5) Valutazione della <i>performance</i> individuale	94
6) La valutazione partecipativa	94
7) Il processo di redazione della relazione sulla <i>performance</i>	97

1) Criteri generali di predisposizione della relazione sulla performance

La Relazione sulla *performance* costituisce lo strumento mediante il quale l'amministrazione rendiconta ai cittadini e a tutti gli altri *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati raggiunti nel corso dell'anno precedente.

La presente Relazione conclude il ciclo di gestione della *performance* avviato con la redazione del Piano della *performance* 2022 – 2024, sezione 3.2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - P.I.A.O. 2022 – 2024, adottato con D.D.G. n. 393 del 29.04.2022, un documento programmatico triennale, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, assegnati alle diverse strutture aziendali, compatibilmente con le risorse disponibili. Nel corso dell'anno 2022, a seguito dell'adozione da parte della Giunta Regionale della D.G.R. 11 maggio 2022, n. 684 “Definizione e assegnazione degli obiettivi economico – gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. triennio 2020 – 2022”, si è reso necessario rimodulare gli obiettivi operativi di tutte le strutture aziendali.

Nella stesura della presente relazione, si è cercato di privilegiare la consultazione da parte dei cittadini redigendo un documento di facile lettura con l'indicazione sintetica del contesto socio demografico di riferimento, delle linee programmatiche perseguite dall'ASL di Lecce per far fronte ai bisogni di salute della popolazione servita e dei risultati raggiunti nell'anno 2022.

2) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

2.1 Generalità sul territorio servito e sulla popolazione assistita

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce è estremamente complesso, sia per la vastità del territorio, sia per la eterogeneità e numerosità degli *stakeholder* pubblici e privati con cui si deve confrontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta, in continua revisione per rispondere in modo appropriato all'evoluzione dei bisogni sanitari espressi dalla popolazione di riferimento.

La ASL LE opera su un territorio coincidente con la provincia di Lecce, con una popolazione di 772.276 ab. (fonte ISTAT al 01.01.2022), di cui 370.695 maschi e 401.581 femmine, distribuiti su 96 comuni raggruppati in 10 distretti sociosanitari.

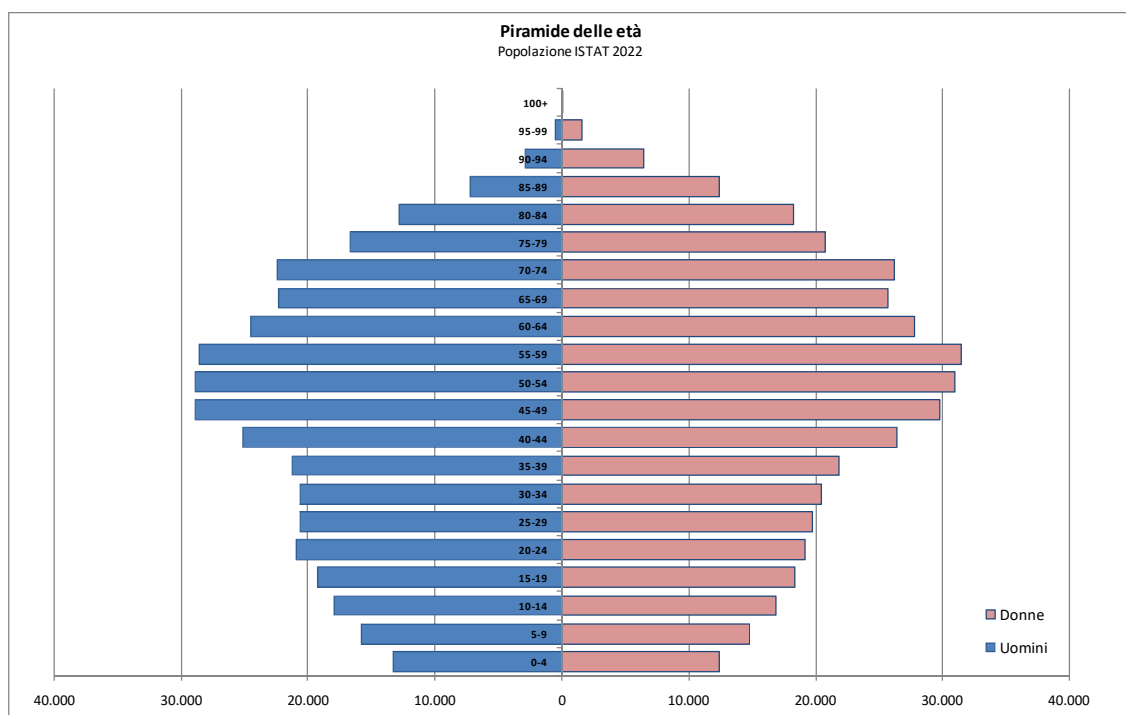
La distribuzione della popolazione per distretto e fasce di età è riportata nella tabella seguente:

Distretto	Numero Comuni	Totale popolazione (01/01/2022)	>64 anni	<15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul totale della popolazione)
D.S.S. LECCE	10	177.121	42.219	22.054	191,43%	23,84%
D.S.S. CAMPI S.NA	8	83.177	22.252	9.425	236,10%	26,75%
D.S.S. NARDO'	6	90.581	22.016	11.177	196,98%	24,31%
D.S.S. MARTANO	10	46.391	12.593	5.115	246,20%	27,15%
D.S.S. GALATINA	6	57.341	15.109	6.566	230,11%	26,35%
D.S.S. MAGLIE	12	52.726	14.109	5.733	246,10%	26,76%
D.S.S. POGGIARDO	15	42.823	12.118	4.526	267,74%	28,30%
D.S.S. GALLIPOLI	8	71.004	17.967	8.537	210,46%	25,30%
D.S.S. CASARANO	7	69.189	16.862	8.619	195,64%	24,37%
D.S.S. GAGLIANO	14	81.923	21.230	9.352	227,01%	25,91%
Riepilogo:	96	772.276	196.475	91.104	215,66%	25,44%

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente al 01.01.2022 ha registrato un decremento di n. 4.954 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere (+ 6,1% sul 2021), confermando per Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un incremento della popolazione anziana (> 64 anni) di n. 1.309 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (< 15 anni) di n. 2.015 unità.

L'incidenza della popolazione anziana (> 64 anni) sulla popolazione giovane (< 15 anni) è più del doppio, raggiungendo il valore di 215,66%.

Di seguito, è riportata la struttura demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce al 01.01.2022, distinta per sesso e classi di età (intervalli di 5 anni), da cui si può rilevare la tendenza verso un progressivo decremento della popolazione.



Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce, nel periodo 2002 – 2022. Un dato rilevante ai fini della programmazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari è connesso all'incremento della popolazione > 65 anni che, nel periodo in esame, è aumentata di n. 57.443 ab., a fronte di una diminuzione di n. 31.308 ab. nella fascia di età 0-14.

Classi età	2002		2012		2022	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	122.412	15,54%	109.577	13,68%	91.104	11,80%
15-64	526.195	66,81%	522.629	65,23%	484.697	62,76%
65-74	80.894	10,27%	85.069	10,62%	96.653	12,52%
>75	58.138	7,38%	83.895	10,47%	99.822	12,93%
	787.639		801.170		772.276	

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta una costante crescita della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie legate alla cronicità e alla non – autosufficienza. Uno studio AReSS Puglia del 2015 ha evidenziato, infatti, come a fronte del 40% di incidenza della popolazione cronica corrisponda l'80% del consumo di risorse sanitarie.

Analoghe considerazioni sono riportate nel Piano Nazionale della Cronicità, recepito con Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, in cui si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

L'analisi socio-sanitaria sullo stato di salute della popolazione, riportata nel "Documento Programmatico Missione 6 PNRR "Salute", Allegato 1 della D.G.R.11 maggio 2022, n. 688 "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022.", evidenzia che in Puglia la percentuale di soggetti con almeno una cronicità si attesta al 14,5% nella fascia 18-64 anni, mentre raggiunge il 66,3% nella fascia degli ultra64enni, tra questi ultimi, le patologie croniche più frequenti riferite sono le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le patologie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%) e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%).

Il potenziamento dei servizi territoriali previsti in attuazione delle misure contenute nel PNRR, completa la profonda trasformazione della struttura dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari, già avviata con il Piano di Rientro e di riqualificazione dell'assistenza (L.R. n. 2/2011) e proseguita con i successivi Programmi Operativi ed i Piani di riordino della rete ospedaliera.

Il processo di deospedalizzazione dell'assistenza è stato costantemente accompagnato dal potenziamento dell'assistenza territoriale con la prevenzione e la presa in carico precoce e proattiva della cronicità.

La programmazione regionale nel corso del triennio 2020-2022 è stata notevolmente influenzata dalla necessità di fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2.

Con riferimento al territorio di competenza della ASL di Lecce, i dati elaborati dall'U.O.C. Epidemiologia e Statistica (Fonte "COVID-19 IN PROVINCIA DI LECCE", Report 30 dicembre 2022) evidenziano che, nel corso della pandemia, al 30.12.2022, sono stati eseguiti n. 2.818.610 tamponi (comprensivi dei ripetuti) e sono stati registrati complessivamente n. 321.750 casi di infezione da COVID-19, con un'incidenza dei casi positivi su casi testati pari al 39%.

Nel corso del 2022, l'andamento della pandemia nella Provincia di Lecce ha registrato una notevole impennata se si considera che i casi positivi al 31.12.2021 erano stati complessivamente n. 42.201, a fronte di n. 1.103.506 tamponi eseguiti (comprensivi dei ripetuti) con una incidenza dei casi positivi su casi testati pari al 11%.

In data 30.12.2022 risultavano ancora positivi n. 2.978 casi, pari a circa 3,7 casi per mille abitanti sull'intera Provincia di Lecce.

Le **Figure 2. e 3.** seguenti (Fonte: ASL LE – U.O.C. Epidemiologia e Statistica UOSE - **Report 30 dicembre 2022**) evidenziano rispettivamente, per il periodo dal 3 dicembre 2021 al 30 dicembre 2022, il "*Trend settimanale dei casi positivi*" ed il "*Trend settimanale dei nuovi positivi per fasce di età*" nella Provincia di Lecce.

Figura 2. Trend settimanale dei casi "attualmente positivi" dal 3 dicembre 2021 ad oggi.

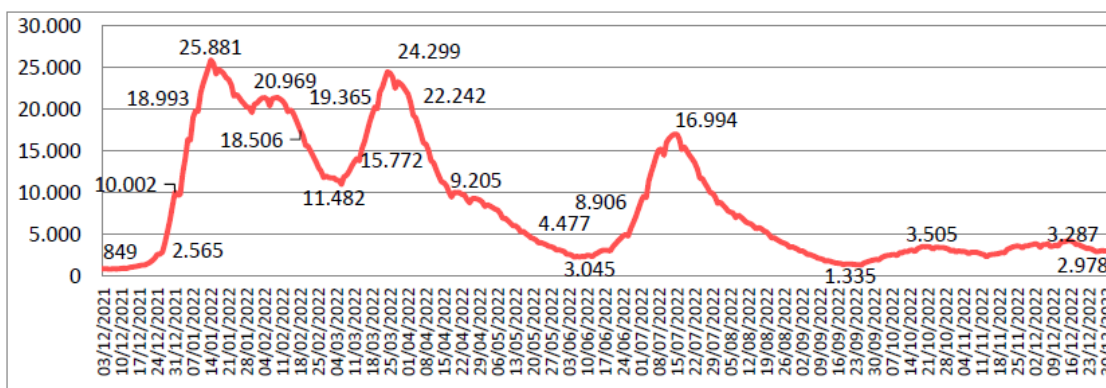
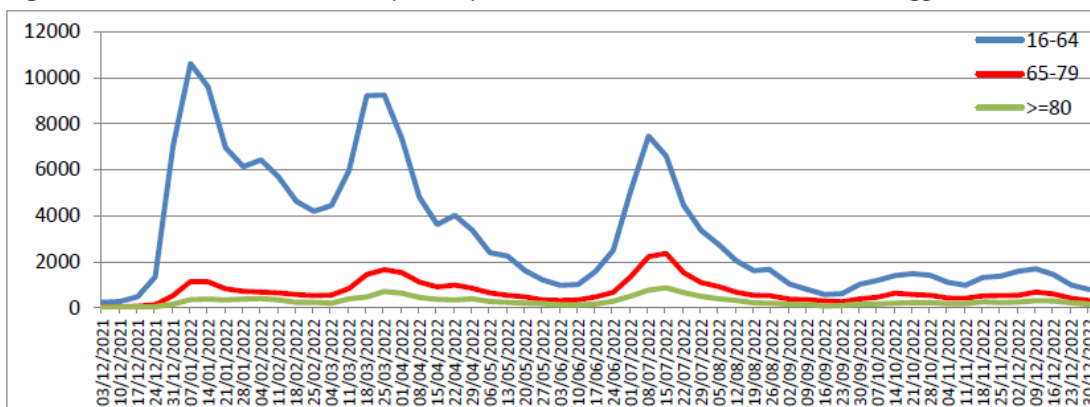


Figura 3. Trend settimanale dei nuovi positivi per le fasce di età dal 3 dicembre 2021 ad oggi.



Nel corso del 2022, come si evince dalla **Figura 3.**, la pandemia ha interessato principalmente le fasce di età giovani adulte, diversamente dal primo periodo 2020 – 2021, che ha colpito prevalentemente persone anziane.

La diversa diffusione epidemiologica della pandemia tra le classi di età più giovani ha influito positivamente, nel 2022, sul contenimento della gravità dei sintomi con un incremento progressivo dei casi che hanno registrato uno stato clinico iniziale Asintomatico e/o Pauci-sintomatico, passando dal 94% del 2020, al 95,8% del 2022, e una riduzione dell'incidenza dei casi con uno stato clinico iniziale Severo e/o Critico, passando dal 2,6% del 2020, allo 0,3% del 2022.

La riduzione dell'incidenza dei casi con stato clinico iniziale Severo e/o Critico è correlata anche alla estensione della campagna vaccinale anti-Covid-19 che nel corso del 2022 ha raggiunto l'89% della popolazione con copertura vaccinale tra mono e 2^a dose.

Complessivamente, sono state somministrate n. 1.848.788 dosi di vaccino anti-Covid-19 come si evince dalla **Tabella 12.** (Fonte: ASL LE – UOSE Report 30 dicembre 2022), che riporta la distribuzione delle somministrazioni per fase vaccinale:

Tabella 12. Campagna vaccinale anti Covid 19 - Somministrazioni totali.

Fasce Età	1^ dose	Mono e 2^ dose	3^ Dose	4^ Dose	Totale
5-11	22.316	19.192	25	134	41.667
12-19	55.405	52.491	31.925	490	140.311
20-29	68.938	62.649	44.264	803	176.654
30-39	72.364	67.548	49.366	1.428	190.706
40-49	97.455	95.318	74.798	3.271	270.842
50-59	102.148	117.041	83.835	11.467	314.491
60-69	90.829	99.062	79.394	16.338	285.623
70-79	79.558	85.219	71.091	13.135	249.003
80-89	50.012	49.482	42.843	2.627	144.964
>= 90	11.748	11.411	8.745	2.623	34.527
Totale	650.773	659.413	486.286	52.316	1.848.788

2.2 Generalità sulla struttura organizzativa e l'amministrazione

L'Azienda Sanitaria di Lecce persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, gratuitamente o mediante compartecipazione (*ticket*).

Ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, i LEA sono articolati in tre macro aggregati che comprendono le aree di attività di seguito elencate:

Prevenzione collettiva e sanità pubblica, cui afferiscono le seguenti attività:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

Assistenza distrettuale, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) assistenza sanitaria di base;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Assistenza ospedaliera, che si articola nelle seguenti aree di attività:

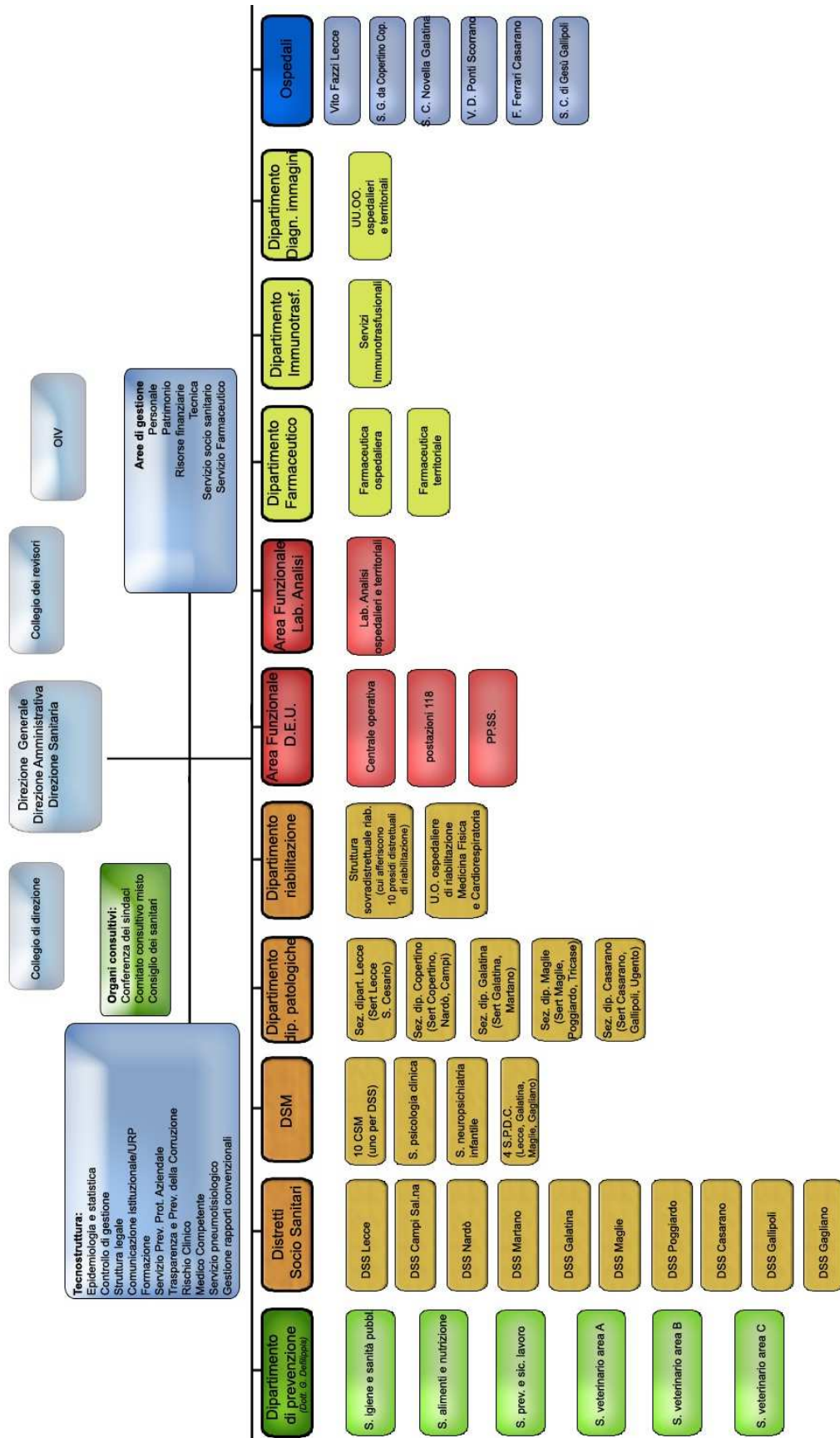
- a) pronto soccorso;
- b) ricovero ordinario per acuti;
- c) day surgery;
- d) day hospital;
- e) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f) attività trasfusionali;
- g) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h) centri antiveleni (CAV).

La struttura organizzativa dell’Azienda, oltre alle aree di gestione e gli uffici di staff della Direzione Generale, si articola nelle seguenti Macrostrutture raggruppate per Livelli Essenziali di Assistenza:

- **Prevenzione:** Dipartimento di Prevenzione.
- **Assistenza Territoriale:** n. 10 Distretti sociosanitari e i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Riabilitazione.
- **Assistenza Ospedaliera:** n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta.



ORGANIGRAMMA FUNZIONALE



Nel corso dell'anno 2022, la Direzione Aziendale ha dato avvio all'organizzazione dipartimentale, adottata con D.D.G. n. 303 del 21 aprile 2021, procedendo all'individuazione di alcuni direttori di dipartimento nelle more della revisione dell'organizzazione aziendale conseguente alle disposizioni approvate dalla Regione con la D.G.R. n. 2074 del 6 dicembre 2021.

La Regione Puglia, infatti, con la citata D.G.R. n. 2074/2022, ha previsto una nuova articolazione del Servizio Sanitario Regionale ed ha avviato, con la L.R 12 agosto 2022, n. 16, un percorso legislativo per la costituzione dell'Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi" e lo scorporo del medesimo P.O. attualmente appartenente alla ASL di Lecce.

2.3 Le criticità e le opportunità

La gestione dell'emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da COVID-19, nel biennio 2020 – 2021 e nella prima parte del 2022, ha messo a dura prova l'organizzazione e la tenuta dei servizi sanitari e sociosanitari.

Tutti i servizi e le strutture aziendali hanno dovuto affrontare il contraccolpo organizzativo determinato dallo stato emergenziale che, in più riprese, ha interessato la popolazione assistita nonostante la piena adesione alla campagna vaccinale anti-Covid.

L'abnegazione di tutti gli operatori e professionisti che operano nei servizi aziendali ha consentito di fronteggiare con risorse interne tutti i percorsi diagnostici e terapeutico - assistenziali, dalla prevenzione del contagio al tracciamento dei contatti, dai provvedimenti di quarantena obbligatoria all'assistenza domiciliare, dalle attività diagnostiche e di laboratorio alle visite specialistiche, dall'attività in emergenza – urgenza e di pronto soccorso alla osservazione breve, dal ricovero per acuti alla terapia intensiva, dalla dimissione alla riabilitazione e presa in carico territoriale.

Non è stata un'impresa facile rendere immediatamente disponibili e fruibili alla cura e all'assistenza dei pazienti affetti da COVID-19, strutture ospedaliere costruite e pensate per finalità differenti. Non è stato semplice attivare, con tutta l'urgenza del caso, percorsi terapeutico – assistenziali in sicurezza, mediante la riconversione delle risorse disponibili ovvero con l'acquisizione in urgenza di tutte le risorse tecnologiche e professionali necessarie.

L'esperienza maturata in questo lungo periodo pandemico ci ha consentito, però, di guardare avanti con maggiore consapevolezza sul ruolo svolto dai servizi sanitari pubblici, sulla necessità di potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, sul bisogno di adeguare le strutture ospedaliere investendo nelle nuove tecnologie e in servizi innovativi con l'utilizzo delle risorse messe a disposizione da Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nel corso del 2022, in attuazione della D.G.R. 11 maggio 2022, n. 688 "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022.", e della D.G.R. 26 maggio 2022, n. 763 "D.G.R. 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione.", sono state avviate, con DCS n. 307/2022, le procedure per l'attuazione degli interventi previsti dal **PNRR Missione 6: Salute**, ed in particolare:

- **Componente C1 "Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona:** per la ASL LE si prevede la realizzazione di n. 24 Case della Comunità finalizzate a costituire un punto fisico di riferimento continuativo per la popolazione in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità,

altri professionisti della salute. Sarà, inoltre, il luogo della integrazione sociosanitaria quale punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali. - **Investimento 1.2.2: Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT):** per la ASL LE sono previste n. 7 Centrali Operative con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza e l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. - **Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità):** per ASL LE sono previsti n. 6 Ospedali di Comunità, strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tali strutture, di norma dotate di 20 posti letto, sono a gestione prevalentemente infermieristica e contribuiscono ad una maggiore appropriatezza delle cure e alla riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio al pronto soccorso, alle strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

- **Componente C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero:** finalizzati l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi), nonché al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.

3) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi per l'anno 2022 sono stati definiti nel Piano della Performance per il triennio 2022–2024, sezione 3.2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - P.I.A.O. 2022 – 2024, adottato con D.D.G. n. 393 del 29.04.2022.

Tale documento riporta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Regionali e la programmazione aziendale, in modo da garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa.

3.1 Obiettivi strategici

Costituiscono obiettivi strategici aziendali gli obiettivi assegnati al Direttore Generale ASL LE dalla regione Puglia con D.G.R. n. 1584 del 2 settembre 2019 “*Nomina Direttore Generale ASL LE*”, D.G.R. 2 agosto 2019, n. 1487 “*Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione*”, gli obiettivi assegnati con D.G.R. 11 maggio 2022, n. 684 “*Definizione e assegnazione degli obiettivi economico – gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. triennio 2020 – 2022*”, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i seguenti atti di programmazione regionale:

- ✓ Indirizzi regionali sulla prevenzione:
 - D.G.R. 19 marzo 2020, n. 370, Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022. Recepimento Intesa Stato Regioni rep. Atti 16/CSR del 20/02/2020 ed individuazione del Punto di Contatto Regionale;

- D.G.R. 7 agosto 2020, n. 1332, Approvazione del Documento Tecnico “Organizzazione dei programmi di oncologici nella Regione Puglia”;
- D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 2198, Recepimento Intesa Stato Regione “Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025” del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR.
- ✓ Indirizzi sui servizi territoriali:
 - D.G.R. 30 ottobre 2018, n. 1935, Modello di gestione del paziente cronico “Puglia Care”. Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici – Determinazioni”;
 - D.G.R. 18 aprile 2019, n. 735, “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”.
- ✓ Indirizzi sul riordino della rete ospedaliera:
 - D.G.R. 31 luglio 2020, n. 1215, concernente l'approvazione definitiva del Regolamento Regionale recante: “Potenziamento della rete ospedaliera ai sensi dell’art. 2 del decreto – legge 19 maggio 2020, n. 34”, emanato con Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n.14, con il quale si prevede, per la ASL di Lecce, il raddoppio dei posti letto in Terapia intensiva passando da n. 38 posti letto pre-emergenza Covid a n. 74 posti letto di terapia intensiva distribuiti in 5 presidi ospedalieri. Il suddetto R.R. 14/2020 modifica ed integra il precedente R.R. 22 novembre 2019, n. 23, confermando una organizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura.
- ✓ Indirizzi sulla pianificazione delle risorse:
 - Indirizzi regionali per la predisposizione del bilancio economico previsionale annuale e pluriennale;
 - Indirizzi regionali per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale;
 - D.G.R. 15 febbraio 2022, n. 132, Misure per il contenimento della spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale per l’anno 2022 ed individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell’adozione di misure finalizzate ad incrementare l’appropriatezza prescrittiva;
 - D.G.R. 15 febbraio 2022, n. 133, Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa per singola Azienda pubblica del SSR per l’anno 2022 ai sensi dall’art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e ss.mm.ii.;
 - D.G.R.15 febbraio 2022, n. 134, Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6;
 - D.G.R. 7 marzo 2022, n. 314, Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all’acquisto diretto di farmaci. Determinazione dei tetti di spesa, ai sensi di quanto previsto dall’art. 1, comma 281 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, e degli obiettivi minimi di *budget* per singola Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliero-Universitaria e I.R.C.C.S. pubblico per l’anno 2022;
 - D.G.R. 6 aprile 2021, n. 559, Razionalizzazione della spesa per l’assistenza protesica - Fondo di remunerazione per l’assistenza protesica. Tetti di spesa anno 2021.

3.2 L'albero delle *performance*

Sulla base degli indirizzi regionali, sopra citati è stato sviluppato l'Albero della *performance*, che evidenzia gli obiettivi strategici che coinvolgono trasversalmente tutte le strutture aziendali, articolati in otto macro-aree obiettivo:

- Capacità di governo della domanda sanitaria
- Appropriatelyzza e qualità
- Assistenza sanitaria territoriale
- Prevenzione
- Assistenza farmaceutica
- Sanità digitale
- Aspetti economico – finanziari / efficienza operativa
- Legalità, trasparenza e formazione

3.3 Obiettivi e piani operativi

Contestualmente all'adozione del bilancio di previsione 2022, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le Linee Guida per il *Budget* anno 2022, assegnando gli obiettivi operativi di *performance* prioritari per l'anno 2022. Successivamente, a seguito dell'adozione, da parte della Giunta Regionale, della citata D.G.R. n. 684/2022, si è reso necessario procedere ad una rimodulazione, come di seguito riportata, degli obiettivi operativi per l'anno 2022, giusta nota della Direzione Generale prot. n. 143387 del 29.07.2022.

Obiettivi operativi comuni a tutte le Strutture:

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Abbattimento dei tempi di attesa mediante la predisposizione dei piani delle attività di ricovero, ambulatoriale e di assistenza territoriale, che consentano il ripristino dei volumi di attività ante-pandemia.
- Contenimento della spesa farmaceutica nei limiti stabiliti rispettivamente dalla D.G.R. 132 del 15 febbraio 2022 per l'assistenza farmaceutica convenzionata, e dalla D.G.R. 314 del 7 marzo 2022 per l'acquisto diretto di farmaci.
- Contenimento della spesa per dispositivi medici nei limiti stabiliti dalla D.G.R. 133 del 15 febbraio 2022.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali e, ove previsto, in EDOTTO, nonché la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.
- Garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione assicurando la definizione dei fabbisogni di risorse e il contenimento dei costi nel rispetto delle condizioni di equilibrio (*budget*) stabilite dalla direzione generale.

- Assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale.
- Assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità aziendale.
- Programmare e realizzare il *dossier* formativo delle UU.OO. finalizzato ad assicurare i LEA e a raggiungere gli Obiettivi di Performance, garantendo, altresì, l'acquisizione dei crediti ECM al personale assegnato.

Obiettivi operativi assegnati alla Prevenzione

Dipartimento di prevenzione

Come previsto dagli indirizzi regionali, costituiscono obiettivi specifici del Dipartimento di Prevenzione:

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19 mediante:
 - il potenziamento delle attività di monitoraggio e la sorveglianza attiva della circolazione del virus *SARS-CoV-2*, in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale;
 - l'attuazione dei piani di vaccinazione anti-Covid.
- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione.
- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.
- Potenziare la copertura vaccinale.
- Assicurare adempimenti LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Screening oncologici

Per l'anno 2022 si conferma il quadro degli obiettivi previsti dal piano regionale della Prevenzione per le attività di *screening* oncologici che ha dato mandato a ciascuna Azienda Sanitaria Locale di garantire, per ciascuno dei tre *screening* attualmente attivi, il rafforzamento delle strutture deputate al coordinamento, all'organizzazione e governo dello *screening* e di quelle deputate all'erogazione delle prestazioni di primo, secondo e terzo livello, giusta D.G.R. n. 1332 del 7 agosto 2020 recepita con Deliberazione D.G. n. 1006 del 6 ottobre 2020.

Obiettivi operativi assegnati alle Strutture Territoriali

Distretti sociosanitari

In coerenza con la programmazione regionale, di seguito si riportano gli obiettivi assegnati ai Distretti Sociosanitari:

- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite Ambulatoriali, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, *Day Service*), secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.

- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e del programma Puglia Care 3.0.
- Programmazione e implementazione dei servizi previsti nei Piani di finanziamento vincolati (FESR - PNRR).
- Attivare e/o potenziare le unità di degenza territoriali - Ospedali di Comunità.
- Potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti dalla regione.
- Assicurare le prestazioni di assistenza sociosanitaria in regime residenziale e semiresidenziale secondo gli standard regionali.
- Attuare gli interventi previsti per il percorso nascita.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di *screening* cervico-uterino e mammografico.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi
- Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica entro i tetti stabiliti dalla regione.

Dipartimento Salute mentale

- Assicurare la Presa in carico dei pazienti psichiatrici.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti di NPI.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne.
- Contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche.
- Contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30gg in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.
- Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali e diurne a gestione diretta.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale.

Dipartimento Dipendenze Patologiche

- Migliorare la capacità attrattiva e di presa in carico dei servizi.
- Migliorare l'appropriatezza dell'offerta.
- Verificare l'efficacia dei piani terapeutici residenziali.
- Implementare *screening* delle patologie infettive correlate.
- Assicurare attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche.
- Assicurare la collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per l'inserimento sociale.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale.

Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione

- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni), assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti in riabilitazione ambulatoriale.
- Potenziare le cure riabilitative domiciliari in raccordo con i Distretti Sociosanitari.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera in dotazione.
- Contenere la degenza media su standard definiti per tipologia di trattamento (riabilitazione fisica, neurologica, pneumologica, cardiologica).
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture private accreditate.
- Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica entro i tetti stabiliti dalla regione.

Obiettivi operativi assegnati alle Strutture ospedaliere

In coerenza con la programmazione regionale, di seguito si riportano gli obiettivi assegnati alle strutture ospedaliere:

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- Predisporre la pianificazione delle attività ambulatoriali e di ricovero (Volumi e tipologia di prestazioni), assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale e al recupero delle prestazioni non erogate nel periodo di emergenza pandemica.
- Assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di Ricovero, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Diagnostica di laboratorio, *Day Service* e Ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Ridurre i ricoveri impropri per DRG ad alto rischio di inappropriatazza nel rispetto dello standard stabilito a livello ministeriale del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e a ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario.
- Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
- Ridurre ricoveri da reparti chirurgici con DRG medico alla dimissione.
- Contenere la degenza media dei ricoveri ordinari.
- Contenere la degenza media preoperatoria.
- Migliorare la qualità di processo: % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione.
- Migliorare la qualità di processo: (H17C) % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno. (H18C) % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di *screening* di primo e secondo livello per mammografico e secondo livello per cervico-uterino e colon retto.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.

- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue.

Obiettivi operativi assegnati per l'assistenza farmaceutica

Di seguito, si riportano gli obiettivi inerenti l'assistenza farmaceutica come rimodulati con le note della Direzione Strategica prot. n. 54700 e n. 54584 del 08.04.2022.

Obiettivi assegnati alle UU.OO.CC e UU.OO.SS.DD. ospedaliere:

- prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da migliore rapporto costo efficacia, con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica;
- adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo, come registrato nel PTR del sistema Edotto), nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti;
- redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto.
- redazione delle prescrizioni farmaceutiche e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto;
- rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni di farmaci;
- aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA *web based* dei registri di monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, delle chiusure delle schede dei farmaci soggetti a rimborso;
- registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica Moss-Armadio di reparto;
- miglioramento dei processi clinici, organizzativi e gestionali per un utilizzo più razionale ed efficiente delle risorse a disposizione.

Obiettivi assegnati alle Direzioni mediche di Presidio:

- in adesione alle disposizioni regionali che prevedono la prescrizione prioritaria dei farmaci biologici con miglior costo efficacia erogati, sia attraverso il canale della Distribuzione per conto sia in farmaceutica convenzionata, assicurare per la durata di trenta giorni un monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche al momento della consegna delle stesse presso i rispettivi uffici SDO;
- verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura MOSS-Armadio di Reparto.

Obiettivi assegnati alle Farmacie Ospedaliere e Distrettuali:

- verifica della prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da migliore rapporto costo efficacia, con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica;
- verifica della prescrizione dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo, come registrato nel PTR del sistema Edotto), nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti;
- verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta;

- costante aggiornamento delle dispensazioni e delle richieste di rimborso di tutti i farmaci sulla piattaforma AIFA *web based* dei registri di monitoraggio;
- verifica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di reparto dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica Moss-Armadio di reparto;
- verifica dell'andamento della spesa rispetto al *budget* assegnato per la gestione degli ordini su MOSS dei beni sanitari.

Obiettivi operativi assegnati alle Aree Tecnico-amministrative e Uffici di staff

Strutture tecnico - amministrative

- Assicurare costante supporto alla direzione generale nella definizione degli indirizzi strategici mediante la predisposizione dei documenti di programmazione e la gestione delle relative procedure:
 - Piani strategici e dei fabbisogni, bilanci di previsione annuali e pluriennali;
 - Piano triennale del fabbisogno di personale con la programmazione e gestione delle procedure di reclutamento;
 - Programma triennale dei lavori pubblici e gestione delle procedure di affidamento ed esecuzione dei lavori;
 - Programma biennale degli acquisti di beni e servizi e gestione delle procedure di gara;
 - Piano pluriennale di acquisizione, aggiornamento e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
 - Piano per la Transizione alla modalità digitale e dematerializzazione;
 - Piano di sviluppo dei sistemi informativi;
 - Piano delle *performance*.
- Procedere alla razionalizzazione e semplificazione delle procedure amministrative e alla verifica e revisione delle procedure amministrative-contabili per la corretta implementazione del MOSS e per la certificabilità dei bilanci.
- Assicurare il supporto al programma aziendale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o di singoli servizi.
- Monitorare le attività programmate mediante la rendicontazione economica trimestrale, la contabilità analitica, l'andamento del *budget* e dei risultati raggiunti.

Strutture afferenti al governo clinico

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale attraverso il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica dei nuovi casi positivi al COVID – 19.
- Assicurare il governo della domanda di assistenza specialistica nelle branche afferenti al Dipartimento mediante il coordinamento dell'offerta territoriale, di concerto con i Distretti Sociosanitari e in rapporto con i Presidi Ospedalieri, e la presa in carico del paziente in percorsi integrati.
- Assicurare la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni nelle strutture a gestione diretta e in quelle convenzionate accreditate, secondo gli standard stabiliti a livello regionale.

- Assicurare il coordinamento nella pianificazione e nella verifica delle attività connesse al governo delle liste d'attesa per l'attività ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri, secondo i rispettivi criteri di priorità, nonché il monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate nel periodo di emergenza pandemica.
- Assicurare percorsi per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la sicurezza complessiva nei percorsi di assistenza e di cura, elaborando metodi e tecniche utili al contenimento eventi avversi correlati alle attività di prevenzione, cura e assistenza.
- Sviluppare cultura e competenza nella valutazione dei volumi e degli esiti, anche mediante l'utilizzo degli indicatori finalizzati al miglioramento continuo della qualità, appropriatezza ed efficacia della diagnosi e della cura, con il monitoraggio continuo dei risultati raggiunti, per le singole specialità aziendali.
- Assicurare l'apporto tecnico-professionale nei programmi aziendali per l'accreditamento istituzionale per le strutture aziendali o dei singoli servizi.
- Potenziare i servizi per la tutela della salute dei lavoratori, anche mediante la mappatura dei rischi e la rilevazione del benessere organizzativo.
- Migliorare la comunicazione istituzionale con il coinvolgimento degli *stakeholder* esterni e la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, anche attraverso una corretta gestione delle segnalazioni e dei reclami.
- Attuare interventi di valutazione partecipativa delle performance, anche con il coinvolgimento delle associazioni.
- Dare piena attuazione alle linee di indirizzo del progetto regionale *Hospitality*.
- Assicurare la redazione e il costante aggiornamento del piano formativo aziendale, per le diverse articolazioni organizzative, e la gestione degli eventi formativi.
- Implementare strumenti di sorveglianza epidemiologica con la produzione di specifici *report* utili nella programmazione delle attività e dei servizi aziendali (Registro Tumori, Sistemi di Sorveglianza di patologia, etc.).
- Assicurare il coordinamento aziendale e il collegamento con la Rete Regionale delle Malattie Rare.
- Monitorare i requisiti organizzativi delle strutture aziendali, con particolare riferimento alle professioni sanitarie e al personale di comparto.

4) Valutazione della *performance* organizzativa

Per la valutazione della *performance* organizzativa sono state utilizzate le schede di *performance* con gli obiettivi operativi assegnati per l'anno 2022 ai rispettivi centri di responsabilità. La valutazione è stata predisposta dalla Struttura Tecnica Permanente sulla base dei dati disponibili forniti dall'Unità Controllo di Gestione e dalle relazioni prodotte dai responsabili delle Macrostrutture aziendali.

4.1 Prevenzione

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è un dipartimento strutturale, disciplinato dal R.R. n. 13/2009, dotato di autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato per centri di costo e di responsabilità ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii..

Pur articolandosi in Unità Operative Complesse (UU.OO.CC.), la cui distribuzione è definita in rapporto con le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio, il Dipartimento di

Prevenzione realizza una integrazione delle attività delle stesse secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e dell'unireferenzialità per l'utenza.

Il Dipartimento di Prevenzione è costituito da strutture operative, omogenee, affini e complementari che pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in Aree Territoriali composte dalle Unità Operative Complesse di:

- a) Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
- b) Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL);
- c) Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
- d) Sanità animale (SIAV AREA A);
- e) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B);
- f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C).

Ai sensi dell'art 1 del citato Regolamento, tenendo conto della peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi del radicamento territoriale dei servizi ed in considerazione della entità numerica della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità e dei collegamenti il territorio della ASL di Lecce è diviso in 2 Aree Territoriali, quello Nord coincidente con l'ex AUSL di Lecce e quello Sud con l'ex AUSL di Maglie.

Il DPCM del 12 Gennaio 2017 ad oggetto *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”* stabilisce, nell'allegato I *“Prevenzione collettiva e sanità pubblica”* i LEA di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione che includono le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. Detto livello si articola in 7 aree di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. Per ogni programma vengono indicate le *“componenti principali”* e tali indicazioni, pur non avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi.

Nell'ambito degli stessi, la Giunta Regionale ha assegnato al Direttore Generale nominato, da ultimo con D.G.R. 6 febbraio 2023 n. 78, tra l'altro, riportando i seguenti obiettivi di mandato:

“11) Attuazione del Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari;

12) Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, ai sensi della D.G.R. n. 2198/2021 e ss.mm.ii., per gli ambiti di competenza”.

Nel merito, la valutazione dei risultati delle Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione è stata effettuata sulla base delle schede di *performance*, così come rimodulate nel 2022, e delle brevi relazioni prodotte dai rispettivi Direttori, tenendo conto dei dati e degli indicatori contenuti nei sistemi informativi in uso presso il Dipartimento, ovvero da banche dati nazionali.

Attività svolte e coordinate dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione

Nell'anno 2022, l'emergenza COVID-19, sia pure con un avvio di regressione, oltre che i Servizi di Igiene e sanità Pubblica, ha condizionato le attività della Direzione del Dipartimento, sia per il personale ancora notevolmente impegnato nelle attività per la prevenzione e contrasto della Pandemia, sia per tutto ciò che è stato conseguenza della stessa, condizionando l'operatività della Macrostruttura.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025, approvato con D.G.R. n. 2198 del 22.12.2021, ha visto il suo avvio con l'adozione della Delibera del Commissario Straordinario n. 182 del 14.09.2022, con la quale si è provveduto all'individuazione di un Dirigente del Dipartimento quale Coordinatore aziendale dell'ASL LE per l'attuazione degli interventi previsti dal livello regionale su base locale. Nel contempo, personale afferente ad alcuni Servizi del Dipartimento ha collaborato con gli Uffici Regionali ed ha fornito agli stessi supporto in materia nelle fasi preliminari ed attuative di Programmi Liberi e Predefiniti dello stesso Piano.

Agli stessi Uffici è stata fornita disponibilità per l'esecuzione degli Audit previsti ai sensi del Regolamento UE 2017/625 dall'Autorità Sanitaria Regionale su quella delle ASL pugliesi.

La Direzione del Dipartimento, con la stesura delle procedure adottate con Deliberazione del Direttore Generale n. 352 del 20.04.2022 ha stabilito, al livello ASL LE, le modalità per l'esazione delle tariffe previste dal Decreto Legislativo n. 32/2021 e dalla D.G.R. n. 1782 del 05.11.2021 su base regionale in tema di finanziamento da parte degli OSA dei controlli ufficiali svolti dai Servizi Dipartimentali addetti alla Sicurezza Alimentare (SIAN, SIAV A, SIAV B, e SIAV C), prevedendo modalità procedurali ed operative per la gestione dell'anagrafe degli Operatori interessati, compresi gli inadempienti e/o i morosi.

In relazione alle attività di monitoraggio dei LEA di competenza, la Direzione Dipartimentale ha provveduto con apposita riunione a sollecitare i singoli Direttori a tal fine attraverso la formalizzazione della programmazione e l'individuazione di appositi indicatori per la verifica dell'attuazione delle attività svolte da ciascun Servizio del Dipartimento.

In merito all'attuazione del Piano Locale dei Controlli in materia Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria, con il Coordinamento attività delle competenti UU.OO.CC ai fini della formalizzazione della Pianificazione / Programmazione dei Controlli Ufficiali nei termini temporali previsti dall'Autorità Competente Regionale, ha predisposto gli atti per l'adozione della Delibera del Commissario Straordinario n. 370 del 09.11.2022. Sempre con la medesima finalità la Direzione del Dipartimento ha inoltre provveduto a:

- monitoraggio e verifica dell'attuazione delle attività di controllo ufficiale ed altre attività ufficiali;
- coordinamento della raccolta dati ai fini dell'eventuale riesame e aggiornamento del Piano Locale dei Controlli Ufficiali e/o alla Relazione Annuale relativa alle attività di Controllo Ufficiale.

La Direzione del Dipartimento, con la graduale riapertura al pubblico, ha potuto riprendere a pieno le attività di sportello all'utenza, ripristinando a pieno regime anche la possibilità di gestione delle istanze e dei reclami inoltrati dai cittadini.

La Direzione del Dipartimento ha inoltre predisposto, per la parte di competenza, il Piano per le Emergenze Maxi-emergenze, adottato con Delibera C.S. n. 82 del 29.07.2022.

Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Area Nord e Area Sud

Nel corso del 2022, l'andamento epidemiologico dell'emergenza COVID-19 ha avuto un andamento decrescente seppure sono state numerose le strutture sociosanitarie e socio assistenziali caratterizzate da focolai di SARS CoV2 che hanno richiesto l'impegno di parte del personale nelle attività di prevenzione e contrasto alla diffusione del virus.

Inoltre, nonostante sia proseguito il pensionamento di personale medico, con conseguente depauperamento dell'organico, le attività istituzionali di Servizio sono state riprese e rappresentano una continuità d'azione avviata negli anni precedenti in linea con le indicazioni aziendali/regionali e in un'ottica di collaborazione con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione e con altre Strutture o Unità Operative dell'Azienda.

Le prestazioni medico legali

In genere rispettano i limiti del *range* prefissato degli obiettivi relativi al P.N.P., ad eccezione delle prestazioni rese nell'articolazione operativa di Campi Salentina per la totale assenza di medici di ruolo in parte sopperita da medici in convenzione con numero ridotto di ore e da unità mediche a scavalco.

Sistemi di sorveglianza sanitaria

Tutte le attività previste dal Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI D'ARGENTO sono state completate come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione. Sono in corso le attività previste per il 2023. Inoltre, sono state rispettate tutte le disposizioni regionali per fronteggiare l'emergenza Covid.

Coperture vaccinali

Sono state tempestivamente assicurate a tutti i MMG/PLS tutte le attività propedeutiche per un ordinato svolgimento della campagna di vaccinazione antinfluenzale (approvvigionamento dei vaccini, protocollo operativo e coordinamento dei flussi dei dati). Soddisfacenti sono le coperture per esavalente, MPR e antipneumococcica. antimeningococco C a 24 mesi, per anti HPV alle dodicenni. Mentre per Antimeningococco C si osserva un minimo scostamento sfavorevole rispetto al valore minimo di accettabilità (l'87% circa contro il 92%).

Verifica delle strutture sanitarie per accreditamento istituzionale

I ritardi nel completamento delle propedeutiche procedure di autorizzazione all'esercizio, da parte delle ASL presso cui devono essere effettuate le verifiche dei requisiti per accreditamento, hanno determinato il conseguente impedimento al raggiungimento del *range* prefissato degli obiettivi relativi alle Performance 2022 e del rispetto dei tempi prestabiliti per l'effettuazione delle verifiche per l'accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-assistenziali.

Adozione Procedure aziendali in ambito Sanità Pubblica

Le continue modifiche in ambito epidemiologico (infezione da Sars-CoV2, vaiolo delle scimmie, introduzione di nuovi vaccini per adulti, ecc.), hanno richiesto la predisposizione e validazione di procedure specifiche relative a processi e azioni in ambito di sanità pubblica tese a favorire percorsi uniformi in ambito aziendale condivisi con tutti gli attori coinvolti (UU.OO. Ospedaliere, MMG/PLS; Specialisti ambulatoriali) con l'obiettivo di facilitare l'accesso del cittadino alle relative prestazioni.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SISP NORD	SISP SUD
Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID - 19	100% Misure adottate	100%	100%
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	100% Rispetto cronoprogramma	80%	100%
Coordinamento Campagna vaccinale - Miglioramento indici copertura vaccinazione antiinfluenzale per anziani	Atti organizzativi coordinamento SI/NO	SI	SI
Miglioramento indici copertura vaccinazione con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	95% (tutte)	94,3%	93%
Miglioramento indici copertura vaccinazione MRP	95%	93,85%	92%
Miglioramento indici copertura vaccinazione antipneumococcica	95%	92,5%	91%
Miglioramento indici copertura vaccinazione antimeningococcica	95%	87,2%	87%
Miglioramento indici copertura vaccinazione Papilloma virus	95%	60,8%	70%
Osservanza Indirizzi Operativi Regionali per il controllo della Legionellosi	100%	100%	100%
Riduzione Tempi d'attesa Prestazioni Medicina Legale Azzeramento attese per esecuzione prestazione	1 giorno	1 giorno	1 giorno
Partecipazione Conferenze dei Servizi per Valutazioni Impatto Ambientale o Valutazioni Progetti ex L.241/1990	100%	100%	100%
Adozione Procedure aziendali in materia di Sanità Pubblica	N. Procedure adottate	3,00	//
Effettuazione su Strutture Sanitarie nei tempi previsti delle Verifiche richieste dalla Regione	100%	100%	100%

Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) Area Nord e Area Sud

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ha la finalità di tutelare la salubrità e sicurezza degli alimenti e delle bevande e di promuovere nelle comunità l'adozione di uno stile di alimentazione sana che si accompagna all'abitudine ad una adeguata attività fisica.

In particolare, il SIAN svolge le seguenti attività:

- garantisce la sicurezza degli alimenti e delle bevande immessi al consumo effettuando i controlli ufficiali sulle imprese alimentari, anche mediante campionamenti, secondo la legislazione regionale vigente in materia;
- promuove e verifica l'adozione da parte delle imprese alimentari di sistemi di autocontrollo di provata efficacia e di adeguati percorsi formativi per tutti gli operatori;
- concorre insieme agli Enti Gestori degli acquedotti pubblici ad assicurare la qualità dell'acqua destinata al consumo umano anche mediante campionamenti;

- promuove l’abitudine ad una sana alimentazione mediante interventi di informazione ed educazione alimentare che mirano a contrastare i fattori di rischio nutrizionale;
- svolge il servizio di Ispettorato micologico verificando la commestibilità dei funghi freschi spontanei;
- in occasione di intossicazione e tossinfezione alimentari o su segnalazione da parte del sistema di allerta comunitaria effettua indagini sugli aspetti tecnici di specifica competenza in collaborazione con gli altri Servizi dipartimentali;
- promuove un utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari ed esercita il controllo sul loro commercio ed utilizzo.

Per ciascuna di queste attività, ogni anno i SIAN Area Nord e Area Sud del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Lecce fissano gli obiettivi da raggiungere al fine di assicurare il raggiungimento dei valori di performance.

Di seguito i risultati raggiunti:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAN NORD	SIAN SUD
Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19	100% Misure adottate	100%	100%
Numero dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di residui di fitosanitari in alimenti in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n. dei controlli previsti dalla programmazione regionale	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	76 C.U. su 75 previsti	73 C.U. su 73 previsti
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04) *100	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	728 C.U. su 728 previsti	445 C.U. su 443 previsti
numero di campioni ufficiali effettuati dalla ASL / n. di campioni attribuiti all'ASL con PRIC per ciascuna delle 39 matrici in riferimento all'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (con nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017)	100% dei Campioni previsti nel PLC	157 Campioni su 157 previsti	168 Campioni su 167 previsti
Controlli ispettivi in materia di sicurezza nutrizionale	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	90 C.U. su 85 previsti	N.A.
Controlli ufficiali ad hoc	esecuzione di controlli in almeno 85% delle richieste di intervento	100% C.U. richiesti	100% C.U. richiesti
Controlli ispettivi in materia di acque destinate al consumo umano	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	10 C.U. su 10 previsti	N.A.
Controlli analitici (campioni) relativi alle acque destinate al consumo umano	95% dei C.U. previsti nel PLC	275 Campioni su 250 previsti	211 Campioni su 210 previsti
Controlli su richiesta pervenute al Centro di Controllo Micologico	100% delle certificazioni e consulenze richieste	N.A.	100% (35)

Controlli Ufficiali su rivendite di prodotti fitosanitari ed aziende agricole	95% dei C.U. previsti nel PLC	N.A.	21 C.U. su 21 previsti
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	95% attività previste	100%	100%

Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL) Area Nord e Area Sud

Nei primi mesi dell'anno, è stata svolta attività di contrasto alla pandemia da COVID-19, effettuando attività vaccinale presso il Museo S. Castromediano, ed attività di vigilanza su strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie.

Obiettivo primario degli SPESAL pugliesi è il raggiungimento del c.d. Parametro LEA fissato ad un valore maggiore o uguale al 5% (percentuale di aziende ispezionate/ aziende con almeno un dipendente).

Nel 2022, nella macro area Nord sono state controllate complessivamente in misura percentuale leggermente inferiore a quella prevista le unità produttive locali rispetto a quelle censite, questo anche in considerazione dell'imprevedibilità del dato di partenza, legato agli incentivi statali nell'ambito del settore edilizia; si considera il risultato raggiunto poiché rientra nel *range* di tolleranza fissato tra l'80%-90%, mentre nella U.O.C. Sud il risultato è stato pienamente conseguito e ciò ha bilanciato il dato su base provinciale.

Di seguito, nel dettaglio l'insieme dei risultati conseguiti:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SPESAL NORD	SPESAL SUD
Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19	100% Misure adottate	100%	100%
Controlli sulle attività produttive	≥ 5% (percentuale di aziende ispezionate/ aziende con almeno un dipendente)	4,56% (1026 ispezioni effettuate)	> 5% (798 ispezioni effettuate)
Realizzazione di un piano di Vigilanza annuale sugli Obblighi aziendali di Salute e Sicurezza sul Lavoro in ambito agricolo e della zootecnia relativi a Specifici Rischi	40	78 aziende vigilate (>100%)	99 aziende vigilate (>100%)
Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al REACH/CLP	35	52 interventi effettuati (>100%)	35 interventi effettuati (100%)
Monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	18%	12% (118 cantieri ispezionati)	10,3% (61 cantieri ispezionati)
Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali di valutazione del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni incluso amianto	+15% rispetto al 2015	+13,5% (pari a 49 aziende)	+15% (pari a 111 aziende)
Realizzazione di uno Sportello informativo anche attraverso strumenti Informatici, per ex esposti ad agenti cancerogeni	SI	SI	SI
Realizzazione di un sistema informativo basato sui flussi dati CIC per la ricerca attiva dell'esposizione professionale a cancerogeni (incluso Amianto)	100% delle CIC attivate	80% delle CIC attivate	100% delle CIC attivate

finalizzata all'emersione dei casi (incremento del numero di denunce malattie professionali).			
Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente	0,15%	0,15% (460 cantieri ispezionati su 460 previsti)	> 0,15% (352 cantieri ispezionati su 300 previsti)
Verifica congruenza della sorveglianza sanitaria	0,5% aziende edili vigilate sul totale	0,5% pari a 587 (100%) aziende edili vigilate	0,42% pari a 250 (83%) aziende edili vigilate
Percentuale di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento	35	78 (> 100%)	35 (100%)
Numero di aziende LEA vigilate per Rischio SLC nell'annualità di Riferimento	10	40 (> 100%)	12 (> 100%)
Esame progetti ai sensi dell'art. 67 del D.Lgs. 81/08, Pareri per deroghe art. 63 e 65 D.Lgs. 81/08), Controlli su asseverazioni, SCIA ed agibilità. Ricorsi ex at. 41. Partecipazione/predisposizione interventi che afferiscono al comitato tecnico regionale incidenti rilevanti. Partecipazioni a conferenze di servizi per rilascio/rinnovo/modifica AIA – AUA. Autorizzazione per l'esercizio delle Strutture Sanitarie.	100% delle richieste	12 (100%)	41 (100%)
Inchieste per malattie professionali e infortuni su delega dalla Procura	100% delle richieste	100% (66 richieste)	100% (36 richieste)
Organizzazione e/o partecipazione ad eventi formativi/informativi rivolti ai protagonisti della sicurezza sul lavoro (datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori e altri) in materia di agenti cancerogeni incluso amianto, agricoltura, edilizia, SLC, MSK e prodotti fitosanitari.	100% delle richieste	100% (26 richieste)	100% (8 richieste)

Servizi Veterinari di Sanità Animale (SIAV A) Area Nord e Area Sud

Tutti i dati relativi all'Attuazione del Piano Locale dei controlli relativo all'anno 2022 possono essere reperiti sul Sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute (all'indirizzo <https://www.vetinfo.it/>) nelle sue varie articolazioni relative ad "anagrafi", "controlli", "emergenze e rendicontazioni".

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV A NORD	SIAV A SUD
Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID - 19	100%	100%	100%
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina)	100%	100% (192 aziende controllate su 192 soggette a programma)	100% (342 aziende controllate su 342 soggette a programma)

MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati)	100%	100% (151 allevamenti bovini controllati su 160 per rarefazione dei controlli come territorio Indenne e 177 allevamenti ovicaprini controllati su 177)	100% (213 allevamenti bovini controllati su 213 previsti e 184 allevamenti ovicaprini controllati su 184 previsti)
ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	3%	Controllato il 5% degli allevamenti come da PLC 2022 - 10 allevamenti	Controllato il 3% degli allevamenti come da PLC 2022 - 9 allevamenti
Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	20%	Completato controllo su 20% allevamenti come da Piano di Controllo (26 controllati su 26)	Completato controllo su 20% allevamenti come da Piano di Controllo (37 controllati su 37)
Piano di Sorveglianza Blue Tongue	100%	100% E.O.G. in allevamenti. Trappolaggio insetti vettori - 1 cattura per settimana	100% E.O.G. in allevamenti. Trappolaggio insetti vettori - 1 cattura per settimana
Piano di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini	100%	100% (464 montoni controllati)	100% (133 montoni controllati)
Piano di controllo per la paratubercolosi bovina	90%	100% visite cliniche in animali in 192 allevamenti controllati su 192 previsti	100% visite cliniche degli animali in 342 allevamenti controllati su 342 previsti
Sorveglianza della Malattia di Aujeszky	100%	85,5% (23 allevamenti controllati su 27 previsti)	100% degli allevamenti previsti
Piano Nazionale integrato di sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu	100%	100% controlli previsti	100% controlli previsti
Piano di nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli	100%	100% (27 allevamenti controllati su 27 previsti)	100% (8 allevamenti controllati su 8 previsti)
Piano di sorveglianza nazionale Aethina tumida	100%	100% (5 controlli effettuati su 5 previsti)	100% (3 controlli effettuati su 3 previsti)

Partecipazione attiva da parte di personale afferente al SIAV A ai fini dell'attuazione in sede locale degli adempimenti regionali	SI	SI	SI
--	----	----	----

Servizi di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAV B) Area Nord e Sud

I SIAV B sono strutture complesse, articolati a livello centrale nel Dipartimento di Prevenzione e a livello territoriale in due Aree territoriali, Macro-area Nord di Lecce e Macro-area Sud di Maglie, con due Unità Operative Semplici Territoriali per ciascuna Struttura Complessa.

Tipo e livello organizzativo costituisce un punto di forza dei Servizi Veterinari, storicamente ancorati al territorio che consentono un modello operativo di riferimento e di collaborazione con altri servizi.

L'azione dei Servizi Igiene degli alimenti di Origine Animale è fondamentale orientata all'espletamento di un complesso di funzioni che, afferiscono ai seguenti settori di competenza:

- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto, vendita dei prodotti di origine animale e loro derivati quali carne, prodotti ittici, molluschi bivalvi, latte, uova, miele, *novel-food*, etc.;
- igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV B NORD	SIAV B SUD
Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID - 19	100%	100%	100%
Predisposizione strumento programmatico che consenta di elaborare ed attuare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale integrato dei Controlli	Definizione del Documento di indirizzo e rendicontazione annuale	D.C.S. n. 370 del 09.11.2022	D.C.S. n. 370 del 09.11.2022
Numero dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n. dei controlli previsti dal medesimo Piano	100% dei controlli previsti attuabili	100% (35 controlli effettuati su 35 previsti) *attività svolta in modo coordinato e congiunto con SIAV B Nord/Sud	
numero di campioni ufficiali effettuati dalla ASL / n. di campioni attribuiti all'ASL con PRIC per ciascuna delle 39 matrici in riferimento all'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (con nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017)	100% dei previsti nel PLC attuabili	100% (179 campioni effettuati su 179 previsti)	> 100% (194 campioni effettuati su 180 previsti)
Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	rispetto dei campioni previsti PRC per ovini e caprini	>100% (23 campioni su ovini effettuati su 16 previsti) e > 61% (39 campioni su caprini effettuati su 49 previsti) *attività svolta in modo coordinato e congiunto con SIAV B Sud	
Controlli Programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari	Controlli Ufficiali su Disposizione UVAC 133	> 100% (44 campioni effettuati su 30 previsti su alimenti da UE e	

Ministero della Salute	Cartolari/identità/materiali 103 + 30 con Campioni Percentuale attesa >=95%	117 controlli cartolari di merci da UE su 103 previsti) *attività svolta in modo coordinato e congiunto con SIAV B Sud	
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04) *100	20%	100% (873 OSA registrati Reg. 852 controllati su 263 previsti effettuando 980 ispezioni)	100% (851 OSA registrati Reg. 852 controllati su 281 previsti effettuando 876 ispezioni)
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di Controlli Ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabiliti dallo stesso Piano. (Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04) *100	33%	> 100% (76 OSA riconosciuti Reg. 853 controllati su 26 previsti effettuando 24 audit e 180 ispezioni)	> 100% (60 OSA riconosciuti Reg. 853 controllati su 31 previsti con 60 audit)
Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	Garantire la gestione dei Sistemi di Allerta Notificate al Servizio 100%	100% (124 verifiche per notifiche di allerta effettuate su 124 pervenute)	100% (124 verifiche per notifiche di allerta effettuate su 124 pervenute)
Attività tecnico istruttoria in relazione alle pratiche per il Riconoscimento (bollo CE) delle attività produttive, relativamente ai prodotti di origine animale.	Garantire l'istruttoria del 100% delle richieste notificate al Servizio	100% (6 pratiche di riconoscimento istruite su 6 pervenute)	100% (15 pratiche di riconoscimento istruite su 15 pervenute)
Piano Nazionale per la sorveglianza e controllo dell'anemia infettiva degli equidi	Garantire il 100% delle indagini su tutti gli equini presentati al macello	100% (465 campioni effettuati su 465 previsti)	100% (950 campioni effettuati su 950 previsti)
Attività di Controllo ad hoc	Garantire il 100% dei controlli ufficiali non programmati	100% (16 ispezioni effettuate per 8 episodi di MTA verificatisi - 15 controlli ad hoc effettuati per richieste di altri Enti/Amministrazioni)	100% (10 ispezioni effettuate per 7 episodi di MTA verificatisi - 15 controlli ad hoc effettuati per richieste di altri Enti/Amministrazioni)
Attività di verifica dell'efficacia. a) tramite verifica periodica di una percentuale significativa di verbali ispezione, check-list ecc. elaborati dal personale preposto ai C.U.; b) valutazione sul campo, verifica sul campo, su base annuale	Rispetto della percentuale prevista del 33%	17 addetti ai controlli ufficiali verificati pari al 61%	9 addetti ai controlli ufficiali verificati >33%

Servizio Veterinario Igiene allevamenti e Produzioni Zootecniche (SIAV C) Area Nord e Area Sud

I Servizi Veterinari di Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Macro Area Nord e Area Sud, riguardo alle funzioni di competenza, sono tenuti a predisporre ed attuare annualmente il Piano Locale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare, secondo criteri stabiliti e sono

previste ben determinate attività, in attuazione del PRC, Piano Regionale dei Controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

I controlli ufficiali sono eseguiti in base alla categorizzazione del rischio delle aziende, utilmente riportata nella sezione Vetinfo, applicativi Classyfarm e REV.

Detto Piano ha previsto, tra l'altro, controlli benessere animale negli allevamenti, durante il trasporto e il macello, in allevamenti con indirizzo produttivo latte, in allevamenti con indirizzo produttivo uova (Reg Ce 852 e 853/2004) e per il Piano farmacosorveglianza in allevamento bovino, ovino e caprino.

Detti obiettivi sono stati raggiunti.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV C NORD	SIAV C SUD
Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19	100%	100%	100%
Attività di controllo sull'alimentazione animale (PNAA)	100% dei campioni previsti	100% (25 campioni effettuati su 25 previsti)	100% (25 campioni effettuati su 25 previsti)
Numero dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n. dei controlli previsti dal medesimo Piano	100% dei controlli previsti	100% (5 controlli ufficiali effettuati su 5 controlli previsti)	100% (5 controlli ufficiali effettuati su 5 controlli previsti)
Controlli benessere animale negli allevamenti, durante il trasporto e al macello	90% dei controlli previsti	> 100% (98 controlli ufficiali effettuati su 56 controlli ufficiali previsti)	100% (39 controlli ufficiali effettuati su 39 controlli ufficiali previsti)
Controlli igiene delle produzioni zootecniche	90% dei controlli previsti	> 100% (50 controlli ufficiali effettuati su 39 controlli ufficiali previsti)	100% (15 controlli effettuati su 15 controlli previsti)
Controlli piano farmacosorveglianza in allevamenti (bovino, ovino, caprino), farmacie, strutture veterinarie, Medici veterinari	90% dei controlli previsti	> 100% (149 controlli ufficiali effettuati su 132 controlli ufficiali previsti)	100% (3 controlli effettuati su 3 controlli previsti)
vigilanza e controllo sui sottoprodotti di origine animale (SOA)	90% dei controlli previsti	> 100% (392 controlli ufficiali effettuati su 17 controlli ufficiali previsti)	100% (15 controlli ufficiali effettuati su 15 controlli previsti)

Macro-area obiettivo: Sanità digitale

Tutte le UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione hanno adempiuto interamente agli obblighi informativi, inserendo tutti i dati relativi alle anagrafi, ai controlli effettuati e alle rendicontazioni, nel rispetto dei termini previsti, nei confronti della Regione Puglia e di altri Enti e/o Amministrazioni, in conformità alle disposizioni normative e regolamentari vigenti, secondo le specifiche tecniche e le modalità imposte dalla Regione o dal Ministero.

Macro-area obiettivo: Aspetti economici, finanziari ed efficienza organizzativa

È stata garantita una costante verifica per le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.

Si è provveduto, inoltre, alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che – per il Dipartimento di Prevenzione – nell'anno 2022, si assesta intorno al valore – 39, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

Macro-area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

Tutte le UU.OO. del Dipartimento si sono attenute al rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, rispettando le misure previste nel PTPCT aziendale. Il personale è stato adeguatamente informato delle misure contenute nei programmi citati, mediante apposite riunioni sul tema.

Relativamente alla formazione e aggiornamento professionale personale dipendente, si è provveduto nel 2022 all'attivazione ed alla partecipazione di corsi di formazione ad hoc.

Valutazione risultati Dipartimento di Prevenzione

Dall'analisi dei dati relativi alle schede di valutazione degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca, per tutti i servizi del Dipartimento di Prevenzione, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 90%.

Screening oncologici

La U.O.S.D. *Screening* Oncologici ha avuto come obiettivo principale quello di assicurare il pieno utilizzo delle capacità erogative messe a disposizione dalle diverse UU.OO. per l'attuazione degli *screening*. A tal fine, si è provveduto a negoziare con le UU.OO. interessate i volumi di attività per migliorare gli indici di *performance* e raggiungere gli obiettivi assegnati dalla Regione. Nel corso del 2022, la U.O.S.D. ha utilizzato pienamente le risorse diagnostiche e di personale impegnate nell'attività, registrando un miglioramento delle *performance* rispetto al biennio 2020-2021, con particolare riferimento allo *screening* del tumore del colon retto, come si evince dalle tabelle che seguono.

Screening mammografico

Popolazione Bersaglio *target* nel 2022: n. 54.516 donne tra 50 e 69 anni
Esame di 1° livello: mammografia

Anno	Inviti/lettere	Presenze/esami 1° livello	Presenze/esami 2° livello	Totale esami	Estensione n. inviti lettere/pop. bersaglio	Adesione n. esami/inviti lettere
2020	19.023	13.107	1.583	14.600	32,9%	68,9%
2021	26.430	21.089	1.678	22.767	45,7%	79,8%
2022	27.340	20.998	1.395	22.393	50,15%	79,43%

Screening cervicce - uterino

Esame di 1° livello: Pap test
 Popolazione Bersaglio *target* nel 2022: n. 68.528 donne tra 25 e 64 anni

Anno	Inviti/lettere	Presenze/esami 1°liv	Presenze/esami 2°liv.	Totale esami	Estensione	Adesione
2020	29.939	10.514	1.011	11.525	40%	35%
2021	22.198	13.647	1.183	14.830	30%	61,5%
2022	34.949	18.697	235	18.932	51,09 %	56,85%

Screening colon – retto

Popolazione bersaglio *target* nel 2022: n. 115.451 cittadini tra 50 e 69 anni
 Esame 1° livello: FOB, Esame 2° livello: Colonscopia

Anno	N. inviti/lettere	N. campioni accettati	Estensione	Adesione
2021	27.301	6.456	23,77%	22,66%
2022	37.638	9.073	33,25%	24,33%

4.2 Assistenza Distrettuale

I Distretti Socio Sanitari (D.S.S.) sono articolazioni organizzative-funzionali della ASL preposti all'erogazione dell'attività sanitaria e sociosanitaria territoriale finalizzata alla presa in carico globale della persona e alla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione assistita residente nei diversi Comuni ricadenti nei 10 Distretti Socio Sanitari: Campi Salentina, Casarano, Galatina, Gallipoli, Gagliano Del Capo, Lecce, Maglie, Martano, Nardò, Poggiardo.

Macro-area obiettivo: Capacità di Governo della Domanda Sanitaria

In materia di Prevenzione Contrasto dell'Emergenza Epidemiologica COVID-19 sono rispettate tutte le misure regionali e sono state attuate tutte le disposizioni regionali e della Direzione Generale. In particolare, sono state adottate le seguenti misure di prevenzione: igiene di persona e ambienti, utilizzo mascherine e guanti, distanziamento, verifica *green pass*, *triage*, disinfezione dopo ogni visita, chiamate a visita programmate, tamponi molecolari per personale e pazienti, vaccinazione a personale e popolazione, attivazione e gestione sedi USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale per la cura a domicilio dei pazienti Covid positivi), lavoro agile per il personale dipendente. L'obiettivo è raggiunto al 100%.

In riferimento all'Attuazione del Piano Regionale dei Tempi di Attesa, il piano delle attività è stato elaborato in linea con le risorse disponibili e comunque, analizzando le prestazioni totali (Fonte dati: sistema WBS) si rileva un numero complessivo totale di prestazioni effettuate nel 2022 pari a n. 491.854, superiore all'anno 2021 (n. 444.939), con uno scostamento positivo pari al 9,54%.

Poliambulatorio	Prestazioni anno 2022	Prestazioni anno 2021	Scostamento %
CASARANO	32325	22345	30,87
MAGLIE	45846	36589	20,19
CAMPI S.	39551	33748	14,67
MARTANO	46664	41671	10,70
GAGLIANO DEL C.	54806	49316	10,02
GALATINA	22262	20793	6,60
NARDO'	52436	49106	6,35
LECCE	143715	135733	5,55
POGGIARDO	29216	28373	2,89
GALLIPOLI	25033	27265	-8,92
TOTALE	491854	444939	9,54

La variabilità dei dati registrati per singolo distretto è in relazione, soprattutto, alla disponibilità di risorse umane, in particolare di sedici Specialisti, che hanno subito variazioni in corso d'anno per trasferimenti, pensionamenti, assenze prolungate per malattia e gravidanza, senza la possibilità di sostituzione. Tale situazione, ancorché presente nella maggior parte dei Distretti, ha inciso in misura maggiore sul Distretto di Gallipoli per il collocamento a riposo di specialisti non sostituiti (quali cardiologo, medico dello sport e chirurgo vascolare) nonché per il trasferimento in altra sede (Bari) di specialista neurologa (non sostituita).

Riguardo le prenotazioni in regime di priorità, a livello aziendale le percentuali di soddisfacimento delle attese *ex-ante* rilevate da CUP aziendale e da Cruscotto Regionale, per quanto riguarda le urgenze U (entro 3 gg) e B (entro 10 gg), raggiungono nella quasi totalità (100%) valori di soddisfacimento della domanda entro i tempi stabiliti. Per quanto riguarda le prestazioni differibili D (30 gg visite e 60 gg prestazioni strumentali), le attese risultano in fascia verde (ovvero con soddisfacimento della domanda nei tempi > 70%) per tutte le prestazioni strumentali. Per le prestazioni di visita medica si registra comunque un *trend* in miglioramento rispetto all'anno 2021, con un soddisfacimento del 50% nel 2022 rispetto al 25% dell'anno precedente, considerando che molte prestazioni di visita fra le più richieste vengono necessariamente prenotate contemporaneamente alla prestazione strumentale ad essa legata come nel caso di visita cardiologica con ECG, visita otorino con esame audiometrico, visita oculistica con fondo oculare, visita pneumologica con spirometria, visita ginecologica con ecografia, visita dermatologica con epiluminescenza. Ciò comporta che il paziente possa essere utilmente gestito nella sua interezza (per la visita e per la prestazione strumentale) in un unico accesso.

Fra le azioni messe in atto per il miglioramento dell'offerta delle prestazioni, si evidenziano l'attivazione del **Cup Tutor Distrettuale** e l'inserimento nelle "**Agende Dedicare**", grazie all'interlocuzione diretta con gli Specialisti Ambulatoriali, delle richieste invase all'interno del territorio di competenza allo scopo di garantire in loco l'erogazione delle prestazioni richieste nei tempi dovuti delle prestazioni codificate U B D (riferimento "Piano Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa ASL LE 2019" approvato con Deliberazione Commissario Straordinario n. 1120 del 08.08.2019, ancora oggi vigente). Si è provveduto all'**aggiornamento delle agende specialistiche** con razionalizzazione dei tempi delle prestazioni in epoca post-Covid 19; sono stati attivati il **Monitoraggio mensile delle Concordanze UBD** e il **Monitoraggio una tantum di numero e tipologia delle visite/prestazioni per singolo specialista** con conseguente reportistica ai fini dell'audit per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Per tutti i motivi di cui innanzi si ritiene raggiunto lo *standard* fissato.

Per una visione completa del governo dei tempi di attesa si rimanda al paragrafo successivo 4.3.

Per quanto riguarda l'esercizio dell'Attività Libero Professionale, tutti i Distretti hanno registrato un volume delle prestazioni ALPI notevolmente inferiore al volume delle prestazioni istituzionali, nel rispetto dello *standard* fissato dalla norma.

Macro-Area obiettivo: Appropriatelyzza e qualità

Nell'ambito della macro-area, ai D.S.S. è assegnato come obiettivo operativo l'Attuazione del Percorso Nascita. L'attività relativa agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (I.A.N.) si è svolta nelle sedi dei Consultori Familiari, ed è stata rivolta alle donne gravide residenti e/o presenti nel territorio di competenza ASL LE.

Nella tabella seguente sono riportati i dati di attività aziendali afferenti al Percorso Nascita:

ATTIVITA' CONSULTORI FAMILIARI ASL LECCE - ANNO 2022

PRESTAZIONI PERCORSO NASCITA	Totale	di cui per Straniere
N. coppie accolte per consulenza preconcezionale	70	3
N. donne non in coppia accolte per consulenza preconcezionale	211	4
N. visite ostetriche	5.959	1.694
N. Ecogr.ost. 1° trim.	1.247	326
N. Ecogr.ost. 2° trim.	1.211	296
N. Ecogr.ost. 3° trim.	936	298
N. Donne gravide assistite	967	281
N. Agende gravidanza consegnate	814	156
N. donne partecipanti incontri Accompagnamento Nascita	1.095	13
N. primipare partecipanti incontri Accompagnamento Nascita	943	8
N. incontri Accompagnamento Nascita	788	4
N. incontri di gruppo per allattamento al seno	112	1
N. donne incontrate in puerperio (consulenze individuali) in consultorio	473	36
N. donne incontrate in puerperio (consulenze individuali) a domicilio	69	-
N. donne contattate telefonicamente in puerperio	761	11
N. donne puerpere partecipanti agli incontri di gruppo	80	-

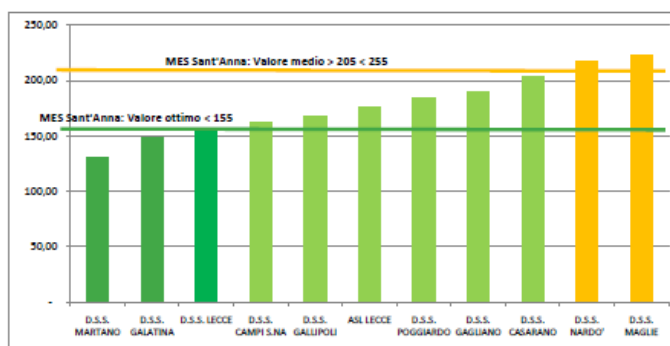
Macro-Area obiettivo: Assistenza Sanitaria Territoriale

Riduzione tasso di ospedalizzazione delle patologie cronico-degenerative per 100mila abitanti

I D.S.S. hanno attivato percorsi di presa in carico relativi all'attuazione Programma Puglia Care 3.0. I ricoveri ordinari per scompenso cardiaco (50-74 anni) sono diminuiti nel 2022 (n. 475; tasso 176,69) rispetto al 2021 (n. 486; tasso 181,07). In particolare, per lo scompenso cardiaco, i D.S.S. di Martano e Galatina rientrano nel valore ottimo dell'indicatore (< 155), i D.S.S. di Nardò e Maglie nel valore medio (> 205 e < 255), i restanti D.S.S. nella fascia intermedia (≥ 155 e ≤ 205). In materia cardiologica, si segnala l'impattato positivo del "Progetto Salentima-

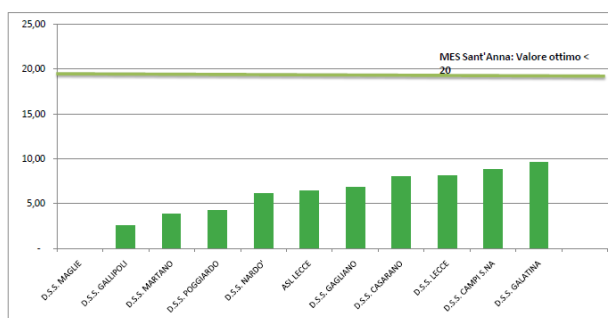
Prevenzione” che prevede la prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica grazie alla collaborazione fra Cardiologia del P.O. “Fazzi”, altre Cardiologie ospedaliere, i Cardiologi Territoriali ed i MMG.

Distretto di residenza dell'assistito	Ricoveri ordinari per scompenso (50-74 anni)			Popolazione 50-74 anni (ISTAT 01/01/2022)	Tasso ospedalizzazione *100.000 ab.
	presso ospedali a gestione diretta e convenzionati (2022)	Mobilità extraregionale (2021)	Mobilità intraregionale (2022)		
A210 D.S.S. LECCE	88	4	2	60.498	155,38
A211 D.S.S. CAMPI S.NA	46	1	-	28.990	162,12
A212 D.S.S. NARDO'	65	1	-	30.307	217,77
A213 D.S.S. MARTANO	21	-	1	16.846	130,59
A214 D.S.S. GALATINA	30	-	-	20.158	148,82
A215 D.S.S. MAGLIE	42	1	-	19.286	222,96
A216 D.S.S. POGGIARDO	27	-	2	15.726	184,41
A217 D.S.S. GALLIPOLI	39	1	1	24.420	167,90
A218 D.S.S. CASARANO	45	1	2	23.661	202,87
A219 D.S.S. GAGLIANO	53	2	-	28.938	190,06
	456	11	8	268.830	176,69



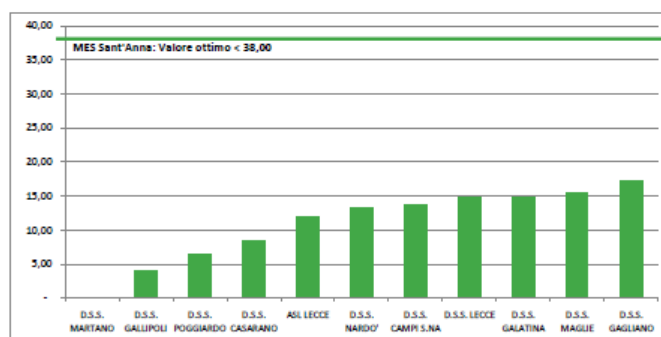
I ricoveri ordinari per diabete (35-74 anni) restano con numeri esigui e comunque in diminuzione nel 2022 (n. 27; tasso 6,40) rispetto al 2021 (n. 47; tasso 11,05). Per il diabete, tutti i D.S.S. rientrano nel valore ottimo < 20.

Distretto di residenza dell'assistito	Ricoveri ordinari per diabete (35-74 anni)			Popolazione 35-74 anni (ISTAT 01/01/2022)	Tasso ospedalizzazione *100.000 ab.
	presso ospedali a gestione diretta e convenzionati (2022)	Mobilità extraregionale (2021)	Mobilità intraregionale (2022)		
A210 D.S.S. LECCE	6	1	1	98.137	8,15
A211 D.S.S. CAMPI S.NA	-	4	-	45.399	8,81
A212 D.S.S. NARDO'	2	1	-	48.661	6,17
A213 D.S.S. MARTANO	1	-	-	26.029	3,84
A214 D.S.S. GALATINA	3	-	-	31.295	9,59
A215 D.S.S. MAGLIE	-	-	-	29.478	-
A216 D.S.S. POGGIARDO	1	-	-	23.447	4,26
A217 D.S.S. GALLIPOLI	1	-	-	38.275	2,61
A218 D.S.S. CASARANO	3	-	-	37.296	8,04
A219 D.S.S. GAGLIANO	2	1	-	44.105	6,80
	19	7	1	422.122	6,40



I ricoveri ordinari per BPCO (50-74 anni) (Broncopatia Cronica Ostruttiva) restano con numeri esigui e comunque in diminuzione nel 2022 (n. 32; tasso 11,90) rispetto al 2021 (n. 42; tasso 15,65). Per la BPCO tutti i D.S.S. rientrano nel valore ottimo < 38.

Distretto di residenza dell'assistito	Ricoveri ordinari per BPCO (50-74 anni)			Popolazione 50-74 anni (ISTAT 01/01/2022)	Tasso ospedalizzazione *100.000 ab.
	presso ospedali a gestione diretta e convenzionati (2022)	Mobilità extraregionale (2021)	Mobilità intraregionale (2022)		
A210 D.S.S. LECCE	9	-	-	60.498	14,88
A211 D.S.S. CAMPI S.NA	3	1	-	28.990	13,80
A212 D.S.S. NARDÒ	3	1	-	30.307	13,20
A213 D.S.S. MARTANO	-	-	-	16.846	-
A214 D.S.S. GALATINA	3	-	-	20.158	14,88
A215 D.S.S. MAGLIE	3	-	-	19.286	15,56
A216 D.S.S. POGGIARDO	1	-	-	15.726	6,36
A217 D.S.S. GALLUPOLI	1	-	-	24.420	4,10
A218 D.S.S. CASARANO	2	-	-	23.661	8,45
A219 D.S.S. GAGLIANO	5	-	-	28.938	17,28
	30	2	-	268.830	11,90



Servizi previsti nei piani vincolati (FESR e PNRR)

Tutti i Direttori dei Distretti Socio Sanitari hanno collaborato in un lavoro propedeutico con la Direzione Strategica dell'Azienda ASL LE, in particolare per la programmazione degli interventi previsti dal PNRR, Misura 6 C1 (Reti di prossimità, ricerca e digitalizzazione e telemedicina per l'assistenza territoriale) e C2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN). Gli interventi previsti per la realizzazione della M6 – C1 sono: - N. 24 case della Comunità e presa in carico della persona; - ADI, n. 7 COT e Telemedicina; n. 6 Ospedali di Comunità.

Ricoveri in Ospedale di Comunità

Nella ASL LE sono attivi gli Ospedali di Comunità di Campi Salentina e Nardò, con disponibilità, rispettivamente, di n. 12 e n. 15 posti letto nell'anno 2022.

L'Ospedale di Comunità del D.S.S. Campi Salentina nell'anno 2022 ha registrato un numero di ammissioni pari a 85 (n. 56 nel 2021 con n. 8 posti letto), per un numero di giornate di degenza pari a 2.287.

L'Ospedale di Comunità del D.S.S. di Nardò, già accreditato a livello Regionale, nell'anno 2022 ha registrato un numero di ammissioni pari a 129 (n. 94 nel 2021) per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 2.693.

A causa dell'emergenza COVID-19, i pazienti sono stati ospitati in stanza singola con conseguente riduzione della disponibilità dei posti letto effettivamente utilizzabili. Inoltre, una stanza di degenza con letto unico è stato riservato all'eventuale isolamento di pazienti con sintomi sospetti per infezione da COVID-19 o soggetti positivi in attesa di trasferimento in reparto

idoneo. Prima del ricovero, ai pazienti provenienti da un reparto ospedaliero è stata chiesta l'esecuzione del test molecolare SARS-Cov-2 (eseguito entro le 72 ore precedenti l'ingresso in ODC). Ai pazienti provenienti dal domicilio, il test molecolare è stato eseguito al momento del ricovero in ODC. Durante la degenza, tutti i pazienti sono stati sottoposti a tampone molecolare di sorveglianza secondo quanto previsto dalle norme vigenti. A tutti i pazienti, al momento della dimissione, è stato effettuato un ulteriore test SARS-Cov-2.

Tutte le richieste di ricovero nei due Ospedali di Comunità sono state soddisfatte, e tenuto conto dei vincoli dovuti alle misure di prevenzione per emergenza Covid, il tasso di utilizzo dei posti letto è stato pari al 100%.

L'Assistenza Domiciliare

Per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP con SVaMA), la tabella seguente riporta i dati del 2022, anno per il quale la Regione Puglia – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, con nota prot. 183/PROT/05/05/2023/0007031, ha formalmente chiesto di inserire nel sistema Edotto, oltre i dati dell'ADI, anche quelli delle ADP con SVaMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Anziane).

UTENTI TOTALI E ≥ DI 65 ANNI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISTRETTO - ANNO 2022								
DSS	N. Assistiti con valutazione	N. Assistiti con valutazione ≥ 65 anni	N. Assistiti ADP con valutazione	N. Assistiti ADP con valutazione ≥ 65 anni	Totale N. Assistiti con valutazione	Totale N. Assistiti con valutazione ≥ 65 anni	Popolazione target ≥ 65 anni	% ind B28.1.2
Campi S.	825	713	150	147	975	860	22252	3,9
Casarano	542	473	483	470	1025	943	16862	5,6
Gagliano	475	395	216	216	691	611	21230	2,9
Galatina	349	315	555	530	904	845	15109	5,6
Gallipoli	391	344	339	337	730	681	17967	3,8
Lecce	728	611	323	315	1051	926	42219	2,2
Maglie	549	497	205	205	754	702	14109	5,0
Martano	452	392	140	140	592	532	12593	4,2
Nardò	472	394	714	634	1186	1028	22016	4,7
Poggiardo	429	393	611	611	1040	1004	12118	8,3
totale	5212	4527	3736	3605	8948	8132	196475	4,1

In particolare, nel 2022, il **numero totale di assistiti anziani (≥ 65 anni) con valutazione in cure domiciliari** risulta pari a n. 8.132 nel complesso dei Distretti, corrispondente al valore del 4,1% rispetto alla popolazione *target*. Per tutti i Distretti risulta raggiunto l'obiettivo con il superamento del valore *target* ≥ 1,88%, stabilito dalla regione Puglia con D.G.R. n. 684/2022.

L'Assistenza residenziale e semi-residenziale

La Porta Unica di Accesso (PUA) garantisce l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico. Fra i compiti della PUA vi è quello di garantire il raccordo operativo con la UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare), attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa convocate dalla Direzione del Distretto anche per l'accesso alle strutture Socio Residenziali e Semi-residenziali. Tutti i Distretti hanno assicurato, nei limiti dell'offerta (numero, tipologia di strutture e posti letto) definiti dalla Regione Puglia, l'accoglimento e il soddisfacimento della domanda di prestazioni socio-sanitarie provenienti dal

territorio di competenza con la presa in carico degli utenti mediante Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) che vengono regolarmente rivalutati in corso di esecuzione.

L'assistenza sociosanitaria costituisce un settore di rilevanza strategica per la riqualificazione dell'assistenza territoriale attuata in integrazione con gli Ambiti territoriali di zona.

Con riferimento all'assistenza Area Anziani e Persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, la Regione Puglia, con l'emanazione dei Regolamenti Regionali n. 4 e n. 5 del 2019, ha inteso disciplinare ex novo il settore relativo all'assistenza residenziale e semiresidenziale in favore di soggetti non autosufficienti e disabili, riorganizzando le prestazioni sociosanitarie relative alle strutture di cui al R.R. 4/2007 (ex artt. 57, 58, 60, 60 ter. e 66) e al R.R. 3/2005 (RSA e RSA diurno Alzheimer).

Con D.G.R. n. 1006 del 30/06/2020 e ss.mm.ii. la Regione ha fornito alle Aziende Sanitarie Locali indirizzi al fine di gestire la fase transitoria del percorso di conferma delle autorizzazioni all'esercizio e degli accreditamenti.

Nel corso dell'anno 2022, con riferimento all'Area non autosufficienti, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali ed in posti letto provvisoriamente accreditati, servizi residenziali in 46 RSA per soggetti non autosufficienti (ex RSSA art. 66 R.R. 4/07 e ex RSA R.R. 3/2005) per un totale di n. 1.158 posti letto nonché servizi semiresidenziali in 10 Centri diurni per soggetti non autosufficienti (ex art. 60 ter R.R. 4/07 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA R.R. 3/2005) per ulteriori n. 231 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati.

Con riferimento all'Area Disabili, l'Azienda ha garantito la domanda di prestazioni nelle strutture sociosanitarie di cui agli ex artt. 57, 58, 60, 60ter e 70 e 70 bis 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 a bassa e media intensità assistenziale). In particolare, nel corso dell'anno 2022, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali ed in posti letto provvisoriamente accreditati, servizi residenziali in 11 RSA per soggetti disabili (ex artt. 57 e 58 del R.R. 4/2007) per un totale di n. 190 posti letto nonché servizi semiresidenziali in n. 23 Centri Diurni per soggetti disabili (ex artt. 60 del R.R. 4/2007 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA disabili R.R. 3/2005) per un totale di n. 542 posti letto.

Con riferimento alla "Casa famiglia o casa per la vita per persone con problematiche psicosociali" ex art. 70 e 70 bis R.R. n.4/07, nel corso dell'anno 2022, sono stati assicurati servizi residenziali in 34 Strutture sociosanitarie ex artt. 70 e 70 bis del R.R. 4/2007 per un totale di n. 311 posti letto.

La Rete delle Cure Palliative e ricoveri in Hospice

Le cure palliative ai malati terminali vengono erogate, a livello distrettuale, in regime di A.D.O. (Assistenza Domiciliare Oncologica) tramite le associazioni convenzionate con ASL LE (Amo Puglia, ANT, AIL, LILT). Nel 2022 i casi trattati sono stati complessivamente n. 750 per un totale accessi pari a n. 22.834, come dettagliatamente riportato nella tabella seguente.

ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA - ANNO 2022		
DSS	N. Assistiti	N. Accessi
Campi S.	146	6.862
Casarano	18	622
Gagliano	55	1.544
Galatina	50	983
Gallipoli	53	1.613
Lecce	154	4.892
Maglie	41	1.249
Martano	22	646
Nardò	188	3.671
Poggiardo	23	752
totale	750	22.834

Compatibilmente con la disponibilità dei posti letto in dotazione ai due *Hospice* di riferimento attualmente in funzione (*Hospice* di Tricase ed *Hospice* di San Cesario), tutti i D.S.S. hanno garantito il soddisfacimento della domanda di cure in regime residenziale dei malati provenienti dal proprio bacino d'utenza.

Macro-Area obiettivo: Prevenzione

Riguardo ai Programmi di *Screening* i Distretti, tramite i Consultori Familiari, hanno influenza diretta soltanto riguardo la prevenzione del tumore della Cervice uterina. Nella tabella successiva sono riportati i dati dell'attività di *Screening* Cervico-Uterino distinta per singolo Distretto, nell'anno 2022, da cui in particolare risulta che per un numero di inviti pari a 38.637 hanno eseguito gli esami N. 20.591 donne, di cui N. 12.771 hanno eseguito il Pap Test e N. 7.820 l'esame per la ricerca dello HPV col Test DNA.

ATTIVITA' DI SCREENING CERVICO UTERINO DISTINTA PER DISTRETTO - ANNO 2022				
DSS	N. Inviti	N. Esami eseguiti	N. Pap Test	N. HPV Test DNA
Campi S.	3.957	2.325	1.287	1.038
Casarano	6.483	2.126	1.463	663
Gagliano	3.138	1.306	885	421
Galatina	2.553	1.314	939	375
Gallipoli	3.580	1.928	1.044	884
Lecce	6.467	4.043	2340	1.703
Maglie	3.244	2.120	1257	863
Martano	3.120	1.841	1.145	696
Nardò	3.391	2.164	1.436	728
Poggiardo	2.704	1.424	975	449
totale	38.637	20.591	12.771	7.820

Tutti i Distretti hanno reso disponibile l'offerta per il 100% della estensione dello *screening* per il tumore della cervice uterina ed è stata soddisfatta la domanda per tutte le donne che hanno aderito.

Macro-Area obiettivo: Assistenza Farmaceutica

Come riportato nella tabella successiva, per il totale dei Distretti nell'anno 2022 la spesa lorda procapite pesata è stata pari ad € **183,77** rispetto a quella Regionale di € 183,52 e di quella Nazionale di euro 163,46. Rispetto al valore nazionale, risulta dunque una spesa maggiore del 12,4%. Al confronto col valore medio aziendale di € 183,77, risulta una spesa inferiore per i Distretti di Lecce (€ 176,10), Casarano (€ 178,80) e Nardò (€ 181,10).

Nell'anno 2022, per il totale dei Distretti la spesa netta procapite pesata è stata pari ad € **149,06** rispetto a quella regionale di € 147,53 e di quella nazionale di € 127,44. Rispetto al valore nazionale, risulta dunque una spesa maggiore del 16,97%. Al confronto col valore medio aziendale di € 149,06 risulta una spesa inferiore per i Distretti di Lecce (€ 144,18), Casarano (€ 144,96), Nardò (€ 146,12) e di Galatina (€ 149,02).

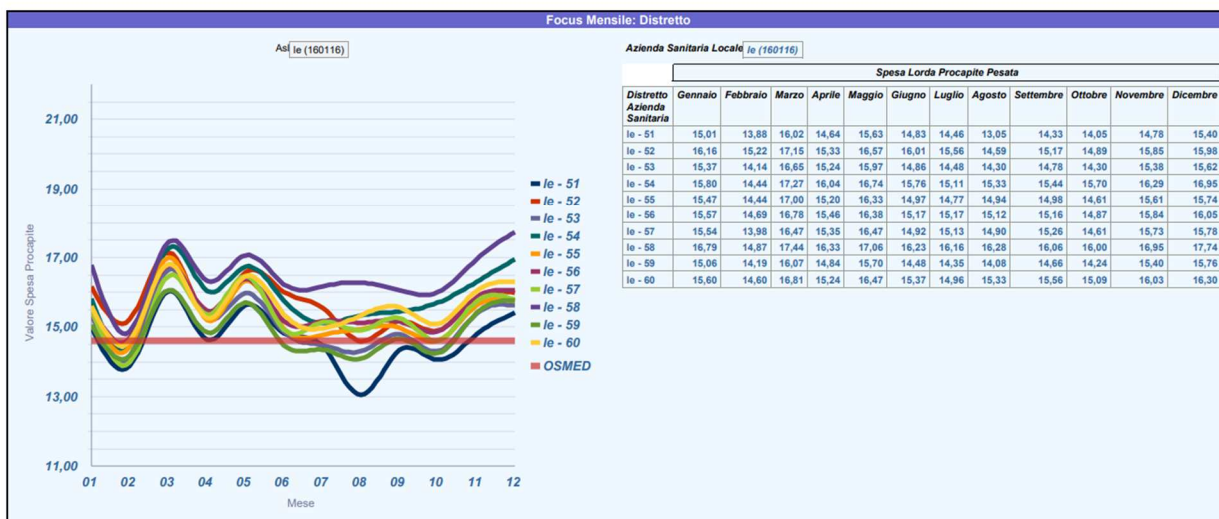
In tutti i Distretti, la Commissione Distrettuale Appropriately Prescrittiva, dopo due anni di vicende legate al COVID-19, è tornata a riunirsi in presenza nel 2022 per esaminare i *report* giunti dall'Area Farmaceutica aziendale, relativi alla spesa sanitaria riferita al 2° semestre 2021. Nella riunione, in aprile 2022, tutte le Commissioni hanno visionato la spesa relativa alle classi farmaceutiche attenzionate dalla Regione Puglia che mostravano la spesa più alta in termini prescrittivi sia dei MMG che dei PLS. Le 6 categorie farmacologiche attenzionate sono state: Statine, Fans, Farmaci del sistema respiratorio, Antibiotici, Anti Iperuremici, Inibitori pompa protonica. Le Commissioni hanno inviato una informativa ai MMG e PLS, per poi successivamente convocare in presenza i medici con maggiore spesa prescrittiva. Successivamente, le varie commissioni hanno inviato a MMG e PLS un'ulteriore comunicazione con l'indicazione degli scostamenti percentuali di spesa farmaceutica rispetto ai valori medi, fissando le convocazioni degli iperprescrittori. Nel mese di settembre 2022 sono stati convocati in presenza della commissione i MMG e ad ognuno è stato indicato sia lo sfioramento della spesa farmaceutica relativa alle categorie suddette, sia la percentuale di prescrizioni da effettuare per rientrare nella "normalità" prescrittiva.

SISTEMA DI MONITORAGGIO ATTIVITA' PRESCRITTIVA
Anno 2022 (Gen - Dic)

Disponibilità Dati

VALORI DI RIFERIMENTO NAZIONALI	Spesa Lorda Procapite Pesata	Spesa Netta Procapite Pesata	N. Confezioni Procapite Pesate	N. DDD x 1000 Abitanti (Pesati) Pro Die				
	163.46€	€ 127.44	17.16	991,75				
VALORI DI RIFERIMENTO REGIONALI	Spesa Lorda Procapite Pesata	Δ Naz	Spesa Netta Procapite Pesata	Δ Naz	N. Confezioni Procapite Pesate	Δ Naz	N. DDD x 1000 Abitanti (Pesati) Pro Die	Δ Naz
	183.52€	12,3%	147.53€	15,77%	20.10	17,2%	1.303,14	31,4%
VALORI DI RIFERIMENTO ASL: le (160116)	Spesa Lorda Procapite Pesata	Δ Naz	Spesa Netta Procapite Pesata	Δ Naz	N. Confezioni Procapite Pesate	Δ Naz	N. DDD x 1000 Abitanti (Pesati) Pro Die	Δ Naz
	183.77€	12,4%	149.06€	16,97%	20.19	17,6%	1.328,44	33,9%

ASL: le (160116)																					
Medico Base Prescrittore	Imp. Lordo procapite pesato				Imp. Netto procapite pesato				Media conf. per assistito pesato				DDD 1000 abitanti pesati				Popolazione			Spesa MMG/PLS	
Distretto Socio Sanitario	Valore	Δ ASL	Δ Reg	Δ Naz	Valore	Δ ASL	Δ Reg	Δ Naz	Valore	Δ ASL	Δ Reg	Δ Naz	Valore	Δ ASL	Δ Reg	Δ Naz	Popolazione Grezza	Popolazione Pesata	Popolazione Pesata Normalizzata OSMED	Lorda	Netta
le - 58	197,9€			21,09%	159,98€			25,53%	21,15			2015,28%	1.385,83			39,74%	40.881	51.134	46.656	9.234.881€	7.463.917€
le - 54	190,9€			16,78%	152,41€			19,59%	21,20			2019,72%	1.461,33			47,35%	44.918	54.384	49.621	9.472.301€	7.562.854€
le - 52	188,5€			15,31%	152,26€			19,48%	21,18			2018,00%	1.396,96			40,86%	80.501	96.867	88.384	16.660.048€	13.457.506€
le - 60	187,4€			14,61%	151,90€			19,19%	20,58			1958,36%	1.323,05			33,41%	79.884	93.910	85.687	16.053.740€	13.015.396€
le - 56	186,3€			13,95%	151,91€			19,20%	20,35			1935,40%	1.332,93			34,40%	68.930	80.235	73.208	13.636.714€	11.120.715€
le - 57	184,2€			12,66%	149,34€			17,18%	19,70			1870,46%	1.314,81			32,58%	51.117	61.552	56.161	10.342.270€	8.387.073€
le - 55	184,1€			12,59%	149,02€			16,93%	20,46			1946,42%	1.296,96			30,78%	56.106	66.669	60.831	11.195.995€	9.065.089€
le - 53	181,1€			10,78%	146,12€			14,66%	20,23			1923,01%	1.319,51			33,05%	88.581	99.372	90.670	16.419.744€	13.248.480€
le - 59	178,8€			9,40%	144,96€			13,75%	19,85			1885,22%	1.268,02			27,86%	68.815	77.222	70.459	12.599.809€	10.213.707€
le - 51	176,1€			7,72%	144,18€			13,14%	19,06			1806,19%	1.286,48			29,72%	172.380	194.556	177.518	31.256.643€	25.594.677€



Legenda: 51- Lecce; 52-Campi; 53-Nardò; 54-Martano; 55-Galatina; 56-Gallipoli; 57-Maglie; 58-Poggiardo; 59-Casarano; 60-Gagliano.

Relativamente all'ossigeno terapeutico, risulta in diminuzione la spesa 2022 su anno precedente per i distretti di Nardò, Galatina, Maglie, Campi e Gagliano.

Per la spesa protesica nell'anno 2022, dai dati del Controllo di Gestione come riportati nella tabella successiva, risulta una **spesa complessiva** (Ass. protesica tramite strutture private + Materiale Protesico Fornitura Diretta, comprese traverse e pannoloni) di € 25.410.938,80 per una popolazione totale di 772.276 residenti. Lo sfioramento rispetto a "tetto D.S.S./popolazione totale" (€ 19.748.010,29) è pari a € 5.662.928,51.

ASSISTENZA PROTESICA_ANNO 2022																						
C/C Destinatario	Anz. da protesica tramite strutture private - 7061150005 (Fatturato)	Mater. Protesico form. Diretta - 7001000055 (Consumo)	Mater. Protesico form. Diretta - 7001000055 (Fatturato)			TOT COMPLESSIVO	Popolazione TOT	>64aa	Ass.za prot.da priv./pop tot	Ass.za prot.da priv./pop >64aa	condiz. op	condiz. d'Asa	protesi /pop tot	protesi /pop >64aa	Altre diste / op tot	Altre diste / >64aa	tot/prot tot	tot/prot >64aa	tetto DSS pop tot	tetto DSS pop >64aa	differenza rispetto a tetto pop tot	differenza rispetto a tetto pop >64aa
			Dista Serenità	Altre diste *	TOTALE																	
A210 - DSS LECCE	2.541.209,95	1.294.565,78	981.576,24	0,00	981.576,24	4.837.351,97	177.131	42.219	14,35	60,19	7,31	30,66	5,54	23,25	-	27,20	114,10	4.529.191,36	4.243.497,89	286.158,61	573.854,08	
A211 - DSS CAMPI	1.611.787,57	545.675,00	872.265,30	7.649,16	879.914,46	3.037.377,03	83.177	22.252	19,38	72,43	6,56	24,52	10,49	39,20	0,09	0,34	36,52	136,50	2.126.934,22	2.236.583,41	910.442,81	800.793,63
A212 - DSS NARDO	1.791.376,95	611.794,01	611.216,67	88,09	611.304,76	3.034.475,72	90.581	22.016	19,78	81,37	6,97	28,70	6,75	27,76	0,00	0,00	33,50	137,83	2.316.263,25	2.212.862,68	718.212,47	821.613,05
A213 - DSS MARTANO	718.480,10	196.028,07	348.415,50	2.414,88	350.830,38	1.265.338,55	46.391	12.593	15,49	57,05	4,23	15,51	7,51	27,67	0,05	0,19	27,28	100,48	1.186.272,71	1.265.742,17	79.065,84	- 403,62
A214 - DSS GALATINA	1.028.249,29	426.708,67	340.633,73	0,00	340.633,73	1.795.591,69	57.341	15.109	17,93	68,06	7,44	28,24	5,94	22,55	-	31,31	118,84	1.466.277,16	1.518.629,28	329.314,53	276.962,41	
A215 - DSS MAGLIE	1.304.211,61	461.621,21	155.538,76	284,21	155.822,97	1.921.655,79	57.726	14.109	24,74	92,44	8,76	32,72	2,95	11,00	0,01	0,02	36,45	136,20	1.348.266,15	1.418.117,71	573.389,64	503.538,08
A216 - DSS POGGIARDO	901.652,87	317.673,97	433.457,19	0,00	433.457,19	1.652.784,03	42.823	12.118	21,06	74,41	7,42	26,22	10,12	35,77	-	38,60	136,39	1.095.034,73	1.217.999,18	557.749,29	434.784,85	
A217 - DSS GALLIPOLI	1.284.658,97	398.654,61	416.574,93	0,00	416.574,93	2.099.888,51	71.004	17.967	18,09	71,50	5,61	22,19	5,87	23,19	-	29,57	116,87	1.815.656,22	1.805.891,34	284.212,29	293.997,17	
A218 - DSS CASARANO	1.436.126,36	544.883,78	514.064,23	706,31	514.770,54	2.495.780,68	69.189	16.862	20,76	85,17	7,88	32,31	7,43	30,40	0,01	0,04	36,07	148,01	1.769.244,52	1.694.826,06	726.536,15	800.954,62
A219 - DSS GAGLIANO	2.099.094,16	397.864,43	793.736,25	0,00	793.736,25	3.290.694,84	81.923	21.230	25,62	98,87	4,86	18,74	9,69	37,39	-	40,17	155,00	2.094.867,96	2.133.860,58	1.195.826,88	1.156.834,25	
tot dist	14.716.847,83	5.215.469,52	5.467.479,80	11.142,65	5.478.621,45	25.410.938,80	772.276	196.475	19,06	74,90	6,75	26,55	7,00	27,83	0,01	0,06	32,90	129,83	19.748.010,29	19.748.010,29	5.662.928,51	5.662.928,51

tetto di spesa ASL - DGR 559/2021	20.323.350,00
consumato_asp	575.339,71
tetto di spesa dist	19.748.010,29

Spesa (Dett+ogp) complessiva 2022	25.986.278,51
Spesa complessiva 2021 (Dett+ogp)	24.990.214,17
differenza	996.064,33
diff. %	3,99%

Tetto di spesa pro capite 2021 - DGR 559/2021	20.323.350,00
differenza	5.662.928,51
diff. %	27,86%

* il valore interessa principalmente le diste: Sad S/I, Medici's Biomedica S/I

Riguardo alla spesa protesica, si precisa che la prescrizione di ausili e protesi avviene da parte dei singoli Specialisti e che il Distretto Socio Sanitario ha il compito della valutazione formale della prescrizione, pur se in caso di eventuali dubbi/necessità di precisazioni il Medico del distretto provvede a contattare lo specialista per chiedere conferme/precisazioni sulla medesima prescrizione. Da ciò deriva che **il Distretto non ha il completo controllo sulla spesa di ausili e protesi**.

Macro-Area obiettivo: Sanità Digitale

In tutti i Distretti è continuata l'azione di forte sensibilizzazione verso i MMG ed i PLS riguardo la prescrizione con ricetta dematerializzata, col risultato del raggiungimento della totalità delle prescrizioni con tale modalità, e l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Tutti i Distretti hanno rispettato i termini temporali per l'inserimento dei dati sul sistema Edotto relativi a: ricette specialistiche, flussi SIAD e FAR, flussi dei dispositivi medici.

Macro-Area obiettivo: Aspetti Economico-Finanziari ed Efficienza Operativa

Tutti i Distretti hanno assicurato la pianificazione delle attività in rapporto ai fabbisogni di risorse e nei limiti stabiliti dalla Direzione Generale, con particolare riferimento alla disponibilità e all'utilizzo del personale assegnato. Nei settori della spesa farmaceutica e dell'assistenza protesica, non è stato possibile assicurare l'equilibrio economico-finanziario (tetti di spesa e budget), nonostante gli sforzi profusi in questi settori per il contenimento della spesa che risente, inevitabilmente, dell'influenza di fattori esterni che sfuggono alla possibilità di governo dei distretti, primo fra tutti l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento dei bisogni assistenziali legati alla cronicità e alla non autosufficienza. Peraltro, in entrambi i settori vengono costantemente introdotte innovazioni tecnologiche e terapeutiche che a fronte dei maggiori benefici in favore degli utenti producono un incremento dei costi.

Relativamente all'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP), tutti i Distretti hanno incontrato notevoli difficoltà ad assicurare la liquidazione delle fatture entro 40 gg dalla registrazione, principalmente a causa della introduzione del nuovo sistema informativo-contabile MOSS e per la carenza di personale amministrativo.

Macro-Area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

Tutti i Distretti hanno assicurato il rispetto delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione, della Corruzione e della Trasparenza, attraverso la completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge.

Sono stati continuamente promossi e favoriti percorsi per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente, nella convinzione che ciò sia alla base del miglioramento continuo delle competenze, azioni professionali e della qualità delle prestazioni, oltreché dell'efficienza del sistema sanità nel suo complesso.

Valutazione risultati Distretti Sociosanitari

Dall'analisi dei dati relativi alle schede di valutazione degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca, per tutti i Distretti Sociosanitari, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

4.3 Il governo delle liste di attesa

Nel corso del 2022, sono state erogate complessivamente dalle strutture dell'azienda ASL LE circa 5.800.000 prestazioni specialistiche ad utenti ambulatoriali esterni, al netto di quelle ad accesso diretto: Dialisi, Pronto Soccorso, Salute mentale, Riabilitazione, etc.

Con riferimento alle specialità (Fonte WBS), sono state eseguite n. 159.257 prestazioni per attività di radiodiagnostica con un incremento del 11,75% su anno precedente; n. 4.753.267 esami di patologia clinica con un incremento del 8,53% e n. 872.926 prestazioni per le altre specialità (di cui 458.208 da UU.OO. Ospedaliere e 414.718 da UU.OO. Distrettuali).

Le prestazioni in *Day Service* hanno registrato nel corso del 2022 un incremento di quasi il 9% sull'anno precedente. Presso le strutture a gestione diretta sono stati erogati n. 25.180 *Day Service* per un totale di n. 76.047 accessi. Le attività in *Day Service* contribuiscono notevolmente alla riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, rappresentando la risposta assistenziale più efficace anche ai bisogni assistenziali dei pazienti cronici.

La riattivazione dell'operatività delle strutture, congelata dall'emergenza Covid, ha fatto riemergere con ancora maggiore evidenza l'annosa criticità collegata alla difficoltà da parte dell'assistito di accesso alle prestazioni specialistiche.

Il nostro sistema, al pari di altri basati su criteri universalistici, di fiscalità generale e di equità, accanto ai vantaggi indiscussi per gli utenti (equità e accesso "gratuito" alle prestazioni) genera, come effetto collaterale, un certo numero di prestazioni inappropriate che contribuiscono non poco ad alimentare le liste di attesa, fenomeno questo diffuso in tutto il Paese, pur con diverse sfumature.

Da tempo, la ASL di Lecce è impegnata nell'analisi accurata delle criticità che insistono nel nostro sistema di erogazione delle prestazioni specialistiche. Nel corso del 2022 sono stati ricercati ed individuati motivi e cause del peggioramento dei risultati registrati negli ultimi 3 anni, (periodo pandemico e post pandemico), dovuti, essenzialmente, a:

- a) necessità di riprogettazione dei flussi informativi;

- b) domanda di prestazioni sanitarie superiore alla capacità erogativa;
- c) consistente presenza di richieste di controlli in agenda pubblica;
- d) notevole presenza di richieste inappropriate dal punto di vista delle priorità e dei quesiti diagnostici.

Rispetto alla problematica delle liste di attesa, al di là dei monitoraggi richiesti dalla Regione Puglia e delle rendicontazioni annuali effettuate dalle macrostrutture, è emersa la necessità di individuare ulteriori indicatori utili a misurare l'operatività del sistema.

Dopo diversi incontri tra il nucleo operativo ristretto (CUP Aziendale, Controllo di Gestione, Gestione Flussi informativi e Responsabile Unico delle Liste di Attesa), sono stati elaborati e diffusi diversi *report* di attività e in particolare:

- Monitoraggio *ex ante* dei tempi di attesa ASL LE tramite cruscotto Puglia Salute:

A fine di una lettura immediata ed efficace, i dati sono stati aggregati in base alla percentuale di soddisfacimento dei tempi di attesa classificando le prestazioni in:

- fascia rossa da 0-49% del soddisfacimento dei tempi;
- fascia gialla dal 50-89 % del soddisfacimento dei tempi;
- fascia verde dal 90 al 100% del soddisfacimento dei tempi.

- Monitoraggio *ex post* prestazioni prenotate presso l'ASL LE (prestazioni eseguite): tramite il CUP aziendale è stato prodotto e vagliato un monitoraggio *ex post* di tutte le prestazioni effettuate dall'ASL LE nei periodi richiesti (gennaio-dicembre 2021 e gennaio-dicembre 2022).

Al fine di migliorare il governo della domanda presso le singole sedi di erogazione delle prestazioni, si è proceduto, inoltre, alla costruzione di specifici *report* utili ai responsabili dei poliambulatori, tra i quali:

- la statistica delle prestazioni erogate per specialista;
- il tasso di occupazione delle agende per priorità (indice di saturazione);
- l'indice di registrazione diretta.

Una delle maggiori criticità nel governo delle liste di attesa è data dalla domanda di prestazioni sanitarie, da sempre superiore all'offerta. Questo fenomeno si è ancor più accentuato nel periodo pandemico. In risposta a tale circostanza, dal 2021 l'ASL LE ha iniziato il recupero delle prestazioni sospese durante la pandemia.

Per tutto l'anno 2022, il contenimento dei tempi delle liste di attesa è proseguito anche con l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali assegnate per il recupero degli interventi sospesi, soprattutto riferiti ai ricoveri in branche chirurgiche (chirurgia generale, ortopedia, oculistica).

Nel quarto trimestre dell'anno 2022 sono stati eseguiti, in aggiunta all'attività ordinaria, 1.136 ricoveri per intervento chirurgico.

Altro risultato raggiunto è rappresentato dalle prestazioni ambulatoriali di cataratta, ottenute ad iso risorse, che ha registrato 3.884 interventi ambulatoriali (anno 2022), con un incremento dell'attività pari al 44,4%.

Utilizzando gli indicatori prima elencati, le rilevazioni effettuate per il secondo semestre 2022 confermano che per l'ASL LE le criticità maggiori, non sono sugli accessi ambulatoriali in

priorità (U e B), bensì sull'ancora ridotto funzionamento dei percorsi diagnostico terapeutici per le patologie croniche e l'accesso alle prime visite in priorità Differita e Programmabile.

Osservando il dato *ex ante* aggregato per priorità (Urgente, Breve, Differita e Programmabile) da cruscotto regionale, si rileva, nel 2° semestre 2022 rispetto al 1° semestre 2022, una riduzione delle prestazioni in fascia rossa e un incremento di quelle in fascia gialla e verde, indice del miglioramento del soddisfacimento della domanda entro i tempi stabiliti.

PRESTAZIONI PER FASCIA 1 SEMESTRE 2022	PRESTAZIONI PER FASCIA 2° SEMESTRE 2022	PERCENTUALE RISPETTO AL TOTALE PER IL 1° SEMESTRE	PERCENTUALE RISPETTO AL TOTALE PER IL 2° SEMESTRE	SCOSTAMENTO IN PERCENTUALE
18 FASCIA ROSSA	13 FASCIA ROSSA	28,2%	20,6%	-7,6%
31 FASCIA GIALLA	34 FASCIA GIALLA	48,4%	53,9%	+5,5%
15 FASCIA VERDE	17 FASCIA VERDE	23,4%	25,4%	+2%

Il risultato ottenuto è frutto del lavoro eseguito sulla gestione delle agende con priorità mediante l'incremento dell'offerta ad iso-risorse. A tal proposito, la media di prenotazione mensile fino a settembre è stata di 28.000 prestazioni. Nell'ultimo trimestre si è registrato un incremento con una media mensile di 31.158 prenotazioni.

Per quanto riguarda il dato aggregato *ex post*, per lo stesso periodo e le stesse tipologie di prestazioni, sono state erogate attraverso risorse aziendali n. 452.250 prestazioni con un incremento rispetto all'anno 2021 di circa il 9%.

Per una migliore gestione delle liste di attesa, si è intervenuti sulle visite di controllo, che in quanto tali, non dovrebbero essere prenotate a CUP con impegnativa del MMG, ma gestite direttamente dallo specialista attraverso liste esclusive.

Ulteriori interventi per il contenimento delle liste di attesa, sono stati effettuati sul versante della domanda di prestazioni migliorando l'appropriatezza prescrittiva da parte dei MMG. In diversi territori dell'ASL, infatti, sono state organizzate campagne di sensibilizzazione per una corretta prescrizione sia nei tempi che nei quesiti diagnostici.

4.4 Dipartimento di Salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è dipartimento strutturale della ASL LE, opera secondo il modello della Salute Mentale di Comunità e nel rispetto del principio della continuità terapeutica. Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Sotto il profilo organizzativo è articolato in Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale e Centri di Costo (*network* dipartimentale):

- Centri di Salute Mentale, con annessi i centri di costo Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica (CRAP) e Centri Diurni;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Centro di Psichiatria e Psicoterapia dell'Infanzia e Adolescenza;

- Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Psichiatria Penitenziaria e Forense;
- Centro Salute Mentale Gagliano del Capo - Ugento.

La relazione è redatta sulla base dei dati di *performance* 2022, rapportati alle Unità Operative Complesse (Centri Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Neuropsichiatria Infantile) e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale (Centro Salute Mentale Gagliano del Capo-Ugento), afferenti al Dipartimento Salute Mentale.

Centri di Salute Mentale

La rete dei Centri di Salute Mentale afferenti al Dipartimento di Salute Mentale della ASL LE è coerente con l'ambito territoriale dei Distretti Socio-Sanitari e copre in maniera razionale tutto il territorio provinciale, come di seguito riportato.

Distretto Socio-Sanitario/Centro Salute Mentale	Popolazione residente al 31.12.2022
Lecce	176.401
Campi S.na	82.682
Casarano	69.237
Galatina	57.199
Gagliano del Capo	105.658 (cui afferiscono anche i comuni di Melissano, Racale, Alliste)
Gallipoli	47.088 (eccetto i Comuni di Melissano, Racale, Alliste, la cui popolazione afferisce al C.S.M. di Gagliano del Capo)
Maglie	52.449
Martano	44.442
Nardò	90.410
Poggiardo	42.666
Totale	770.078

Per la valutazione delle *performance*, sono stati valutati i dati per Centri di Salute Mentale aggregati, come da atti deliberativi regolatori disposti dalla Direzione Generale ASL LE:

- C.S.M. Lecce;
- C.S.M. Campi S.na;
- C.S.M. Nardò – Galatina – Gallipoli;
- C.S.M. Calimera – Maglie – Poggiardo;
- C.S.M. Casarano – Gagliano del Capo.

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Relativamente all'Obiettivo strategico “*Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID-19*” e assegnato ai Centri di Responsabilità, corrispondenti alle UU.OO.CC. attualmente operanti nel Dipartimento di Salute Mentale, interamente raggiunto, si specifica che sono state attuate le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica legata alla pandemia Sars-CoV-2.

Relativamente ai dati sull'utenza, il D.S.M., nell'anno 2022, ha avuto in carico 11.138 pazienti adulti affetti da patologia psichiatrica (pari al 14,46% su 1000 residenti di ogni età e pari al 16,89% su 1000 residenti maggiorenni). Il numero delle prestazioni ed il numero dei pazienti

presi in carico presenta solo piccoli scostamenti rispetto all'anno precedente (16,25% su 1000 utenti maggiorenni), mantenendosi pressoché costante la domanda di assistenza.

Il numero di utenti si riferisce a pazienti seguiti su tutto l'ambito territoriale della ASL LE e quindi in carico ai diversi C.S.M..

La presa in carico da parte dei servizi territoriali ha consentito, inoltre, di contenere il tasso di ospedalizzazione psichiatrica, i ricoveri ripetuti e il numero dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO), di cui si riportano di seguito i dati, confrontati con quelli rilevati nell'anno 2021, confermando i buoni livelli di *performance* già raggiunti:

- Tasso di ospedalizzazione popolazione maggiorenne per patologie psichiatriche su 1000 residenti > 18 anni: 0,43 (vs. 0,40 *performance* 2021)
- % re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione su totale ricoveri: 6,55% (vs. 5,07% *performance* 2021);
- % ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche: 2,41% (vs. 1,90% nel 2021);
- numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente: 117 (vs. 138 vs *performance* 2021);
- tasso ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con problemi psichiatrici su 1000 residenti < 18 anni: 0 (mantenimento rispetto alla *performance* 2021).

Sul versante del governo della domanda di riabilitazione psicosociale, i servizi territoriali hanno assicurato, inoltre, un buon utilizzo delle strutture a gestione diretta e, sul piano dell'appropriatezza, la verifica di tutti i Piani Terapeutici Individuali per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna.

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale, si riportano di seguito alcuni indicatori, che valutano i diversi aspetti della presa in carico dei pazienti.

Strutture residenziali a gestione diretta:

- degenza media = GD/ n. ricoverati: 210,6 (vs. 219,4 nel 2021; lieve miglioramento rispetto alla *performance* 2021);
- % occupazione p.l.: 89,4% (vs. 91,5% nel 2021; lieve abbassamento rispetto alla *performance* 2021, comunque ampiamente entro il 20%);
- % scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari): 100% (mantenimento rispetto alla *performance* 2021).

Assistenza semiresidenziale:

- media accessi = totale accessi / n. utenti inseriti: 141,72 (miglioramento rispetto alla *performance* 2021 – pari a 98,81);
- % occupazione posti (Numero accessi reali / Numero accessi teorici * 100): 45,55% (miglioramento rispetto alla *performance* 2021 – pari al 30,54%);
- n. dimessi da Centri Diurni e inserimenti in strutture residenziali h/24: 2 (lieve peggioramento rispetto alla *performance* 2021 – 1, comunque entro il 20%);
- % scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari): 100% (mantenimento rispetto alla *performance* 2021).

Per quanto concerne i Piani Terapeutici Individuali per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna, tutti i progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati elaborati dai Centri di Salute Mentale del DSM sono monitorati dal Gruppo Dipartimentale per la Riabilitazione Psicosociale con cadenza semestrale.

Non vi sono liste d'attesa per le prestazioni erogate dalle *équipe* territoriali. La prima visita è erogata entro 7-14 giorni dalla richiesta, se programmata; entro 48 ore se si tratta di stato mentale a rischio o esordio psicotico; immediatamente se si tratta di urgenza (con/senza intervento del 118).

Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Con riferimento alla spesa farmaceutica, gli acquisti diretti sono rilevati da flussi dei consumi aziendali al netto di Vaccini e Innovativi con accesso al fondo (Sistema Direzionale Edotto).

Dai suddetti flussi si rileva, per l'anno 2022, un contenimento della spesa farmaceutica, rispetto all'anno precedente, di € 249.604,21 (€ 2.376.576,96 - € 2.626.181,17), pari al 9,5%.

La Farmacia territoriale distrettuale competente assicura l'approvvigionamento e la distribuzione diretta di specialità medicinali, materiali di medicazione, presidi medico-chirurgici per i servizi territoriali del D.S.M..

Neuropsichiatria infantile

La U.O.C. N.P.I. del D.S.M. ASL LE è organizzata in 3 Poli territoriali, con una *équipe* multidisciplinare per Polo, coordinata dal Dirigente Medico di N.P.I..

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Relativamente ai dati sull'utenza, sempre nel rispetto delle misure volte al contenimento dell'emergenza epidemiologica, la N.P.I., nell'anno 2022, ha avuto in carico, su 1000 residenti, 31,25 utenti minorenni affetti da patologia psichiatrica, con un miglioramento rispetto alla *performance* 2021, pari a 24,41, dei quali il 51% è rappresentato da nuovi pazienti nell'anno 2022, che per il 70% sono stati presi in carico entro 3 mesi dalla prima visita.

Solo l'1% dei pazienti ha abbandonato le cure nel 2022.

L'accesso ai servizi è diretto (senza impegnativa del medico di medicina generale, senza prenotazione CUP, senza pagamento di *ticket*).

Non vi sono liste d'attesa per le prestazioni erogate dalle *équipe* territoriali. La prima visita è erogata entro 7-14 giorni dalla richiesta, se programmata, entro 48 ore se si tratta di stato mentale a rischio o esordio psicotico, immediatamente se si tratta di urgenza (con/senza intervento del 118).

Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Con riferimento all'obiettivo, imposto dalla Regione e dalla Direzione Strategica, di contenimento dei farmaci ed acquisti diretti, la cui spesa è rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto di vaccini e Innovativi con accesso al fondo (Sistema Direzionale Edotto), per i servizi di N.P.I. non sono previsti acquisti di farmaci.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) è la struttura deputata alla gestione dei ricoveri ordinari ed in urgenza per disturbi psichici e mentali, sia volontari che obbligatori (T.S.O.), dei ricoveri in *day hospital* e delle attività complementari alle attività svolte dai Centri di Salute Mentale (C.S.M.) per i pazienti residenti.

Gli S.P.D.C. sono allocati presso:

- P. O. Lecce;
- P. O. Galatina;
- P. O. Scorrano;
- P. O. Casarano.

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Nell'anno 2022, sono state pienamente rispettate ed attuate le disposizioni regionali ed aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. In particolare, il S.P.D.C. di Galatina, a seguito di disposizione di servizio del Direttore del D.S.M. (nota prot. 70453 ASL LE), per cinque mesi, vale a dire dal 11.05.2022 al 12.10.2022, ha espletato esclusivamente attività di ricovero per utenti psichiatrici COVID-19 positivi, con blocco totale dei ricoveri ordinari. Dal 13.10.2022 a tutt'oggi, come da ulteriore disposizione di servizio del Direttore del D.S.M. (nota prot.178960 ASL LE), il S.P.D.C. di Galatina ha ripristinato l'attività di ricovero con la creazione della c. d. "Bolla Covid" per utenza psichiatrica della ASL LE, con la seguente ripartizione, flessibile secondo necessità: 9-11 posti letto per utenti ordinari, 4-6 posti letto per utenti Covid positivi asintomatici.

Tra gli obiettivi conseguiti dall'Azienda, vi è l'aumento della presa in carico dei pazienti psichiatrici, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e contenere il numero di T.S.O..

A tal fine, si riportano i risultati conseguiti in merito, rapportati a quelli dell'anno 2021:

- degenza media ricoveri ordinari: 11,59 (vs. 12,58 nel 2021);
- % di re-ricoveri ripetuti (re – ingressi in S.P.D.C.) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione su totale ricoveri: 9,41% (vs. 2,82% performance 2021);
- numero di T.S.O. a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente: 191/659.233 (vs. 168/664.864 performance 2021);
- T.S.O. su totale ricoveri: $(191/1.201) * 100 = 15,91\%$ (vs. 19,53% performance 2021);
- % ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2): 3,17% (vs. 3,55% performance 2021).

I dati relativi alla % dei ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche sono riportati nella seguente tabella:

Ricoveri ripetuti entro 7 gg dalla dimissione per patologie psichiatriche

SPDC	Anno 2021			Anno 2022			Scostamento 2022- 2021
	Ricoveri ripetuti (A)	Ricoveri ordinari (B)	Indicatore A/B	Ricoveri ripetuti (A)	Ricoveri ordinari (B)	Indicatore A/B	
Lecce	5	241	2,07%	10	310	3,23%	1,15%
Galatina	7	142	4,93%	7	153	4,58%	-0,35%
Casarano	8	206	3,88%	3	220	1,36%	-2,52%
Scorrano	9	228	3,95%	12	327	3,67%	-0,28%

Totale	29	817	3,55%	32	1010	3,17%	-0,38%
--------	----	-----	-------	----	------	-------	--------

Macro-area obiettivo: Appropriatelyzza e qualità

Tra gli obiettivi principali perseguiti dalle Aziende Sanitarie e, quindi, dalla ASL LE, vi è la riduzione dei ricoveri inappropriati, al fine di garantire un miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza. Al fine di verificare le *performance* dell'Azienda in relazione alla macro-area "appropriatezza e qualità", si riporta di seguito l'esito dell'indicatore relativo all'appropriatezza dei ricoveri, meglio dettagliato nella tabella successiva:

- DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Griglia LEA) (Ind. MES C4.13): l'incidenza dei ricoveri inappropriati è di gran lunga sotto la soglia di 0,21, registrando un valore di 0,07 nel 2022 in miglioramento rispetto all'anno 2021 (0,10).

Rapporto ricoveri inappropriati/ ricoveri appropriati

SPDC	Anno 2021				Anno 2022			Incidenza A/B	Scostamento 2022/2021
	N. ricoveri ordinari ≥2gg	N. ricoveri ordinari ≥ 2gg ad alto rischio di inappropriatelyzza (A)	N. ricoveri ordinari ≥ 2gg non ad alto rischio di inappropriatelyzza (B)	Incidenza A/B	N. ricoveri ordinari ≥ 2gg	N. ricoveri ordinari ≥ 2gg ad alto rischio di inappropriatelyzza (A)	N. ricoveri ordinari ≥ 2gg non ad alto rischio di inappropriatelyzza (B)		
Lecce	245	31	214	0,14	314	25	289	0,09	-0,06
Galatina	142	6	136	0,04	152	13	139	0,09	0,05
Casarano	217	39	178	0,22	234	26	208	0,13	-0,09
Scorrano	228	3	225	0,01	327	6	321	0,02	0,01
Totale		79	753	0,10		70	957	0,07	-0,03
Valore soglia Inappropriati/Appropriati				0,21				0,21	

Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Gli acquisti diretti dei farmaci sono rilevati da flussi dei consumi aziendali al netto di Vaccini e Innovativi con accesso al fondo (Sistema Direzionale Edotto).

Dai suddetti flussi si rileva, per l'anno 2022, un incremento della spesa farmaceutica, rispetto all'anno precedente, di € 17.293,96 (€ 59.793,48 - € 42.499,52), pari al 40,69%, giustificato dall'aumento dei ricoveri e delle giornate di degenza.

Macro-area obiettivo: Sanità Digitale

Le prestazioni effettuate dai C.S.M. vengono inserite nel Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), del Ministero per la Salute. Gli specialisti che lavorano sul territorio utilizzano il sistema EDOTTO solo in caso di consulenze effettuate presso i Presidi Ospedalieri o per l'assistenza farmaceutica (redazione di Piani Terapeutici).

Macro-area obiettivo: Aspetti economici, finanziari ed efficienza organizzativa

È stata garantita una costante verifica per le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.

Si è provveduto, inoltre, alla liquidazione delle fatture di competenza. L'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, per il Dipartimento di

Salute Mentale, nell'anno 2022 si assesta intorno al valore 10, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

Macro-area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

Tutte le UU.OO. del Dipartimento si sono attenute al rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, rispettando le misure previste nel PTPCT aziendale. Il personale è stato adeguatamente informato delle misure contenute nei programmi citati, mediante apposite riunioni sul tema.

Relativamente alla formazione e aggiornamento professionale del personale dipendente, si è provveduto nel 2022 all'attivazione ed alla partecipazione di corsi di formazione ad hoc secondo il piano formativo aziendale.

Valutazione risultati Dipartimento di Salute Mentale

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca complessivamente, per i servizi del Dipartimento di Salute Mentale, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

4.5 Dipartimento Dipendenze patologiche

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche assicura gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche da droga, alcool e comportamentali su tutto il territorio provinciale ed è così strutturato:

- Ufficio di Dipartimento con sede a Maglie;
- n. 3 UU.OO.CC. e n. 3 UU.OO.SS.DD. con i seguenti Servizi territoriali:
 - U.O.C. di Lecce: Ser.D. di Lecce, Ser.D. di San Cesario, Ser.D. Carcere, Centro di Psicoterapia Familiare e Centro per il DGA;
 - U.O.C. di Maglie: Ser.D. di Maglie, Ser.D. di Poggiardo, Ser.D. di Tricase, Servizio di Alcologia, Centro di Psicoterapia Familiare, Centro per il DGA;
 - U.O.C. di Casarano: Ser.D. di Casarano; Ser.D. di Gallipoli e Ser.D. di Ugento.
 - U.O.S.D. di Copertino: Ser.D. di Copertino, Ser.D. di Nardò e Ser.D. di Campi Salentina;
 - U.O.S.D. di Galatina: Ser.D. di Galatina e Ser.D. di Martano;
 - U.O.S.D. Doppia Diagnosi.

La tossicodipendenza è un fenomeno in continua evoluzione e cambiamento, oggi rappresentato dal fenomeno della poli-assunzione di sostanze d'abuso classiche, compreso l'alcol e nuove sostanze psicoattive.

Accanto ad una sempre maggiore diffusione delle sostanze d'abuso, legali e illegali, si stanno diffondendo in maniera crescente le cosiddette dipendenze comportamentali quali il disturbo da gioco d'azzardo, la dipendenza da *internet*, da video giochi, da cellulare, la dipendenza dal sesso, lo *shopping* compulsivo. Tali dipendenze oltre a causare disagio e/o disturbi clinicamente significativi costituiscono un problema di sanità pubblica di crescente importanza con un alto impatto nella vita quotidiana.

La dipendenza da *internet*, amplificata dalla condizione di isolamento sociale che la situazione pandemica ha determinato, è oggetto di un'attenzione crescente; riguarda un super investimento nelle attività online, che occupa il tempo e le energie dedicate alle altre attività della vita, accompagnandosi a incapacità di controllo, sintomi da astinenza e, talvolta, a fenomeni di ritiro dalla vita sociale. Internet può essere anche il veicolo attraverso il quale si sviluppano altre forme di dipendenza, come quella da relazioni virtuali, da ricerca ossessiva di informazioni sul web, dal commercio on line, dal sesso virtuale e dal *gaming* (videogiochi o giochi digitali).

La sempre maggiore complessità del settore delle dipendenze patologiche ha determinato la necessità da parte dei servizi di ripensare il modello organizzativo e ridefinire nuovi percorsi terapeutici rispondenti alle diverse esigenze dell'utenza ed alle nuove tipologie di *addiction*.

Questo è stato possibile grazie alla partecipazione attiva degli operatori che hanno contribuito con la propria professionalità e con percorsi formativi mirati, a fornire risposte adeguate alle nuove situazioni emergenti.

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Nel periodo di riferimento, i Servizi si sono attenuti scrupolosamente alle disposizioni relative all'utilizzo dei DPI, al distanziamento e all'igienizzazione dei locali e delle suppellettili organizzati per la graduale ripresa delle attività ambulatoriali, sia per quanto concerne la distribuzione della terapia farmacologica che per i trattamenti psicoterapeutici in presenza.

Anche per gli ingressi in Comunità Terapeutica (C.T.) e per le verifiche dei programmi sono state adottate soluzioni previste dalle norme in essere che hanno permesso la graduale ripresa dei programmi riabilitativi residenziali. Utile è stato l'utilizzo della piattaforma *GoToMeeting*, fornita dalla ASL, per effettuare le verifiche e gli incontri in remoto. Da sottolineare che, presso il Ser.D. di Casarano, attraverso l'attività di due infermieri, è proseguita anche per il 2022 l'attività di l'effettuazione del test molecolare *Sars-Cov2* per gli utenti del Dipartimento prima dell'ingresso in C.T. e dopo le verifiche domiciliari al rientro in struttura.

Nell'anno 2022, i nuovi utenti presi in carico dai servizi ammontano a 488 (86 unità in più rispetto al 2021) per un complessivo di utenza trattata di 3.287 unità come illustrato nella tabella seguente.

TOTALI							
T.Eta Fascia	Nuovi Utenti M	Nuovi Utenti F	Totale Nuovi Utenti	Utenti Già In Carico M	Utenti Già In Carico F	Totale Utenti in Carico	Totale
1-14	3	0	3	0	0	0	3
15-19	46	6	52	39	4	43	95
20-24	44	12	56	51	14	65	121
25-29	30	9	39	117	21	138	177
30-34	59	19	78	216	42	258	336
35-39	48	11	59	295	57	352	411
40-44	42	12	54	386	40	426	480
45-49	49	8	57	495	56	551	608
50-54	35	9	44	477	38	515	559
55-59	16	6	22	259	27	286	308
60-64	11	3	14	92	19	111	125
65- >	8	2	10	41	13	54	64
Totali	391 80,1%	97 19,9%	488 14,8%	2468 88,2%	331 11,8%	2799 85,2%	3287

SESSO

Maschi	2.859	87,0%
Femmine	428	13,0%
	3.287	

La situazione rispetto alla tipologia di dipendenza è la seguente:

	N°	%
Tossicodipendenti	2561	77,9%
Alcolisti	477	14,5%
Gioco d'Azzardo	59	1,8%
Poliasuntori	23	0,7%
Farmacodipendenti	12	0,4%
Tecnologia Digitale	1	0,0%
Problematiche familiari	1	0,0%
Doping	0	0,0%
Altro	53	1,6%
Non definito	100	3,0%
	3.287	

Nell'anno 2022, i servizi territoriali del Dipartimento Dipendenze Patologiche hanno effettuato le seguenti prestazioni:

	Prestazioni
Colloqui	13.925
Coordinamento di rete per il paziente	584
Esami e procedure cliniche	36.174
Predisposizione/ revisione programma terapeutico	1.132
Prestazioni rivolte a organizzazione	4.150
Psicoterapie	3.323
Reinserimento	1.549
Relazioni prescrizioni	32.989
Somministrazione Farmaci	665.351
Test psicologici	133
Visite	40.358
	799.668

Rispetto all'anno precedente, si è registrato un aumento di 30.971 prestazioni.

L'utenza con percorso presso comunità terapeutiche ammonta a 200 unità. Nel 2021 gli ingressi erano stati 244. Vi è da registrare, quindi, un decremento pari 44 unità.

La tipologia di dipendenza per trattamenti comunitari è la seguente:

INGRESSI IN COMUNITA'	
Tossicodipendenti	159
Alcolisti	34
Gioco d'Azzardo	4
Poliassuntore	2
Farmaci	1
TOTALI	200

Il Dipartimento svolge, inoltre, attraverso il Ser.D. Carcere di Lecce, assistenza ai detenuti con disturbo da uso di sostanze. Nel corso del 2022 sono stati trattati n. 545 soggetti (Italiani: 483 maschi e 21 femmine – Stranieri 40 maschi e 1 femmina).

Altri Servizi, in aggiunta ai Ser.D., sono l'U.O.S.D. Doppia Diagnosi e il Servizio di Alcologia, che hanno avuto in trattamento, nel corso del 2022, rispettivamente 245 utenti (210 maschi e 35 femmine), di cui 43 nuovi ingressi, e 101 utenti (75 maschi e 26 femmine), di cui 26 nuovi ingressi.

Nel Dipartimento sono attivi due Centri Specialistici per il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), con sede a Muro Leccese ed a San Cesario di Lecce.

Nel corso del 2022, i due Servizi hanno avuto in carico 55 utenti (18 nuovi accessi), di cui 50 maschi e 5 femmine (in aggiunta ai 59 – 56 maschi e 3 femmine - già trattati nei Ser.D.).

Rimane rilevante il divario di genere, relativamente agli accessi al trattamento, nonostante tali problematiche siano ampiamente diffuse anche nella popolazione femminile.

Per ogni utente viene definito un piano terapeutico individualizzato, la cui efficacia si assesta intorno al 60% in tutte le sezioni dipartimentali, da parte dell'*équipe* multidisciplinare, concordato con il paziente, soggetto a verifiche e ad eventuali modifiche sulla scorta dell'evoluzione del quadro clinico, attraverso un monitoraggio continuo degli aspetti tossicomani, comportamentali e psico-sociali.

Relativamente all'implementazione degli *screening* per patologie infettive correlate nei pazienti con disturbo da uso di sostanze, in considerazione dell'elevata incidenza di patologie infettive, quali HIV, HBV e HCV, viene effettuata attività di informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle suddette patologie al fine di favorire la partecipazione al relativo *screening*.

Dopo le difficoltà avute nel periodo pandemico, che avevano portato alla sospensione temporanea delle visite domiciliari, dei prelievi urinari per i controlli tossicologici e di colloqui psico-socio-educativi per gli affidamenti ex articoli 89 e 94 del DPR 309/'90, nonché delle procedure prefettizie ex art. 75 e 121, riguardanti la messa alla prova per i minori, con relativa informativa agli Ente interessati (Tribunale dei Minori, Tribunale di Sorveglianza, Prefettura, USM, UDEPE), nel 2022 sono ripresi con una certa regolarità i contatti con gli altri servizi territoriali (effettuati non solo per via telematica ma anche in presenza), riguardanti i minori con problematiche connesse all'uso di sostanze psicotrope per i quali è prevista la presa in carico congiuntamente agli altri servizi territoriali interessati dai provvedimenti (Consultori Familiari, Servizi Sociali Comunali).

Nel corso dell'anno 2022, le Unità Operative e i Ser.D. hanno collaborato attivamente con gli ambiti di zona territoriali per la definizione dei progetti individuali per gli utenti inseriti nei Re.i.-Re.d., con l'elaborazione di progetti di inclusione per detti soggetti e sono riprese altresì le attività di prevenzione nelle scuole sospese fino all'autunno nel 2021. Sono stati realizzati, inoltre, i seguenti progetti di prevenzione:

- Ser.D. di Lecce: Progetto “*Alcol Piacere di conoscerti*”, con gli obiettivi di sensibilizzare e informare gli adolescenti circa le conseguenze dell'alcol sulla salute, al fine di riflettere sui modelli sociali e sulla loro influenza sul comportamento, sviluppare e comprendere i meccanismi psicologici e comportamentali che agiscono come pressione sociale nell'intraprendere l'abitudine all'alcol, sviluppare *life-skills*, verificare i luoghi comuni, conoscere i fattori di rischio e i fattori di protezione in relazione all'uso di alcol. Scuole interessate: Liceo Scientifico “Banzi”, Istituto Tecnico “Grazia Deledda” - Lecce
- Ser.D. di Casarano: il Ser.D. di Casarano anche nel 2022 ha coordinato e collaborato attivamente alla progettazione e realizzazione del progetto di prevenzione universale inserito nel piano di zona dell'ambito territoriale “*Ragazzi in Gioco*”. Il progetto, sospeso nel mese di marzo 2020 causa pandemia, ha ripreso con la riapertura delle scuole negli ultimi mesi del 2021 e ha continuato per tutto l'anno 2022. Si sono susseguiti incontri con gli operatori dei servizi territoriali e del privato sociale per individuare gli obiettivi dell'intervento e le strategie di prevenzione più adatte per *target* con gradi di vulnerabilità diversi.

È ripresa, altresì, dopo il disagio pandemico, la collaborazione con i responsabili del terzo settore che già operano sul territorio nell'ambito delle dipendenze e delle patologie psichiatriche per la realizzazione di strutture specialistiche per il Gioco d'azzardo e la Doppia Diagnosi, la cui assenza, ancora oggi, obbliga ad inviare alcuni utenti in altre Regioni con relativo aggravio economico e difficoltà di confronto e verifica dei programmi. In attesa dell'accreditamento di strutture dedicate e specialistiche, si è cercato di sopperire a tale mancanza attraverso la creazione di moduli specifici integrati in sedi già attive. L'auspicio è che, superate le restrizioni legate alla pandemia, vengano meno anche gli ostacoli che ritardano la nascita delle strutture riabilitative specialistiche.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche, in attuazione del Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico, nel 2022, ha proseguito le seguenti attività progettuali sull'intero territorio aziendale:

- Progetto di ricerca-intervento di prevenzione e contrasto della ludopatia, realizzato dal Dipartimento di Storia Società e Studi sull'uomo dell'Università del Salento dal titolo “*A che gioco stiamo giocando?*”. Tale progetto ha avuto l'obiettivo di comprendere la portata del fenomeno, attraverso l'identificazione di abitudini e atteggiamenti intergenerazionali sul Gioco d'Azzardo e l'individuazione dei fattori di rischio e protettivi che caratterizzano il territorio leccese. Per la realizzazione del progetto sono stati coinvolti 796 soggetti, di cui 595 studenti, di età compresa fra i 15 e i 19 anni di differenti istituti comprensivi di Lecce e provincia, 169 genitori degli studenti e 32 nonni.
- Progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d'azzardo patologico denominato “*I.CA.RO. - Insieme Contro l'Azzardo*” (avviato nel 2021 e in corso di realizzazione) a cura della Comunità Terapeutica Emmanuel di Lecce;
- Progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d'azzardo patologico denominato “*GAMEXLIFE*” (avviato nel 2021 e in corso di realizzazione) a cura della Comunità Terapeutica L'Arcobaleno di Lecce;
- Progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d'azzardo patologico denominato “*THE WINNER*” (avviato nel 2021 e in corso di realizzazione) a cura della Comunità Emmaus 3 di Lecce;

- Progetto "GIOCA PENSA VINCI- Il lato sano del gioco" a cura del Teatro Pubblico Pugliese. Avvio delle attività con programmazione di spettacoli teatrali, laboratori teatrali ed incontri di sensibilizzazione presso diversi Comuni e Istituti scolastici del territorio provinciali.

Governo dei tempi di attesa

Anche nel 2022 i Servizi del Dipartimento non hanno fatto ricorso a liste d'attesa.

Macro-area obiettivo: Appropriatelyzza e qualità

La verifica ed il monitoraggio del 100% dei piani terapeutici dei pazienti inviati in strutture pubbliche e private accreditate consente di rimodulare all'occorrenza l'adeguatezza del piano predisposto all'ingresso.

Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Sono state attuate le misure previste per il contenimento della spesa farmaceutica relativamente all'acquisto di farmaci e dispositivi medici con l'obiettivo di contenere i costi e i consumi rispetto alle attività assistenziali.

Macro-area obiettivo: Sanità digitale

È stato rispettato l'inserimento dei dati assicurando la completa registrazione delle attività sul sistema informativo regionale Edotto/HTH, ed è in corso una collaborazione con i tecnici di InnovaPuglia per la correzione e l'implementazione di nuove funzionalità del Sistema informatico.

Macro-area obiettivo: Aspetti economico – finanziari ed efficienza organizzativa

L'attività del Dipartimento Dipendenze Patologiche è stata effettuata nel pieno rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario della gestione come previsto dall'intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005. In particolare, l'acquisizione di beni e servizi è stata effettuata nel rispetto delle disposizioni regionali e aziendali in materia ed è stata assicurata la corretta alimentazione dei dati in contabilità analitica con riferimento alle attività e al personale assegnato per ogni centro di costo.

È stata garantita una costante verifica per le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale e sono state rispettate le indicazioni regionali riguardo alla sottoscrizione di accordi contrattuali definiti dalla Giunta per quel che riguarda le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate da convenzioni regionali.

Si è provveduto, inoltre, alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che – per il Dipartimento di Prevenzione – nell'anno 2022, si assesta intorno al valore – 23, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

Macro-area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

Tutte le UU.OO. del Dipartimento si sono attenute al rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, rispettando le misure previste nel PTPCT aziendale. Il personale è stato adeguatamente informato delle misure contenute nei programmi citati, mediante apposite riunioni sul tema.

Valutazione risultati Dipartimento Dipendenze Patologiche

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca complessivamente, per tutti i servizi del Dipartimento Dipendenze Patologiche, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 90%.

4.6 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Il Dipartimento ha rispettato pienamente le disposizioni regionali ed aziendali per far fronte al periodo di emergenza pandemica.

Con riferimento alle attività ospedaliere, nel 2022, nonostante sia stato necessario sospendere i ricoveri dal 20.07.2022 al 05.08.2022 per casi di positività al COVID-19 in reparto, sono stati effettuati 210 ricoveri, di cui 102 ricoveri per riabilitazione neurologica con una degenza media di 33,7 giorni (valore *target* 50 gg) e 108 per riabilitazione ortopedica con degenza media pari a 21,2 giorni (valore *target* 30 gg).

Le attività ambulatoriali e di consulenza sono state svolte anche durante il periodo di pandemia a supporto di tutti i reparti del “Vito Fazzi” e del P.O. di Galatina, compresi i reparti per pazienti Covid positivi. Sono state erogate 2.380 consulenze, circa 80.000 prestazioni riabilitative presso i reparti del “Vito Fazzi” e del P.O. di Galatina e 600 visite ambulatoriali. Le attività di ricovero programmate, l'attività di consulenza e quella programmata dal C.U.P. sono state erogate sulla base delle risorse disponibili.

Con riferimento alle attività territoriali, nel corso del 2022 è stato rinforzato il rapporto con i Distretti Socio-Sanitari, in particolare è stata valorizzata la presenza del personale della Riabilitazione in sede di UVM, tanto in presenza, presso i D.S.S. o a domicilio dei pazienti, quanto in remoto per pazienti residenti in strutture extra-regionali, e sono stati forniti pareri tecnici a supporto dell'autorizzazione di ausili/protesi da parte degli uffici protesi.

Per i pazienti in ADI di I e II livello, ove il PAI abbia previsto la figura del fisioterapista, tale servizio è stato reso dal personale afferente alla U.O.C. Sovradistrettuale nelle sue articolazioni in Presidi Riabilitativi Distrettuali.

Per quanto riguarda gli utenti in carico per il *setting* ambulatoriale, si sono riscontrate liste d'attesa comprese tra il 30 gg e 2 mesi, mentre per il *setting* domiciliare, le strutture convenzionate hanno presentato liste d'attesa di tempo variabile tra 3 mesi e 6 mesi. L'abbattimento di tali liste si è ottenuto incrementando le prese in carico domiciliari da parte dei Presidi Riabilitativi Distrettuali della Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione, presenti in ogni D.S.S.. In particolare, i Presidi distrettuali hanno preso in carico 2.200 pazienti, rispetto a 589 pazienti presi in carico dalle Strutture convenzionate nell'anno 2022.

Nel *setting* semiresidenziale estensivo e di mantenimento sono stati seguiti n. 244 pazienti con una copertura della domanda pari all'80,3%.

Per il *setting* residenziale intensivo, risulta accreditato un solo istituto che ha effettuato 312 ricoveri per riabilitazione intensiva post acuta, su 38 p.l. contrattualizzati, assicurando il 100% della domanda.

Per il *setting* residenziale “estensivo” e “mantenimento”, risultano accreditate due strutture che hanno preso in carico 246 utenti con una copertura della domanda pari al 96,5%.

La struttura Sovra-distrettuale ha assicurato il 100% delle verifiche e controlli sui piani riabilitativi individuali dei pazienti presi in carico dalle strutture convenzionate e a gestione diretta.

I servizi del Dipartimento hanno assicurato il pieno rispetto degli obblighi connessi ai flussi informativi.

Macro-area obiettivo: Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Nel corso del 2022, si è lavorato di concerto con la Direzione Strategica e con il Dipartimento Regionale per la gestione del fondo dedicato alla assistenza riabilitativa ex art. 26 per la presa in carico e soddisfacimento del bisogno di salute della popolazione residente al 100%. Inoltre, è stata ridotta significativamente la mobilità passiva di circa il 90%.

Con riferimento al contenimento della spesa per assistenza protesica, si è cercato di orientare la parte prescrittiva, nonché quella autorizzativa dei direttori di D.S.S. per il contenimento della spesa protesica. A tal fine, con deliberazione di C.S. n. 222/2022, si è provveduto all'adozione del "Nomenclatore degli ausili ortopedici di cui agli elenchi 2A e 2B del D.P.C.M. del 12/01/2017. Completamento ed Aggiornamento del tariffario aziendale".

Per quanto riguarda la liquidazione delle fatture di competenza, l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, per il Dipartimento di Riabilitazione – nell'anno 2022, si assesta intorno al valore 127, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023, a causa di n.4 fatture emesse da I.P. Petroli, poiché sono state consegnati in ritardo gli scontrini delle autovetture.

Macro-area obiettivo: Legalità, trasparenza e formazione

Tutte le UU.OO. del Dipartimento si sono attenute al rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, rispettando le misure previste nel PTPCT aziendale. Il personale è stato adeguatamente informato delle misure contenute nei programmi citati, mediante apposite riunioni sul tema, tenute il 25.03.2022, il 07.09.2022 ed il 28.10.2022.

Per quanto riguarda l'attività di formazione, il personale medico e paramedico ha partecipato ai corsi di formazione programmati. Il 22.12.2022 è stato organizzato dalla Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione presso la sede della Formazione Aziendale il Convegno dal Titolo "Guida alla prescrizione e autorizzazione Ausili Ortopedici di cui agli elenchi 2A e 2B del DPCM 12/01/2017. Linee guida e strategie Aziendali".

Valutazione risultati Dipartimento di Riabilitazione

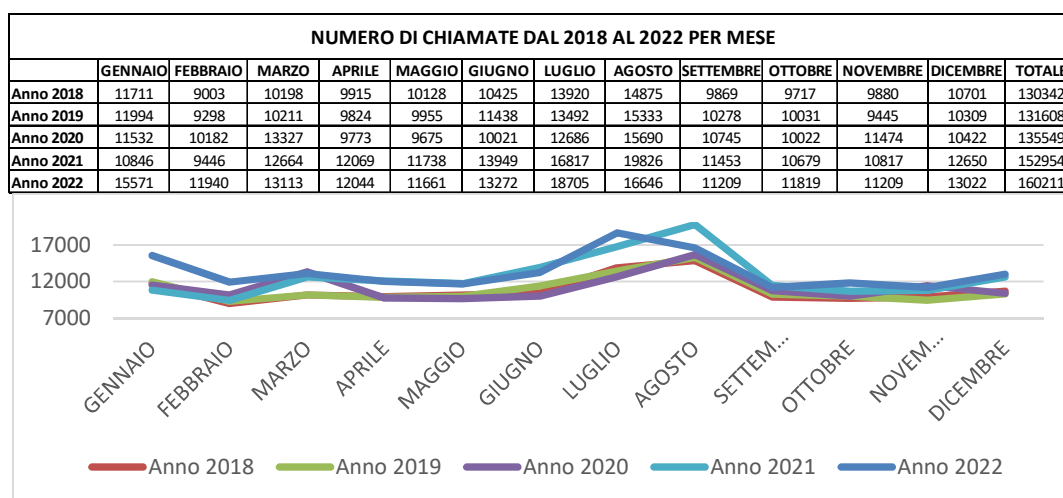
Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca complessivamente, per tutti i servizi del Dipartimento di Riabilitazione, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

4.7 Servizio Emergenza Urgenza 118

Il Servizio di Emergenza-urgenza 118 realizza un Sistema Intelligente di soccorso sul territorio nazionale con canalizzazione delle richieste su un numero unico: 118. L'attivazione in Provincia di Lecce del Sistema di soccorso territoriale è avvenuta il 01.03.2003 (*DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 3-11 febbraio 1999, n. 382 - DPR 27 marzo 1992: Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitario - 118 - nella Regione Puglia (D.G.R. n. 1811 dei 29- 5-*

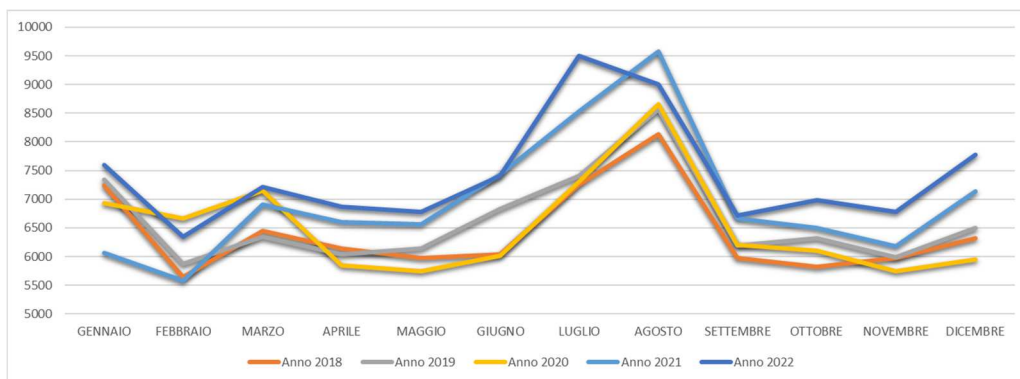
1998), rispondendo al bisogno fondamentale di un servizio “professionale” dedicato all’emergenza/urgenza sanitaria, strutturato secondo criteri di efficienza/efficacia/economicità e con l’obiettivo prioritario del “controllo totale” dei processi. Di seguito, viene analizzata l’attività svolta dal SEUS 118 nell’anno 2022. Tale attività si è svolta principalmente nella gestione e coordinamento dei soccorsi sanitari sul territorio provinciale, ma si è sviluppata anche nei numerosi processi collaterali tesi alla massima integrazione/sinergia del SEUS 118 con il territorio e le Istituzioni Locali e Nazionali (FF.OO., Prefettura, VVF, Guardia Costiera, Protezione Civile, CRI). Tutti i Processi sono stati coerenti con le finalità del Piano Attuativo Locale e con le norme regionali e nazionali di settore. Negli anni 2020-2021-2022, caratterizzati dal fenomeno pandemico da *Sars-Cov2*, si è dovuto registrare un particolare impegno da parte del Sistema di Emergenza Territoriale, ma anche ospedaliero, sia nel contrasto alla diffusione del virus che nell’assistenza a pazienti sospetti/confermati ed in isolamento domiciliare, perché risultati positivi al test molecolare/antigenico. Tale impegno, in molti casi non sufficientemente supportato dalla medicina di base e territoriale (C.A.), ha comportato un inevitabile allungamento dei tempi del soccorso, come peraltro avvenuto nella Regione Puglia e nel resto d’Italia, generato sia dal tempo necessario per indossare i necessari DPI che per l’espletamento di un più accurato *triage* telefonico da parte degli operatori della Centrale Operativa 118, ma anche per l’esecuzione del tampone antigenico, al fine di meglio indirizzare il paziente soccorso.

Di seguito viene analizzata l’attività prevalente della Centrale Operativa 118, inerente la gestione e coordinamento dei soccorsi in sede extra-ospedaliera nel territorio provinciale.

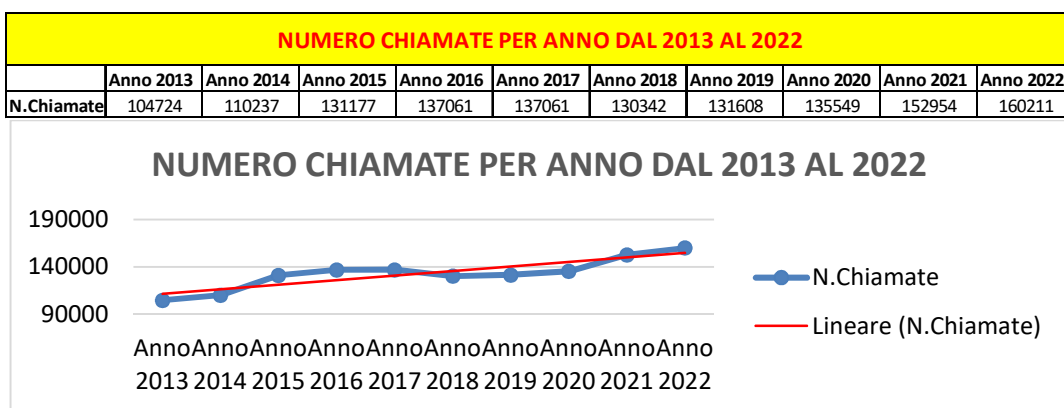


NUMERO EVENTI PER ANNO DAL 2018 AL 2022 PER MESE

	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
Anno 2018	7234	5648	6447	6140	5972	6032	7254	8131	5970	5816	5973	6322	76939
Anno 2019	7344	5869	6339	6044	6146	6826	7402	8565	6189	6324	5992	6501	79541
Anno 2020	6935	6658	7146	5845	5738	6018	7300	8662	6200	6100	5748	5948	78298
Anno 2021	6060	5578	6908	6605	6564	7435	8527	9576	6664	6501	6173	7132	83723
Anno 2022	7600	6340	7209	6864	6785	7399	9500	9000	6715	6987	6784	7778	88961



Di seguito, la linea tendenziale delle telefonate in entrata alla Centrale Operativa 118 ed i soccorsi realmente espletati nell'ultimo decennio di attività. Lo scostamento tra richieste ed attivazione procedura di soccorso è la conseguenza dal *triage* telefonico degli operatori di Centrale (non sempre la richiesta dà luogo a soccorso: consiglio telefonico, indirizzamento verso differenti strutture sanitarie territoriali, richieste inappropriate).



Indicatore di qualità: indice di concordanza tra codice di invio e codice sanitario

Uno degli indicatori di qualità dell'attività svolta dalla Centrale Operativa 118 consiste nella verifica della cosiddetta "concordanza" tra codice di invio (centrale) e codice "reale" (sanitario)

assegnato dall'operatore che viene inviato presso il luogo dell'evento. Tale indicatore diviene cruciale nel caso dei codici rossi, in cui sono determinanti le modalità di attivazione di tutto il processo decisionale, che parte dalla Centrale Operativa 118 (tempi del soccorso, tipologia del mezzo da inviare, pre-allertamento del P.O.). Orbene, dall'analisi dei processi si può evidenziare il miglioramento dell'indicatore di qualità, soprattutto per il codice rosso, più critico per la gestione del paziente. I dati, elaborati da ISED portano il 118 Lecce in un *cut-off* ottimale nella gestione del codice giallo e rosso (maggiormente critici).

CONCORDANZA ANNO 2018							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	4	74	2	0	0	80	
Verde	536	14.226	4.104	74	2	18.942	
Giallo	1316	15.194	30.019	1.425	138	48.092	96,98%
Rosso	488	668	2.328	1.404	719	5.607	79,38%

CONCORDANZA ANNO 2019							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	14	4	0	0	0	18	
Verde	559	13110	4.492	49	7	18.217	
Giallo	1.340	14.082	33.821	1.456	153	50.852	97,06%
Rosso	567	649	2.520	1.588	743	6.067	79,96%

CONCORDANZA ANNO 2020							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	16	6	1	1	0	24	
Verde	577	11.532	3.900	56	5	16.070	
Giallo	1.708	11.964	31.718	1.424	123	46.937	96,10%
Rosso	696	797	2.783	1.997	857	7.130	79,06%

CONCORDANZA ANNO 2021							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	3	4	1	0	0	8	
Verde	541	11648	4696	75	3	16963	
Giallo	1666	11538	35206	1795	159	50364	96,38%
Rosso	606	781	2969	1954	922	7232	80,82%

CONCORDANZA ANNO 2022							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	10	5	2	1	1	19	
Verde	776	14.207	5.547	110	9	20.649	
Giallo	1.962	11.467	36.408	2.000	174	52.011	95,89%
Rosso	702	792	3.093	2.205	957	7.749	80,72%

Il risultato dell'Indice di concordanza per i "codici rossi" per l'anno 2022 è di 80,72%, un valore ottimale, al di sopra della media prevista (*cut-off* di riferimento degli obiettivi operativi per l'anno 2021: 65% - 75%).

Attività ambulanze di supporto mesi estivi (giugno-settembre): coordinamento ed integrazione

L'attività del SEUS 118 e della Centrale Operativa 118 incrementa nei mesi estivi per la necessità di gestire n. 8 Ambulanze e n. 2 idro-moto dedicate al soccorso estivo, sommate a quelle ordinarie, attraverso accurato governo delle risorse umane in un periodo dell'anno con significativo impatto da parte delle ferie estive da assegnare al personale ed il notevole flusso turistico. Inoltre, nel periodo estivo si verifica annualmente un incremento di circa il 30%-40% del volume totale di attività, con prevalenza dell'incidentalità stradale. Di seguito il numero di interventi nell'ultimo quinquennio, gestito dalle ambulanze estive (*Victor*: solo soccorritori laici).

Attività:

Ambulanze Estive	2018	2019	2020	2021	2022
S. CATALDO	206	NA	175	NA	NA
CASALABATE	NA	254	225	317	451
SANT'ISIDORO	307	358	235	104	381
S. MARIA AL B.	351	461	357	547	575
SAN FOCA	311	232	7	465	NA
T. CHIANCEA	152	227	NA	303	80
T. DELL'ORSO	NA	NA	NA	NA	NA
T. LAPILLO	171	369	342	491	478
T. VADO	199	405	35	NA	385
T. S. GIOVANNI	NA	368	365	586	599
SPECCHIULLA	3	6	NA	NA	NA
IONIO	641	761	520	779	781
IDROMOTO	17	32	25	6	5

NA: non attivate

Tempo Allarme – Target: i tempi di intervento analizzati con il metodo di analisi dell'Istituto S. Anna di Pisa per l'anno 2022 (Cod. Rossi, 75% percentile) dimostrano un risultato coerente con il *cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2022 (18' – 23'): 19'24". Tale risultato, risente del tempo necessario per indossare i DPI da parte del personale soccorritore, come previsto dalle LL.GG. del Documento Valutazione Rischi Aziendale, finalizzato al contrasto alla diffusione del virus Sars-Cov2. Si rappresenta, a tal proposito, un allungamento generalizzato dei tempi del soccorso in tutti i paesi coinvolti nell'emergenza Pandemica, compresa l'Italia.

Tempo Invio – Arrivo: positivo il valore del tempo invio – arrivo del mezzo di soccorso che si attesta in 18' 08". Questo tempo risulta all'interno del *cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2022 (*cut-off* previsto: 17' – 22').

Tempo di Dispatch: Il tempo di *dispatch* (tempo dalla presa in carico della telefonata all'invio del mezzo di soccorso) è stato, per l'anno 2022, all'interno del *cut-off* previsto: 2' 14" (*cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2022: 2'00 – 3',00).

Utilizzo Tablet Multifunzione: Il *tablet* multifunzione, strumento informatico a bordo dei mezzi di soccorso (interfaccia con la Centrale Operativa, i PP.SS. e la tele-cardiologia), rappresenta un

prezioso *device* che riduce il ricorso al materiale cartaceo e fornisce alla Centrale Operativa i dati dell'attività di soccorso in tempo reale in uno con la trasmissione telematica della "scheda ambulanza alla Centrale Operativa e al P.S. di riferimento del mezzo di soccorso. La percentuale di utilizzo del *tablet*, per l'anno 2022 è stata del 98,12% (*cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2022: 80% - 99%)

Per quanto attiene gli altri Obiettivi Strategici Aziendali: Sanità Digitale, Legalità, Trasparenza e Formazione, il SEUS 118 ha rispettato le direttive Aziendali, attivando riunioni a tema anche di aggiornamento sull'utilizzo di apparati informatici ed innovazioni tecnologiche implementate all'interno della Centrale Operativa 118 e sui mezzi di soccorso con una media annuale > 1 al mese.

Inoltre, la formazione del personale è considerata dal Piano Sanitario Regionale obiettivo strategico teso a migliorare le prestazioni sanitarie e quindi l'indice di soddisfazione dell'utente/paziente. Pertanto, il SEUS 118 ha impegnato parte delle proprie risorse (n. 26 Istruttori certificati IRC) per incrementare l'attività formativa indirizzata a laici e sanitari, compresi Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione e Medicina d'Urgenza. L'attività, già intensa negli anni scorsi, porta "Leccesoccorso 118" ai primi posti tra tutti i Centri di addestramento delle Centrali Operative 118 d'Italia. Ovviamente, nell'anno 2021, caratterizzato dal *lockdown* stabilito dalle misure di contrasto alla Pandemia da COVID-19, l'attività formativa non ha visto un sensibile incremento con significativa ripresa nell'anno 2022 per il parziale allentamento delle misure (TOTALE N. 2463 Allievi --> 3504).

Risultati raggiunti dal Servizio di Emergenza-Urgenza

Dall'analisi della relazione si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate e con le criticità connesse alla emergenza pandemica, il Servizio di Emergenza-Urgenza (SEU) 118 ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2022 con *performance* positive su gran parte delle aree di valutazione.

Nel complesso, la valutazione della *performance* del Servizio Emergenza-Urgenza 118 si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 90%.

4.8 Assistenza Ospedaliera

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Sono state pienamente attuate le disposizioni regionali ed aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Tutte le unità operative ospedaliere hanno assicurato le misure di prevenzione della diffusione del Coronavirus, mediante il mantenimento dei distanziamenti e l'attivazione delle stanze "bolla" in caso di pazienti risultati positivi. Tali misure hanno condizionato pesantemente l'attività che, tuttavia, ha registrato un incremento rispetto all'anno 2021.

Con riferimento all'attività ambulatoriale, nel corso del 2022 è stata data ampia priorità all'abbattimento delle liste d'attesa con una revisione delle agende di prenotazione sui sistemi informativi per utenti esterni (CUP e WBS), per assicurare un maggiore utilizzo della capacità erogativa aziendale. Le attività ambulatoriali risultano, pertanto, in incremento + 7,4 % sul 2021, con soddisfacimento della domanda programmata secondo criteri di priorità (UBDP).

Di seguito, si riportano i volumi di attività ambulatoriale, al netto delle prestazioni di patologia clinica, erogate per presidio ospedaliero nel biennio 2021 - 2022:

STRUTTURA	Prestazioni per utenti esterni			
	Anno 2021	Anno 2022	Δ 2022- 2021	Δ %
PRESIDIO OSPEDALIERO VITO FAZZI	349.499	370.072	20.573	5,9%
PRESIDIO OSPEDALIERO COPERTINO	31.750	35.559	3.809	12,0%
PRESIDIO OSPEDALIERO GALATINA	52.717	63.316	10.599	20,1%
PRESIDIO OSPEDALIERO CASARANO	68.963	73.013	4.050	5,9%
PRESIDIO OSPEDALIERO SCORRANO	44.943	46.828	1.885	4,2%
PRESIDIO OSPEDALIERO GALLIPOLI	63.282	67.746	4.464	7,1%
TOTALE AZIENDA ASL Lecce	611.154	656.534	45.380	7,4%

Con riferimento all'attività libero professionale, l'erogazione delle prestazioni ha rispettato il vincolo normativamente previsto relativo al rapporto dei volumi di prestazioni ALPI su volumi di prestazioni istituzionali, che si attesta su base ospedaliera aziendale al 7,06%.

Relativamente alle prestazioni di ricovero, la programmazione delle attività ha risentito dei vincoli imposti dall'emergenza pandemica che hanno condizionato il cronoprogramma degli adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera.

Nel corso dell'anno 2022, come si evince nella tabella seguente, presso gli ospedali a gestione diretta sono stati effettuati n. 45.871 ricoveri ordinari con un incremento di n. 1631 ricoveri sull'anno 2021 pari al + 3,7%, e n. 3.592 ricoveri in *day hospital*, con un incremento di n. 414, pari al + 13,0% sull'anno precedente.

MDC	RICOVERI EROGATI NEGLI OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA														
	RICOVERI ORDINARI						RICOVERI DAY HOSPITAL								
	Numero ricoveri		Peso medio		Degenza media		Numero ricoveri		Numero accessi		Peso medio		Accessi medi		
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	
01 Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.578	2.496	1,36	1,34	9,54	9,29	36	62	113	173	0,72	0,71	3,14	2,79	
02 Malattie e disturbi dell'occhio	512	596	0,73	0,71	5,84	5,94	10	8	14	35	0,70	0,51	1,40	4,38	
03 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	814	864	0,72	0,68	4,79	4,06	7	12	30	24	0,55	0,39	4,29	2,00	
04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.304	4.944	1,41	1,43	13,63	12,60	276	343	995	1.162	0,54	0,65	3,39	3,39	
05 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.347	5.252	1,51	1,54	7,51	7,74	285	221	313	270	1,89	1,74	1,10	1,22	
06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.662	4.913	1,16	1,12	7,39	6,73	129	206	259	462	0,74	0,82	2,01	2,24	
07 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.827	1.965	1,21	1,22	9,30	8,35	30	43	113	228	0,96	1,07	3,77	5,30	
08 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.118	5.564	1,29	1,24	7,24	7,04	163	233	938	1.070	0,97	0,94	5,75	4,59	
09 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.135	1.090	0,88	0,86	3,31	3,16	164	114	231	235	0,82	0,72	1,41	2,06	
10 Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	624	840	0,65	0,56	6,77	5,62	34	84	67	247	0,51	0,83	1,97	2,94	
11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.051	2.308	0,98	0,98	7,59	6,92	314	298	1.189	1.346	0,96	0,91	3,79	4,52	
12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	493	540	0,84	0,87	4,37	3,62	11	11	13	25	0,76	0,59	1,18	2,27	
13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.489	1.481	0,94	0,94	4,08	3,75	308	413	656	769	0,74	0,80	2,13	1,86	
14 Gravidanza. Parto e puerperio	4.573	4.535	0,53	0,53	3,48	3,49	436	484	1.211	1.357	0,39	0,39	2,78	2,80	
15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.654	3.558	0,39	0,45	4,08	3,68		2		5		0,46		2,50	
16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema	355	295	0,94	0,93	8,08	7,97	302	319	7.162	6.675	0,89	0,89	23,72	20,92	
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	565	533	1,72	1,74	8,48	8,38	127	93	1.197	1.068	1,47	1,33	9,43	11,48	
18 Malattie infettive e parassitarie	991	1.417	1,41	1,29	12,62	11,84	28	64	61	169	0,84	0,80	2,18	2,64	
19 Malattie e disturbi mentali	894	1.111	0,73	0,73	12,36	11,31	167	169	3.097	3.073	0,61	0,62	18,54	18,18	
20 Abuso di alcool/droghes e disturbi mentali organici indotti	46	56	0,49	0,55	7,41	9,11									
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	312	281	0,91	0,91	6,44	7,75		4	17	7	0,42	0,30	1,75	1,59	
22 Ustioni	15	14	1,71	1,25	9,20	19,93				3		2,80		3,00	
23 Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	394	678	0,65	0,58	5,87	5,20		295	356	1.559	1.952	0,36	0,38	5,28	5,48
24 Traumatismi multipli rilevanti	61	69	3,30	3,21	17,87	15,25									
25 DRG non classificabile	7	18	1,72	1,94	7,71	18,11									
00 Altri DRG	419	453	5,12	5,03	17,86	14,29									
Totale	44.240	45.871	1,12	1,11	7,68	7,26	3.178	3.592	19.280	20.442	0,84	0,79	6,07	5,69	

* I dati sono comprensivi dei ricoveri presso i Nido

L'attività di ricovero è stata orientata ad assorbire, prioritariamente, il recupero dei ricoveri sospesi a causa dell'emergenza pandemica ovvero in lista di attesa per interventi di elezione, secondo le classi di priorità.

Di seguito, si riportano i dati di ricovero per struttura ospedaliera e unità operativa con evidenza dei principali indicatori funzionali e di complessità (peso medio DRG).

Cdc	CdcDesc	SDO non validate	PLO 2022	IOPL	ITO	IR	NR	TO	IO	GDG	GDGM	ValDRG	VDRGM	TP	PsoMdi
P.O. VITO FAZZI		114	590	75,47%	2,62	39,90	20.128	9.250	45,96%	162.534	8,08	90.264.000	4.484	26.932	1,34
O. VITO FAZZI		114	570	77,54%	2,33	41,22	20.071	9.250	46,09%	161.326	8,04	90.092.259	4.489	26.888	1,34
A111 01 08 1	O. FAZZI - CARDIOLOGIA	0	20	92,10%	0,39	73,40	1.326	804	80,63%	6.723	4,58	7.416.406	5.593	2.239,00	1,69
A111 01 08 3	O. FAZZI - UTIC	0	8	84,97%	0,56	97,88	63	22	34,92%	2.481	3,17	331.677	5.285	104,00	1,65
A111 01 08 4	O. FAZZI - EMODINAMICA	2	20	55,40%	4,30	37,85	664	334	50,15%	4.044	5,34	4.600.442	6.908	1.259,00	1,89
A111 01 18 1	O. FAZZI - EMATOLOGIA	5	16	68,89%	6,24	18,19	273	68	24,46%	4.023	13,82	3.870.269	13.922	1.046,00	3,76
A111 01 24 1	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	1	20	94,74%	0,74	25,80	471	6	1,27%	6.916	13,40	2.059.888	4.364	625,00	1,32
A111 01 26 1	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	7	60	77,85%	4,41	18,33	1.001	36	3,57%	17.049	15,50	3.952.131	3.921	1.186,00	1,18
A111 01 26 7	O. FAZZI - ONCOLOGIA	0	18	69,51%	4,24	26,22	452	90	19,91%	4.567	9,68	1.806.922	3.998	568,00	1,26
A111 01 29 1	O. FAZZI - NEFROLOGIA	10	17	87,75%	1,79	25,00	397	52	12,78%	5.445	12,81	1.650.156	4.054	506,00	1,24
A111 01 32 1	O. FAZZI - NEUROLOGIA	1	27	75,15%	2,74	33,15	860	132	15,33%	7.406	8,27	4.538.114	5.271	1.327,00	1,54
A111 01 68 1	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	6	20	122,11%	-3,46	23,30	416	13	3,08%	8.914	19,13	2.213.349	5.245	626,00	1,48
A111 01 68 2	O.FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	2	20	152,71%	-4,21	45,70	711	1	0,14%	11.148	12,20	3.799.310	5.329	1.203,00	1,69
A111 02 07 1	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	10	26	74,32%	7,04	13,31	310	274	85,63%	7.053	20,38	6.363.761	19.887	1.413,00	4,42
A111 02 09 1	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	0	32	86,26%	0,93	53,88	1.672	1.202	71,89%	10.078	5,85	8.170.237	4.887	2.586,00	1,55
A111 02 12 1	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0	8	52,71%	2,83	61,00	486	472	97,12%	1.539	3,15	1.452.139	2.988	607,00	1,25
A111 02 13 1	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	0	12	85,21%	1,28	42,25	481	255	53,01%	3.732	7,36	2.558.236	5.319	784,00	1,63
A111 02 30 1	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	26	32	54,56%	9,83	16,88	472	254	51,00%	6.373	11,80	3.536.542	7.101	957,00	1,92
A111 02 34 1	O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	2	10	97,26%	0,17	60,10	593	442	74,29%	3.550	5,91	1.102.241	1.853	455,00	0,76
A111 02 36 1	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	36	97,54%	0,19	46,31	1.713	1.575	91,89%	12.817	7,37	7.525.378	4.391	2.219,00	1,29
A111 02 38 1	O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	5	18	54,35%	4,28	38,89	691	362	52,01%	3.571	5,10	1.835.025	2.637	683,00	0,98
A111 02 43 2	O. FAZZI - UROLOGIA	29	18	66,99%	1,91	63,11	1.089	750	67,08%	4.401	3,87	3.631.422	3.248	1.128,00	1,01
A111 03 11 1	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	0	15	29,84%	6,22	41,20	593	414	69,81%	1.634	2,64	1.219.626	2.057	475,00	0,80
A111 03 31 1	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	1	12	69,86%	1,54	71,75	856	4	0,47%	3.051	3,54	3.981.391	4.646	995,00	1,16
A111 03 31 2	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1	11	60,80%	7,64	18,73	20	2	9,52%	2.441	11,85	141.919	6.758	28,00	1,33
A111 03 37 1	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	44	71,40%	1,45	71,91	3.153	1.543	48,92%	11.467	3,62	5.568.245	1.765	1.960,00	0,62
A111 03 39 1	O. FAZZI - PEDIATRIA	2	18	61,63%	3,08	45,50	791			4.049	4,94	1.361.180	1.716	405,00	0,51
A111 03 39 3	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	0	6	38,36%	7,85	28,67	170	8	4,71%	840	4,88	503.729	2.963	153,00	0,90
A111 04 AR 2	O. FAZZI - TERAPIA INTENSIVA	2	16	66,37%	4,05	30,31	212	120	56,07%	3.876	7,99	3.257.375	15.221	899,00	4,20
A111 04 AR 5	O.FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENSIVA	0	10	58,58%	6,41	23,60	135	15	11,11%	2.138	9,06	1.645.149	12.186	452,00	3,35
O. SAN CESARIO		0	20	16,55%	106,88	2,85	57			1.208	21,19	171.741	3.013	44	0,77
A112 01 68 7	O. S. CESARIO - POST-ACUTI COVID	0	20	16,55%	106,88	2,85	57			1.208	21,19	171.741	3.013	44,00	0,77

Cdc	CdcDesc	SDO non validate	PLO 2022	IOPL	ITO	IR	NR	TO	IO	GDG	GDGM	ValDRG	VDRGM	TP	PsoMdi
P.O. COPERTINO		3	109	64,41%	3,80	37,16	3.725	1.355	36,38%	25.627	6,88	10.120.629	2.717	3.819	1,03
O. COPERTINO		3	109	64,41%	3,80	37,16	3.725	1.355	36,38%	25.627	6,88	10.120.629	2.717	3.819	1,03
A121 01 08 1	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	0	12	83,29%	1,39	44,00	520	3	0,58%	3.648	6,91	1.292.975	2.486	531,00	1,02
A121 01 21 1	O. COPERTINO - GERIATRIA	0	30	49,39%	15,52	11,90	353	3	0,85%	5.408	15,15	1.376.820	3.900	437,00	1,24
A121 01 26 1	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	0	23	86,27%	2,10	23,91	539	2	0,37%	7.242	13,17	1.860.785	3.452	609,00	1,13
A121 02 09 5	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	1	22	58,64%	2,42	62,50	1.370	589	42,96%	4.709	3,42	2.645.585	1.930	1.248,00	0,91
A121 02 36 1	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	2	22	57,53%	3,56	43,50	943	758	80,21%	4.620	4,83	2.944.464	3.116	994,00	1,05

Cdc	CdcDesc	SDO non validate	PLO 2022	IOPL	ITO	IR	NR	TO	IO	GDG	GDGM	ValDRG	VDRGM	TP	PsoMdi
P.O. GALATINA		12	120	51,05%	7,40	33,46	2.898	851	29,37%	22.359	7,72	7.110.178	2.453	2.114	0,73
O. GALATINA		12	120	51,05%	7,40	33,46	2.898	851	29,37%	22.359	7,72	7.110.178	2.453	2.114	0,73
A131 01 24 1	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	0	12	28,54%	38,17	6,83	80			1.250	15,24	322.303	4.029	105,00	1,31
A131 01 24 2	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	0	10	53,21%	13,04	13,10	125	1	0,80%	1.942	14,82	361.057	2.888	94,00	0,75
A131 01 26 1	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	0	32	52,48%	14,02	12,38	390	2	0,51%	6.130	15,48	1.435.950	3.682	428,00	1,10
A131 01 29 1	O. GALATINA - NEFROLOGIA	0	11	35,24%	20,31	11,64	125	15	12,00%	1.415	11,05	489.142	3.913	154,00	1,23
A131 02 09 1	O. GALATINA - CHIRURGIA	0	4	41,16%	2,12	101,50	406	389	95,81%	601	1,48	738.386	1.819	350,00	0,86
A131 03 37 1	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	22	42,81%	4,77	43,77	950	444	46,15%	3.438	3,57	1.544.775	1.606	576,00	0,60
A131 03 39 1	O. GALATINA - PEDIATRIA	0	9	70,14%	1,60	68,00	612			2.304	3,76	865.192	1.414	249,00	0,41
A131 05 56 1	O. GALATINA - RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE	0	20	72,32%	9,62	10,50	210			5.279	25,14	1.353.373	6.445	158,00	0,75

Cdc	CdcDesc	SDO non validate	PLO 2022	IOPL	ITO	IR	NR	TO	IO	GDG	GDGM	ValDRG	VDRGM	TP	PsoMdi
P.O. CASARANO		0	140	62,16%	4,32	34,60	4.479	1.716	38,31%	31.762	7,09	16.866.922	3.766	5.427	1,21
O. CASARANO		0	140	62,16%	4,32	34,60	4.479	1.716	38,31%	31.762	7,09	16.866.922	3.766	5.427	1,21
A141 01 08 1	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	0	12	61,76%	2,90	48,08	565	217	38,41%	2.705	4,69	2.119.462	3.751	706,00	1,25
A141 01 21 1	O. CASARANO - GERIATRIA	0	20	88,58%	4,06	28,25	550	7	1,27%	5.006	6,86	1.978.633	3.598	665,00	1,21
A141 01 26 1	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	0	28	52,80%	6,66	25,86	693	12	1,73%	5.396	7,45	2.843.881	4.104	922,00	1,33
A141 01 32 1	O. CASARANO - NEUROLOGIA	0	18	62,60%	4,98	27,39	479	2	0,42%	4.113	8,34	1.377.004	2.875	482,00	1,01
A141 02 09 1	O. CASARANO - CHIRURGIA	0	22	48,39%	6,87	27,41	580	377	65,00%	3.886	6,44	2.287.230	3.944	740,00	1,28
A141 02 36 1	O. CASARANO - ORTOPEDIA	0	20	70,12%	2,79	39,15	775	615	79,35%	5.119	6,54	3.487.104	4.999	1.041,00	1,34
A141 02 43 1	O. CASARANO - UROLOGIA	0	16	73,75%	1,97	48,63	767	475	61,93%	4.307	5,54	2.073.373	2.703	661,00	0,88
A141 04 AR 3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	0	4	84,25%	1,80	32,00	70	11	15,71%	1.230	9,61	700.235	10.003	210,00	3,00

Cdc	CdcDsc	SDO non validate	PLO 2022	IOPL	ITO	IR	NR	TO	IO	GDG	GDGM	ValDRG	VDRGM	TP	PsoMdi
P.O. SCORRANO		0	162	68,97%	3,09	37,78	5,938	2,042	34,39%	40,781	6,87	19.194.338	3.232	6.206	1,05
O. SCORRANO		0	162	68,97%	3,09	37,78	5,938	2,042	34,39%	40,781	6,87	19.194.338	3.232	6.206	1,05
A151 01 08 1	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	0	16	62,48%	4,14	33,06	514	70	13,62%	3.649	6,90	1.585.762	3.085	548,00	1,07
A151 01 26 1	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	0	40	76,62%	2,95	28,98	1.122	20	1,78%	11.186	9,65	4.167.385	3.714	1.380,00	1,23
A151 01 26 3	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	0	8	48,49%	16,00	11,75	94			1.416	15,06	215.785	2.296	109,00	1,16
A151 02 09 1	O. SCORRANO - CHIRURGIA	0	22	72,90%	2,27	43,59	937	627	66,92%	5.854	6,10	2.984.561	3.185	1.028,00	1,10
A151 02 36 1	O. SCORRANO - ORTOPIEDIA	0	22	87,29%	1,09	42,55	928	744	80,17%	7.009	7,49	4.615.444	4.974	1.306,00	1,41
A151 02 58 1	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	0	15	86,76%	1,02	47,53	674	7	1,04%	4.750	6,66	1.956.117	2.902	666,00	0,99
A151 03 37 1	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	22	43,71%	4,48	45,82	1.006	560	55,67%	3.510	3,48	1.945.534	1.934	680,00	0,88
A151 03 39 1	O. SCORRANO - PEDIATRIA	0	13	47,95%	4,15	45,77	595	1	0,17%	2.275	3,82	942.783	1.585	269,00	0,45
A151 04 AR 2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	0	4	77,53%	2,00	41,00	68	13	19,12%	1.132	6,90	780.977	11.485	220,00	3,24

Cdc	CdcDsc	SDO non validate	PLO 2022	IOPL	ITO	IR	NR	TO	IO	GDG	GDGM	ValDRG	VDRGM	TP	PsoMdi
P.O. GALLIPOLI		6	142	61,68%	4,03	34,83	4,932	2,043	41,42%	31.969	6,48	15.008.844	3.043	5.025	1,02
O. GALLIPOLI		6	142	61,68%	4,03	34,83	4,932	2,043	41,42%	31.969	6,48	15.008.844	3.043	5.025	1,02
A161 01 08 1	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	0	16	57,21%	4,23	36,94	566	134	23,67%	3.341	5,65	1.783.686	3.151	644,00	1,14
A161 01 26 1	O. GALLIPOLI - MEDICINA INTERNA	0	14	108,36%	-0,74	41,29	548			5.537	9,58	1.930.811	3.523	647,00	1,18
A161 01 26 2	O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA	0	16	30,80%	42,99	5,88	94			1.799	19,14	272.796	2.902	121,00	1,29
A161 01 26 3	O. GALLIPOLI - ONCOLOGIA	0	14	58,73%	7,87	19,14	259	6	2,32%	3.001	11,20	983.663	3.798	341,00	1,32
A161 02 09 1	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	6	22	89,41%	1,00	38,59	806	581	71,55%	7.180	8,46	3.091.255	3.807	972,00	1,20
A161 02 36 1	O. GALLIPOLI - ORTOPIEDIA	0	22	60,91%	3,05	46,73	1.024	728	71,09%	4.891	4,76	3.798.503	3.709	1.188,00	1,16
A161 03 37 1	O. GALLIPOLI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	20	42,97%	3,96	52,55	1.048	578	55,15%	3.137	2,98	1.804.468	1.722	684,00	0,85
A161 03 39 1	O. GALLIPOLI - PEDIATRIA	0	14	40,67%	5,84	37,07	519	1	0,19%	2.078	4,00	728.387	1.403	243,00	0,47
A161 04 AR 2	O. GALLIPOLI - TERAPIA INTENSIVA	0	4	68,84%	3,23	35,25	68	15	22,06%	1.005	7,13	615.275	9.048	185,00	2,72

LEGENDA

PLO:	Posti Letto Ordinari
IOPL:	Indice di Occupazione del Posto Letto: indica la quota parte dei Posti letto effettivamente utilizzati
ITO:	Indice di Turn Over: misura il tempo mediamente intercorrente tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del paziente successivo
IR:	Indice di Rotazione: misura la quantità di Ricoveri mediamente sopportati da ciascun letto
NR:	Numero di Ricoveri
TO:	Totale operati: indica il numero dei ricoverati sottoposti ad intervento chirurgico
IO:	Indice Operatorio
GDG:	Giornate di Degenza: indica il numero di giornate di degenza
GDGM:	Giornate di Degenza Media: misura la media delle giornate di permanenza dei Ricoverati
ValDRG:	Valore del DRG: indica il valore economico del singolo Ricovero
VDRGM:	Valore Medio del DRG: misura a quanto ammonta mediamente il valore economico del singolo Ricovero nella singola U.O.
TP:	Totale Peso: Sommatore dei pesi assegnati a ciascun DRG trattato.
PsoMdi:	Peso Medio del DRG: Valore medio dei pesi relativi a ciascun DRG trattato.

Dall'esame delle tabelle soprariportate si evince anche un miglioramento degli indicatori di attività:

- degenza media: soddisfacente il dato relativo alle UU.OO. chirurgiche, mentre per le UU.OO. mediche risente della complessità del *management* del paziente anziano, affetto da co-morbilità, e del *timing* di reperimento sul territorio di *setting* assistenziali alternativi / integrativi al ricovero ospedaliero.
- peso medio DRG: il valore > 1 è indicativo della complessità dei casi trattati; occorre, tuttavia rilevare che la casistica ospedaliera tiene conto del ruolo che la Regione ha assegnato a ciascun ospedale (base, I e II Livello). Nella tabella seguente sono riportati, per Presidio Ospedaliero, i dati relativi alla degenza media e al peso medio dei DRG chirurgici.

Indicatore	PRESIDIO OSPEDALIERO VITO FAZZI	PRESIDIO OSPEDALIERO COPERTINO	PRESIDIO OSPEDALIERO GALATINA	PRESIDIO OSPEDALIERO CASARANO	PRESIDIO OSPEDALIERO SCORRANO	PRESIDIO OSPEDALIERO GALLIPOLI	ASL LECCE, PRESIDI OSPEDALIERI
Degenza media dei ricoveri ordinari	8,04	6,88	7,72	7,09	6,87	6,48	7,26
Peso medio DRG chirurgici Ricoveri ordinari	1,74	1,16	0,88	1,44	1,37	1,27	1,52

Macro-area obiettivo: Appropriatelyzza e qualità

Coerente con il valore *target* proposto (< 0,21) il dato relativo alla riduzione della inappropriatelyzza con contestuale ricorso a *setting* assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero,

ad eccezione del P.O. di Copertino, che registra un valore superiore alla soglia proposta, ma in miglioramento rispetto all'anno precedente. Analogamente coerente il dato relativo alla riduzione dei ricoveri ripetuti ed alla degenza media preoperatoria. Il dato relativo al numero dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico ha risentito, invece, della dimissione volontaria dei pazienti risultati positivi durante il ricovero e, in quanto tali, non sottoponibili a trattamento chirurgico fino a negativizzazione.

Nello specifico: l'appropriatezza organizzativa si mantiene su buoni livelli, infatti, l'indice di inappropriatazza (rapporto tra ricoveri ordinari ≥ 2 gg attribuiti a DRG "ad alto rischio di inappropriatazza" e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza) nel 2022 conferma il valore di 0,19 già registrato nel 2021, inferiore al valore soglia fissato nella Griglia LEA, pari a 0,21. L'indice dell'appropriatezza chirurgica registra un *trend* in miglioramento sul P.O. "Vito Fazzi" di Lecce (DEA II Liv.), dove l'incidenza dei dimessi con DRG medico dai reparti chirurgici si attesta al 27,80%, mentre la media aziendale, in lieve incremento per le ragioni sopraesposte sull'anno precedente, è pari al 31,58%.

Gli indicatori relativi alla qualità clinica evidenziano il mantenimento dei risultati raggiunti negli anni pregressi. Nel 2022 l'incidenza dei ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione è pari al 2,8%; la complessità dei casi trattati rilevabile dal peso medio si attesta, complessivamente, a 1,11 per i ricoveri ordinari, e 1,52 per i ricoveri chirurgici.

Indicatore	PRESIDIO OSPEDALIERO VITO FAZZI	PRESIDIO OSPEDALIERO COPERTINO	PRESIDIO OSPEDALIERO GALATINA	PRESIDIO OSPEDALIERO CASARANO	PRESIDIO OSPEDALIERO SCORRANO	PRESIDIO OSPEDALIERO GALLIPOLI	ASL LECCE, PRESIDIO OSPEDALIERI	Valore Target	Range accettabilità di
Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	27,8	44,33	4,55	35,03	35,19	31,24	31,58	<=26,65	>26,65<=30
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,17	0,33	0,15	0,21	0,14	0,22	0,19	≤0,21	>0,21<0,24
Incidenza % ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione	2,91	3,35	1,32	3,31	3,03	2,49	2,8	≤4≤4	>4<7
Degenza media pre-operatoria	2,33	1,88	0,6	2,73	2,2	2,16	2,19	<=1,64 gg	>1.64 gg<2 gg

Sul versante dell'efficienza organizzativa, nel 2022 si registra un miglioramento della degenza media dei ricoveri ordinari che si attesta a 7,26 gg., e della degenza media preoperatoria che pari a 2,19 gg.; tali valori risentono anche delle procedure di sicurezza adottate per prevenire la diffusione dei contagi da COVID-19.

Con riferimento ai punti nascita permangono le criticità connesse ai parti cesarei primari: nel punto nascita del P.O. "Vito Fazzi", che supera i 1.000 parti all'anno, l'incidenza dei parti cesarei primari si attesta al 25,48% di poco superiore al valore *target* del 25%; negli altri punti nascita, con meno di 1.000 parti all'anno, l'incidenza dei cesarei primari si attesta in un *range* tra 30,62% e 31,66%, di molto superiore al valore *target* fissato al 15%. Occorre, comunque, evidenziare che il raggiungimento del valore *target* potrebbe subire l'influenza dell'avanzamento dell'età media delle gestanti e dei pregressi tagli cesarei.

Relativamente alle *performance* per le fratture di femore negli anziani operati entro 2 giorni, nel 2022 l'incidenza complessiva aziendale si attesta al 53,95%; le UU.OO. di ortopedia del P.O. "Vito Fazzi" (64,23%) e del P.O. di Gallipoli (65,42%) superano il valore ottimale ($\geq 60\%$) fissato dal Ministero (Griglia LEA), le UU.OO. di ortopedia dei PP.OO. di Scorrano e Casarano registrano un'incidenza superiore al 50%, ma sotto il valore *target* ottimale, particolarmente critica risulta l'incidenza della ortopedia del P.O. di Copertino (25,69%).

Attivazione Breast Unit

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 979 del 3.12.2021 è stata istituita la *Breast Unit* della ASL LE, con sede presso il P.O. “Vito Fazzi”, che ha il compito di garantire il percorso della donna con tumore mammario dalla sospetta/accertata diagnosi fino al trattamento e alla riabilitazione.

La *Breast Unit* della ASL LE ha avviato il percorso di accreditamento istituzionale, secondo le indicazioni e nel rispetto dei requisiti previsti dalle norme di riferimento e dall’Organismo Regionale Tecnicamente Accreditante (Qu.O.T.A. di AReSS Puglia). Nel corso del 2022, a seguito di alcune non conformità rilevate durante gli audit, è stato approvato un Piano di Rientro per l’accreditamento, messo in atto con il tutoraggio e supporto di A.Re.S.S. Tra le azioni messe in atto, la principale ha riguardato la stesura ed approvazione del Manuale di Funzionamento della *Breast Unit*, all’interno del quale sono stati definiti gli organi di *governance* e gli obiettivi della struttura.

Gli obiettivi principali rispecchiano i requisiti richiesti da EUSOMA (*European Society of Breast Cancer Specialists*) per garantire qualità e sicurezza del percorso *breast* e sono in parte misurabili con gli indicatori specifici al tumore della mammella previsti dal Piano Nazionale Esiti e dal Nuovo Sistema di Garanzia.

In particolare, l’indicatore comune a tutti i documenti riguarda il numero di interventi per tumore alla mammella eseguiti presso le *Breast Unit*, che dev’essere maggiore/uguale a 150 interventi con un *range* di accettabilità del 10%. L’obiettivo è quello di garantire esiti migliori con centralizzazione degli interventi presso i Centri con volumi più elevati ed evitare il rischio di dispersione chirurgica. Infatti, è ben noto in letteratura che una maggiore casistica trattata determina migliori esiti.

Di seguito si riporta la tabella relativa al n. di interventi per tumore mammario (calcolati sulla base della scheda indicatore H02Z del NSG) per l’anno 2022 nella ASL LE.

Reparto	Somma - Numero ricoveri
O. CASARANO - CHIRURGIA	5
O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	2
O. GALATINA - CHIRURGIA	1
O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	6
O. SCORRANO - CHIRURGIA	3
O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	1
O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	158
O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1
O. FAZZI - TOTALE	160
Totale Risultato ASL LE	177

Come si evince dalla tabella, il dato per la *Breast Unit* del P.O. “Vito Fazzi” è positivo in quanto ha raggiunto il volume di interventi previsto dai requisiti dell’accreditamento (≥ 150 interventi); persistono, però, alcuni interventi in ospedali non sede di *Breast Unit* che dovranno essere necessariamente centralizzati presso la sede del P.O. “Vito Fazzi” di Lecce.

Tasso di ospedalizzazione

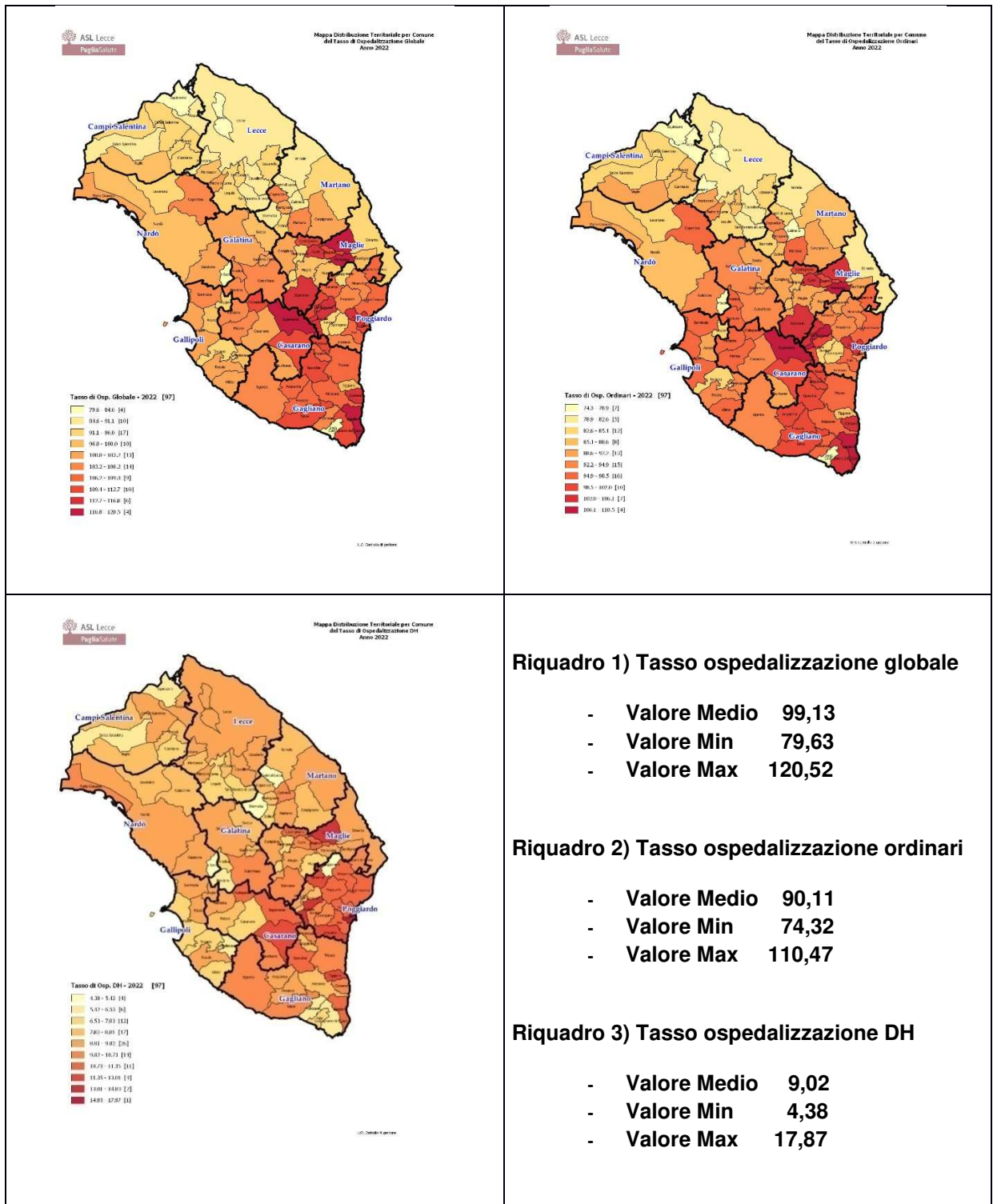
Nelle tabelle seguenti è riportata la domanda di ospedalizzazione espressa dalla popolazione residente negli anni 2021 – 2021:

Distribuzione domanda di ricoveri residenti ASL Lecce							
MDC	2021					Totale	
	Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale		
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.437	590	1.305	344	813	5.489
02	Malattie e disturbi dell'occhio	453	17	573	136	195	1.374
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	706	129	515	181	278	1.809
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.214	310	1.072	291	286	7.173
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.208	1.919	2.309	292	632	10.360
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.484	519	1.617	262	533	7.415
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.704	337	764	161	195	3.161
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	4.819	1.479	909	515	2.019	9.741
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.221	571	264	232	312	2.600
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	614	200	209	111	415	1.549
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.197	373	2.300	267	308	5.445
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	440	120	374	142	144	1.220
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.644	367	934	198	425	3.568
14	Gravidanza. Parto e puerperio	4.444	-	1.329	195	132	6.100
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.423	-	1.207	146	8	4.784
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	602	27	209	45	103	986
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	620	36	232	258	325	1.471
18	Malattie infettive e parassitarie	951	24	283	48	63	1.369
19	Malattie e disturbi mentali	933	313	46	95	201	1.588
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	39	66	1	2	13	121
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	294	11	54	26	51	436
22	Ustioni	15	-	-	20	-	35
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	606	209	568	95	260	1.738
24	Traumatismi multipli rilevanti	54	-	11	3	1	69
25	DRG non classificabile	5	-	1	-	-	6
N	Altri DRG	304	5	84	21	10	424
Pr	Altri DRG	119	2	52	27	54	254
TOTALE		43.550	7.624	17.222	4.113	7.776	80.285

Distribuzione domanda di ricoveri residenti ASL Lecce							
MDC	2022					Totale	
	Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale		
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.368	535	1.433	395	813	5.544
02	Malattie e disturbi dell'occhio	547	16	538	121	195	1.417
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	752	127	542	218	278	1.917
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4.937	275	1.117	327	286	6.942
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.100	1.848	2.423	322	632	10.325
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.761	570	1.730	306	533	7.900
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.853	359	798	131	195	3.336
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.286	1.563	1.130	595	2.019	10.593
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.130	519	256	268	312	2.485
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	842	210	205	137	415	1.809
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.391	286	2.235	310	308	5.530
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	474	109	428	154	144	1.309
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.767	388	922	156	425	3.658
14	Gravidanza. Parto e puerperio	4.437	-	1.323	200	132	6.092
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.326	-	1.226	120	8	4.680
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	570	24	132	42	103	871
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	574	34	293	190	325	1.416
18	Malattie infettive e parassitarie	1.372	18	386	62	63	1.901
19	Malattie e disturbi mentali	1.129	336	41	92	201	1.799
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	49	64	1	1	13	128
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	260	12	71	42	51	436
22	Ustioni	15	-	1	23	260	299
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	936	222	633	121	1	1.913
24	Traumatismi multipli rilevanti	61	-	6	2	-	69
25	DRG non classificabile	12	-	-	1	10	23
N	Altri DRG	314	2	70	19	54	459
Pr	Altri DRG	129	3	58	32	54	222
TOTALE		45.392	7.520	17.998	4.387	7.776	83.073

Il tasso di ospedalizzazione complessivo della popolazione residente nella provincia di Lecce nel 2022 (dati mobilità passiva *extra*-regionale 2021) si attesta a n. 99,13 ricoveri x 1000 ab., di cui 90,11 ordinari e 9,02 D.H. (Cfr successiva Fig.1). Con riferimento all'anno precedente il tasso di ospedalizzazione aziendale complessivo registra un incremento di 6,34 punti.

Fig. 1) Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza * 1000 ab. - Anno 2022



Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

La spesa farmaceutica ospedaliera registra un incremento soprattutto per ciò che attiene i farmaci neoplastici a causa dell'aumento del numero di pazienti in terapia e del numero dei pazienti *naive*, nonché dell'inserimento costante in PTR di nuovi farmaci ricompresi nei LEA e ad esclusiva erogazione diretta per il tramite delle Farmacie Territoriali e Ospedaliere della ASL LE.

Di seguito si riporta la valutazione sintetica per ciascun presidio ospedaliero.

P.O. “Vito Fazzi” di Lecce

Capacità di governo della domanda: pienamente attuate le disposizioni regionali e aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Garantite tutte le prestazioni ambulatoriali presenti nelle agende di priorità così come calendarizzate e pressoché assorbita la domanda di ricovero presente su Edotto e relativa all'anno 2022.

Rispettato il vincolo normativamente previsto con riferimento ai volumi di attività ambulatoriale in rapporto ad ALPI.

Appropriatezza e qualità: soddisfacenti gli indicatori relativi ad efficienza ed accessibilità, al pari degli indicatori di appropriatezza ed efficienza dell'attività di ricovero, che hanno presentato un netto miglioramento.

Assistenza farmaceutica: costantemente monitorata la spesa farmaceutica che ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente riconducibile al maggior numero di assistiti per patologie oncologiche oltre che all'inserimento dei farmaci innovativi nei LEA. Risultano rispettate le misure aziendali di adesione all'impiego dei biosimilari, ovvero del farmaco a minor costo nei pazienti di nuova diagnosi. Informatizzati al 100% i piani terapeutici, le prescrizioni specialistiche con rispetto del *timing* previsto. Corretta la gestione dell'armadio farmaceutico. Risulta attuato il monitoraggio dei consumi di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, al pari del monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione. Implementato presso le UU.OO. l'utilizzo della procedura informatica MOSS.

Sanità digitale: pienamente soddisfatto l'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi, sia per ciò che attiene le Schede di Dimissione ospedaliera (SDO), che per le consulenze interne regolarmente registrate su Edotto, come pure la registrazione delle prestazioni esterne sui gestionali aziendali in uso. In miglioramento anche la diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie.

Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: risulta costantemente monitorato l'andamento dei costi operativi; tuttavia, non si registra una riduzione dello scostamento di tali costi sulla produzione rispetto all'anno precedente.

Legalità, trasparenza e formazione: risultano rispettate le misure previste nel Piano Triennale della prevenzione della Corruzione aziendale, al pari delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Regolare la gestione del *dossier* formativo ospedaliero.

Dall'analisi delle schede e degli indicatori di *performance* 2022, emerge che, compatibilmente con le risorse assegnate e la riorganizzazione delle attività secondo protocolli di prevenzione e contrasto alla diffusione del COVID-19, la valutazione della *performance* organizzativa per tutte le UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Lecce si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

P.O. Casarano

Capacità di governo della domanda: pienamente attuate le disposizioni regionali e aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Garantite tutte le prestazioni ambulatoriali presenti nelle agende di priorità così come calendarizzate e pressoché assorbita la domanda di ricovero presente su Edotto e relativa all'anno 2022.

Rispettato il cronoprogramma degli adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera.

Rispettato il vincolo normativamente previsto con riferimento ai volumi di attività ambulatoriale in rapporto ad ALPI.

Appropriatezza e qualità: soddisfacenti gli indicatori relativi ad efficienza ed accessibilità, al pari degli indicatori di appropriatezza ed efficienza dell'attività di ricovero, alcuni dei quali continuano a registrare miglioramenti.

Assistenza farmaceutica: costantemente monitorata la spesa farmaceutica che ha registrato un contenimento nel 2022 rispetto all'anno 2021, tanto per i farmaci quanto per i dispositivi medici. Risultano rispettate le misure aziendali di adesione all'impiego dei biosimilari, ovvero del farmaco a minor costo nei pazienti di nuova diagnosi. Informatizzati al 100% i piani terapeutici, le prescrizioni specialistiche con rispetto del *timing* previsto. Corretta la gestione dell'armadio farmaceutico. Risulta attuato il monitoraggio dei consumi di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, al pari del monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione. Implementato presso le UU.OO. l'utilizzo della procedura informatica MOSS.

Sanità digitale: pienamente soddisfatto l'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi, sia per ciò che attiene le Schede di Dimissione ospedaliera (SDO), che per le consulenze interne regolarmente registrate su Edotto, come pure la registrazione delle prestazioni esterne sui gestionali aziendali in uso. In miglioramento anche la diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie.

Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: si registra una riduzione dello scostamento dei costi operativi sulla produzione rispetto all'anno precedente.

Legalità, trasparenza e formazione: risultano rispettate le misure previste nel Piano Triennale della prevenzione della Corruzione aziendale, al pari delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Regolare la gestione del *dossier* formativo ospedaliero.

Dall'analisi delle schede e degli indicatori di *performance* 2022, emerge che, compatibilmente con le risorse assegnate e la riorganizzazione delle attività secondo protocolli di prevenzione e contrasto alla diffusione del COVID-19, la valutazione della *performance* organizzativa per tutte le UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Casarano si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

P.O. Gallipoli

Capacità di governo della domanda: pienamente attuate le disposizioni regionali e aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Garantite tutte le prestazioni ambulatoriali presenti nelle agende di priorità così come calendarizzate e pressoché assorbita la domanda di ricovero presente su Edotto e relativa all'anno 2022.

Rispettato il cronoprogramma degli adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera.

Rispettato il vincolo normativamente previsto con riferimento ai volumi di attività ambulatoriale in rapporto ad ALPI.

Appropriatezza e qualità: il dato della macro-area, pur condizionato dalle dimissioni dei pazienti risultati positivi durante la degenza ed in quanto tali non candidabili al trattamento chirurgico fino ad avvenuta negativizzazione, può ritenersi soddisfacente.

Assistenza farmaceutica: costantemente monitorata la spesa farmaceutica che ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente riconducibile al maggior numero di assistiti per patologie oncologiche oltre che all'inserimento dei farmaci innovativi nei LEA. Risultano rispettate le misure aziendali di adesione all'impiego dei biosimilari, ovvero del farmaco a minor costo nei pazienti di nuova diagnosi. Informatizzati al 100% i piani terapeutici, le prescrizioni specialistiche con rispetto del *timing* previsto. Corretta la gestione dell'armadio farmaceutico. Risulta attuato il monitoraggio dei consumi di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, al pari del monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione. Implementato presso le UU.OO. l'utilizzo della procedura informatica MOSS.

Sanità digitale: pienamente soddisfatto l'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi, sia per ciò che attiene le Schede di Dimissione ospedaliera (SDO), che per le consulenze interne regolarmente registrate su Edotto, come pure la registrazione delle prestazioni esterne sui gestionali aziendali in uso. In miglioramento anche la diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie.

Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: risulta costantemente monitorato l'andamento dei costi operativi; tuttavia, non si registra una riduzione dello scostamento di tali costi sulla produzione rispetto all'anno precedente.

Legalità, trasparenza e formazione: risultano rispettate le misure previste nel Piano Triennale della prevenzione della Corruzione aziendale, al pari delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Regolare la gestione del *dossier* formativo ospedaliero.

Dall'analisi delle schede e degli indicatori di *performance* 2022, emerge che, compatibilmente con le risorse assegnate e la riorganizzazione delle attività secondo protocolli di prevenzione e contrasto alla diffusione del COVID-19, la valutazione della *performance* organizzativa per tutte le UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Gallipoli si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

P.O. Scorrano

Capacità di governo della domanda: pienamente attuate le disposizioni regionali e aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Garantite tutte le prestazioni ambulatoriali presenti nelle agende di priorità così come calendarizzate e pressoché assorbita la domanda di ricovero presente su Edotto e relativa all'anno 2022.

Rispettato il cronoprogramma degli adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera.

Rispettato il vincolo normativamente previsto con riferimento ai volumi di attività ambulatoriale in rapporto ad ALPI.

Appropriatezza e qualità: soddisfacenti gli indicatori relativi ad efficienza ed accessibilità, al pari degli indicatori di appropriatezza ed efficienza dell'attività di ricovero, alcuni dei quali continuano a registrare miglioramenti.

Assistenza farmaceutica: costantemente monitorata la spesa farmaceutica che ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente riconducibile all'aumentato numero di assistiti per

patologie oncologiche oltre che all'inserimento dei farmaci innovativi nei LEA. Risultano rispettate le misure aziendali di adesione all'impiego dei biosimilari ovvero del farmaco a minor costo nei pazienti di nuova diagnosi. Informatizzati al 100% i piani terapeutici, le prescrizioni specialistiche con rispetto del *timing* previsto. Corretta la gestione dell'armadio farmaceutico. Risulta attuato il monitoraggio dei consumi di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, al pari del monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione. Implementato presso le UU.OO. l'utilizzo della procedura informatica MOSS.

Sanità digitale: pienamente soddisfatto l'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi, sia per ciò che attiene le Schede di Dimissione ospedaliera (SDO), che per le consulenze interne regolarmente registrate su Edotto, come pure la registrazione delle prestazioni esterne sui gestionali aziendali in uso. In miglioramento anche la diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie.

Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: risulta costantemente monitorato l'andamento dei costi operativi; tuttavia, non si registra una riduzione dello scostamento di tali costi sulla produzione rispetto all'anno precedente.

Legalità, trasparenza e formazione: risultano rispettate le misure previste nel Piano Triennale della prevenzione della Corruzione aziendale, al pari delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Regolare la gestione del *dossier* formativo ospedaliero.

Dall'analisi delle schede e degli indicatori di *performance* 2022, emerge che, compatibilmente con le risorse assegnate e la riorganizzazione delle attività secondo protocolli di prevenzione e contrasto alla diffusione del COVID-19, la valutazione della *performance* organizzativa per tutte le UU.OO. del Presidio ospedaliero di Scorrano si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

P.O. Copertino

Capacità di governo della domanda: pienamente attuate le disposizioni regionali e aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Garantite tutte le prestazioni ambulatoriali presenti nelle agende di priorità così come calendarizzate e pressoché assorbita la domanda di ricovero presente su Edotto e relativa all'anno 2022.

Rispettato il cronoprogramma degli adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera.

Rispettato il vincolo normativamente previsto con riferimento ai volumi di attività ambulatoriale in rapporto ad ALPI.

Appropriatezza e qualità: il dato della macro-area, pur condizionato dalle dimissioni dei pazienti risultati positivi durante la degenza ed in quanto tali non candidabili al trattamento chirurgico fino ad avvenuta negativizzazione, può ritenersi soddisfacente.

Assistenza farmaceutica: costantemente monitorata la spesa farmaceutica che ha registrato un contenimento nel 2022 rispetto all'anno 2021, tanto per i farmaci quanto per i dispositivi medici. Risultano rispettate le misure aziendali di adesione all'impiego dei biosimilari, ovvero del farmaco a minor costo nei pazienti di nuova diagnosi. Informatizzati al 100% i piani terapeutici, le prescrizioni specialistiche con rispetto del *timing* previsto. Corretta la gestione dell'armadio farmaceutico. Risulta attuato il monitoraggio dei consumi di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, al pari del monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione. Implementato presso le UU.OO. l'utilizzo della procedura informatica MOSS.

Sanità digitale: pienamente soddisfatto l'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi, sia per ciò che attiene le Schede di Dimissione ospedaliera (SDO), che per le consulenze interne regolarmente registrate su Edotto, come pure la registrazione delle prestazioni esterne sui gestionali aziendali in uso. In miglioramento anche la diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie.

Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: risulta costantemente monitorato l'andamento dei costi operativi; tuttavia, non si registra una riduzione dello scostamento di tali costi sulla produzione rispetto all'anno precedente.

Legalità, trasparenza e formazione: risultano rispettate le misure previste nel Piano Triennale della prevenzione della Corruzione aziendale, al pari delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Regolare la gestione del *dossier* formativo ospedaliero.

Dall'analisi delle schede e degli indicatori di *performance* 2022, emerge che, compatibilmente con le risorse assegnate e la riorganizzazione delle attività secondo protocolli di prevenzione e contrasto alla diffusione del COVID-19, la valutazione della *performance* organizzativa per tutte le UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Copertino si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

P.O. Galatina

Capacità di governo della domanda: pienamente attuate le disposizioni regionali e aziendali per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Garantite tutte le prestazioni ambulatoriali presenti nelle agende di priorità così come calendarizzate e pressoché assorbita la domanda di ricovero presente su Edotto e relativa all'anno 2022.

Rispettato il cronoprogramma degli adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera.

Rispettato il vincolo normativamente previsto con riferimento ai volumi di attività ambulatoriale in rapporto ad ALPI.

Appropriatezza e qualità: pienamente soddisfacenti gli indicatori relativi ad efficienza ed accessibilità, al pari degli indicatori di appropriatezza ed efficienza dell'attività di ricovero che hanno presentato notevoli miglioramenti rispetto ad anno precedente.

Assistenza farmaceutica: costantemente monitorata la spesa farmaceutica che ha registrato un contenimento nel 2022 rispetto all'anno 2021, tanto per i farmaci quanto per i dispositivi medici. Risultano rispettate le misure aziendali di adesione all'impiego dei biosimilari, ovvero del farmaco a minor costo nei pazienti di nuova diagnosi. Informatizzati al 100% i piani terapeutici, le prescrizioni specialistiche con rispetto del *timing* previsto. Corretta la gestione dell'armadio farmaceutico. Risulta attuato il monitoraggio dei consumi di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, al pari del monitoraggio delle prescrizioni presenti sulle lettere di dimissione. Implementato presso le UU.OO. l'utilizzo della procedura informatica MOSS.

Sanità digitale: pienamente soddisfatto l'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi, sia per ciò che attiene le Schede di Dimissione ospedaliera (SDO), che per le consulenze interne regolarmente registrate su Edotto, come pure la registrazione delle prestazioni esterne sui gestionali aziendali in uso. In miglioramento anche la diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie.

Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: si registra una riduzione dello scostamento dei costi operativi sulla produzione rispetto all'anno precedente.

Legalità, trasparenza e formazione: risultano rispettate le misure previste nel Piano Triennale della prevenzione della Corruzione aziendale, al pari delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Regolare la gestione del *dossier* formativo ospedaliero.

Dall'analisi delle schede e degli indicatori di *performance* 2022, emerge che, compatibilmente con le risorse assegnate e la riorganizzazione delle attività secondo protocolli di prevenzione e contrasto alla diffusione del COVID-19, la valutazione della *performance* organizzativa per tutte le UU.OO. del Presidio ospedaliero di Galatina si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

4.9 Dipartimento del farmaco

La Regione Puglia, sulla base dei dati di consumo contenuti nei flussi ministeriali, ha assegnato:

- il tetto di spesa per gli acquisti diretti ad ogni singola Asl, con D.G.R. n. 314 /2022, pari a € 118.231.235 per la ASL LE, rendendo disponibile la piattaforma informatizzata Disar di Edotto per la rilevazione dei costi dell'assistenza farmaceutica, utile alla verifica del rispetto degli stessi, ivi comprese le singole voci che li compongono;
- il tetto di spesa per convenzionata ad ogni singola Asl, con D.G.R. n. 132 /2022, pari a € 114.659.385 per la ASL LE, rendendo disponibile la informatizzazione Disar di Edotto per la rilevazione dei costi dell'assistenza farmaceutica, utile alla verifica del rispetto degli stessi, ivi comprese le singole voci che li compongono;
- gli obiettivi minimi di riduzione della spesa, per la ASL LE pari a € 11.184.818 su base annua per gli acquisti diretti.

Con riferimento all'anno 2022, i dati consolidati e pubblicati sulla piattaforma Disar al 01.05.2023 registrano uno sfioramento del tetto per la farmaceutica convenzionata di + 1,04% e per acquisti diretti di + 28,41%. Come si evince dalla tabella seguente, l'incremento % della spesa farmaceutica convenzionata della ASL LE è pressoché in linea con il dato regionale, viceversa, per gli acquisti diretti la ASL LE registra uno scostamento % inferiore rispetto al dato regionale.

Dall'analisi della spesa farmaceutica (convenzionata e acquisti diretti) anno 2022, la ASL LE registra uno scostamento dal tetto fissato di oltre € 36 milioni, pari a + 14,93%. Tale dato è inferiore rispetto allo scostamento medio regionale (+ 15,96%).

Azienda Strutturata Sanitaria	FARMACEUTICA						
	Spesa Totale	Tetto Totale	Scostamento Totale	Spesa Totale Proiezione Annuale	Tetto Totale Annuo	Scostamento Totale Proiezione Annuale	% Scostamento Spesa, Tetto
Regione	1.431.580.171€	1.234.498.686€	197.081.485€	1.431.580.171€	1.234.498.686€	197.081.485€	15,96%
Asl Ba	385.411.628€	339.766.958€	45.644.670€	385.411.628€	339.766.958€	45.644.670€	13,43%
Asl Br	147.720.323€	125.350.997€	22.369.327€	147.720.323€	125.350.997€	22.369.327€	17,85%
Asl Bt	126.762.234€	110.454.712€	16.307.522€	126.762.234€	110.454.712€	16.307.522€	14,76%
Asl Fg	174.602.452€	156.624.963€	17.977.489€	174.602.452€	156.624.963€	17.977.489€	11,48%
Asl Le	277.846.091€	241.747.763€	36.098.328€	277.846.091€	241.747.763€	36.098.328€	14,93%
Asl Ta	211.211.297€	173.249.546€	37.961.751€	211.211.297€	173.249.546€	37.961.751€	21,91%
AO Polic.	62.611.408€	49.182.428€	13.428.981€	62.611.408€	49.182.428€	13.428.981€	27,30%
AO Riuniti	22.435.913€	17.250.062€	5.185.851€	22.435.913€	17.250.062€	5.185.851€	30,06%
IRCCS Onc.	17.005.559€	16.591.662€	413.897€	17.005.559€	16.591.662€	413.897€	2,49%
IRCCS De Bellis	5.973.266€	4.279.595€	1.693.670€	5.973.266€	4.279.595€	1.693.670€	39,58%

La spesa farmaceutica per acquisti diretti comprende tre canali di erogazione:

- *distribuzione diretta* relativa alla dispensazione di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio (pazienti cronici; primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale, Pazienti assistiti in regime residenziale, RSA e Hospice).
- *distribuzione per conto delle Aziende Sanitarie* relativa alla dispensazione di medicinali tramite le farmacie convenzionate secondo accordi regionali.
- *consumi interni* relativi alla somministrazione di medicinali utilizzati all'interno dei percorsi assistenziali a gestione diretta.

La tabella seguente riporta l'andamento della spesa farmaceutica acquisti diretti 2022 vs. 2021 divisa per canale di erogazione.

Azienda Strutturata Sanitaria	Spesa DD NO Innovativi NO VAX	Spesa DD AP NO Innovativi NO VAX	Δ % Inc. Spesa DD NO Innovativi NO VAX vs Spesa DD AP NO Innovativi NO VAX	Spesa DPC	Spesa DPC AP	Δ % DPC vs DPC AP	Spesa CI NO Innovativi NO VAX	Spesa CI AP NO Innovativi NO VAX	Δ % Inc. Spesa CI NO Innovativi NO VAX vs Spesa CI AP NO Innovativi NO VAX	Spesa Totale NO Innovativi NO VAX	Spesa Totale AP NO Innovativi NO VAX	Δ % Inc. Spesa Totale NO Innovativi NO VAX vs Spesa Totale AP NO Innovativi NO VAX	Δ Spesa Totale NO Innovativi NO VAX vs Spesa Totale AP NO Innovativi NO VAX
Asl Ba	€ 135.310.457	€ 134.743.495	0,42%	€ 58.820.284	€ 55.048.786	6,85%	€ 19.638.162	€ 17.379.069	13,00%	€ 213.768.903	€ 207.171.350	3,18%	€ 6.597.554
Asl Br	€ 52.196.709	€ 48.708.772	7,16%	€ 20.446.889	€ 18.701.177	9,33%	€ 22.400.918	€ 24.135.534	-7,19%	€ 95.044.516	€ 91.545.482	3,82%	€ 3.499.034
Asl Bt	€ 42.330.615	€ 42.081.082	0,59%	€ 16.964.073	€ 15.667.092	8,28%	€ 15.837.440	€ 16.093.604	-1,59%	€ 75.132.127	€ 73.841.779	1,75%	€ 1.290.348
Asl Fg	€ 62.955.131	€ 61.093.901	3,05%	€ 26.688.891	€ 24.917.059	7,11%	€ 3.584.113	€ 3.652.246	-1,87%	€ 93.228.135	€ 89.663.206	3,98%	€ 3.564.928
Asl Le	€ 85.182.584	€ 83.908.866	1,52%	€ 37.231.959	€ 34.463.979	8,03%	€ 40.679.074	€ 39.983.193	1,74%	€ 163.093.617	€ 158.356.038	2,99%	€ 4.737.579
Asl Ta	€ 67.570.882	€ 64.713.791	4,41%	€ 28.643.942	€ 26.278.192	9,00%	€ 29.596.059	€ 27.481.761	7,69%	€ 125.810.883	€ 118.473.743	6,19%	€ 7.337.140
AO Polic.	€ 11.148.408	€ 12.531.566	-11,04%	€ 0	€ 0		€ 53.667.909	€ 54.703.576	-1,89%	€ 64.816.316	€ 67.235.141	-3,60%	€ -2.418.825
AO Riuniti	€ 5.054.551	€ 6.008.383	-15,88%	€ 0	€ 0		€ 18.155.588	€ 17.577.566	3,29%	€ 23.210.138	€ 23.585.949	-1,59%	€ -375.811
IRCCS Onc.	€ 860.379	€ 2.126.117	-59,53%	€ 0	€ 0		€ 16.888.987	€ 18.293.960	-7,68%	€ 17.749.365	€ 20.420.077	-13,08%	€ -2.670.711
IRCCS De Bellis	€ 249.798	€ 245.560	1,73%	€ 0	€ 0		€ 5.915.596	€ 5.709.436	3,61%	€ 6.165.394	€ 5.954.995	3,53%	€ 210.398
Totale complessivo	€ 462.859.514	€ 456.161.531	1,47%	€ 188.796.038	€ 175.076.285	7,84%	€ 226.363.844	€ 225.009.945	0,60%	€ 878.019.396	€ 856.247.761	2,54%	€ 21.771.635

Nel 2022 la ASL LE ha registrato un aumento del 2,99% della spesa totale rispetto all'anno precedente.

Dai dati si evince che il maggior sfioramento è da imputare al canale della distribuzione diretta che impatta per il 52% sull'intero valore spesa farmaceutica acquisti diretti.

L'incremento della spesa è sostanzialmente riconducibile all'aumento del numero di pazienti in terapia e del numero dei pazienti *naive*, nonché all'inserimento costante in PTR di nuovi farmaci ricompresi nei LEA ed a esclusiva erogazione diretta per il tramite delle Farmacie Territoriali e Ospedaliere della ASL LE. Va, altresì, considerato l'incidenza sulla spesa determinata da soggetti prescrittori esterni all'ASL LE, ed in quanto tali non assoggettabili a controlli da parte dell'Azienda, nonché l'impatto sulla gestione e sul monitoraggio della spesa farmaceutica dei ritardi del soggetto aggregatore regionale nell'espletamento delle procedure di acquisto e nell'adeguamento delle gare e dei prezzi a base d'asta alle dinamiche del mercato di riferimento.

Per individuare le categorie di farmaci che determinano la maggior spesa, sono stati estratti dalla piattaforma Disar i dati relativi alle categorie ATC di secondo livello che determinano l'80% della spesa per ogni canale distributivo.

Gruppo Terapeutico Principale	Spesa DD ANNO 2022	Spesa DD ANNO 2021	Δ% ANNO 2022 VS ANNO 2021
antineoplastici (L01)	€ 27.978.751,50	€ 24.772.536,50	12,94
immunosoppressivi (L04)	€ 24.248.603,81	€ 23.855.864,22	1,65
antiemorragici (B02)	€ 5.638.535,10	€ 5.336.486,45	5,66
antivirali per uso sistemico (J05)	€ 5.504.063,71	€ 5.611.813,66	-1,92
terapia endocrina (L02)	€ 5.313.065,86	€ 4.958.666,96	7,15
altri preparati per il sistema respiratorio (R07)	€ 4.353.491,28	€ 3.401.914,59	27,97
tutti gli altri prodotti terapeutici (V03)	€ 3.231.761,92	€ 3.121.024,74	3,55
altri preparati dermatologici (D11)	€ 2.367.455,17	€ 1.439.733,85	64,44
.....
Totale complessivo	€ 99.055.420,89	€ 94.958.681,12	4,31

Gruppo Terapeutico Principale	Spesa DPC ANNO 2022	Spesa DPC ANNO 2021	Δ% ANNO 2022 VS ANNO 2021
farmaci usati nel diabete (A10)	€ 12.708.771	€ 10.781.636	17,87
antitrombotici (B01)	€ 10.171.860	€ 9.307.241	9,29
terapia endocrina (L02)	€ 2.347.541	€ 2.534.655	-7,38
farmaci antianemici (B03)	€ 1.750.968	€ 1.776.895	-1,46
terapia cardiaca (C01)	€ 1.664.865	€ 1.691.526	-1,58
farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa (M05)	€ 1.607.739	€ 1.193.763	34,68
.....
Totale complessivo	€ 37.115.956	€ 34.457.179	7,72

Gruppo Terapeutico Principale	Spesa CI ANNO 2022	Spesa CI ANNO 2021	Δ% ANNO 2022 VS ANNO 2021
antineoplastici (L01)	€ 22.313.706	€ 18.295.993	21,96
altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo (A16)	€ 6.157.615	€ 5.584.760	10,26
immunosoppressivi (L04)	€ 5.936.008	€ 5.463.100	8,66
vaccini (J07)	€ 4.669.709	€ 6.887.897	-32,20
altri farmaci del sistema nervoso (N07)	€ 2.136.913	€ 1.676.514	27,46
antibatterici per uso sistemico (J01)	€ 2.107.042	€ 1.706.942	23,44
tutti gli altri prodotti terapeutici (V03)	€ 1.792.006	€ 2.602.841	-31,15
Totale complessivo	€ 57.238.537	€ 55.008.300	4,05

I monitoraggi per le categorie ATC a maggior impatto di spesa (L01 e L04), sono stati messi a disposizione degli specialisti interessati, in aderenza ai provvedimenti regionali in materia di appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica, di seguito dettagliati:

- farmaci originator, biosimilari ed unici a maggior impatto di spesa, suddivisi per L01 e L04, confrontati con l'andamento regionale;
- andamento della spesa per singolo principio confrontato con il dato delle singole Unità Operative e per singolo prescrittore;
- costo unitario dei i farmaci biosimilari e *originator* per i farmaci afferenti alle ATC L01 e L04;
- grado di utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai dati medi regionali;
- grado di utilizzo dei farmaci a minor costo sul consumo totale dei principi attivi a brevetto scaduto, distinto per ASL e per branca specialistica, indicando l'obiettivo del 50% per gli immunomodulatori L04 (etanercept, adalimumab ed infliximab) e del 70% per i farmaci oncologici L01 (rituximab e trastuzumab);
- *report* prescrizioni farmaci erogati in distribuzione diretta, distinta per unità operativa, principio attivo, farmaco, prescrittore e paziente;
- *report* somministrazioni farmaci distinta per unità operativa, principio attivo, farmaco, prescrittore e paziente.

I *report* così definiti sono stati oggetto di approfondimento negli incontri di *audit* in presenza, proposti dal Dipartimento Farmaceutico, su convocazione del Direttore Sanitario aziendale, a cui hanno partecipato oncologi, ematologi, reumatologi, gastroenterologi e dermatologi.

Durante detti incontri è stata focalizzata l'attenzione su due aspetti: il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e della qualità e completezza dei dati registrati sia nelle somministrazioni che nelle prescrizioni *on-line*. Quest'ultimo punto riveste importanza strategica in quanto incide positivamente sulla qualità del dato ai fini della mobilità attiva e degli adempimenti in materia di obblighi informativi.

I risultati rispetto alle azioni intraprese in termini di appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa, trovano conferma nella categoria dei farmaci più incidenti, gli antineoplastici (L01) e gli immunomodulatori (L04).

Per quanto attiene gli antineoplastici L01, l'andamento della spesa nella ASL LE risulta in incremento ma i principi attivi in elenco sono farmaci unici, soggetti a monitoraggio AIFA e attengono alla immunoterapia oncologica ed alla *target therapy*. Alcuni di essi sono inclusi nell'elenco dei farmaci oncologici innovativi ed accedono pertanto ai fondi di cui all'art. 1, commi 402, 403 e 404, della legge 11.12.2016, n. 232 (Legge di Bilancio 2017).

Per la classe degli immunosoppressivi (L04), la ASL LE presenta dati di spesa in decremento. Nel corso degli incontri dedicati con i medici specialisti prescrittori per la verifica in contraddittorio delle scelte terapeutiche costo efficacia più sfavorevoli, è stato indicato lo *switch* terapeutico verso i rispettivi biosimilari aggiudicati a basso costo. A conferma, si evidenzia un decremento della spesa per gli anti-TNFalfa (adalimumab ed etanercept) e lenalidomide ed un contestuale aumento dei consumi dei corrispettivi biosimilari.

- *Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.*

PRINCIPI ATTIVI	ASL LECCE				REGIONE PUGLIA				
	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC	
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	
Obiettivo Regione Puglia D.G.R. 356/2019: 70% basso costo sul totale dei p.a. rituximab e trastuzumab	Rituximab	73,09%	93,50%	99,60%	99,27%	60,20%	91,30%	98,61%	98,71%
	Trastuzumab	39,65%	95,27%	97,45%	97,48%	37,93%	85,60%	85,19%	91,46%
Obiettivo Regione Puglia D.G.R. 1188/2019: 50% basso costo sul totale dei p.a. adalimumab, infliximab ed etanercept	Adalimumab	8,36%	44,74%	59,34%	71,49%	12,46%	53,29%	64,59%	73,21%
	Infliximab	94,55%	98,67%	99,00%	98,37%	69,71%	86,96%	89,62%	90,90%
	Etanercept	24,53%	45,28%	54,28%	66,37%	21,99%	55,70%	67,79%	74,85%
Filgrastim	99,32%	98,59%	99,63%	91,62%	97,48%	96,08%	97,85%	88,19%	
Pegfilgrastim	35,96%	94,92%	96,31%	97,69%	30,35%	82,98%	94,75%	97,50%	
Somatropina	16,49%	34,03%	72,68%	77,53%	21,65%	54,12%	79,38%	81,79%	
Eritropetine	81,68%	97,34%	98,28%	98,17%	67,38%	89,24%	92,67%	94,29%	
Follitropina alfa	19,41%	40,17%	46,50%	48,34	21,52%	43,49%	36,60%	46,49%	
Bevacizumab	//	31,08%	96,11%	98,10%	//	22,43%	82,14%	81,00%	

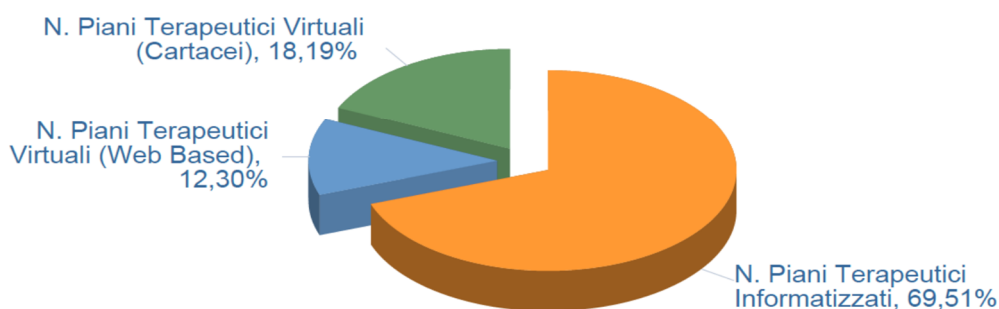
Fonte dati Disar Edotto estrazioni del 22/05/2023 Area Gestione Servizio Farmaceutico ASL LE

Si registra un trend di aumento nell'utilizzo del farmaco biosimilare rispetto all'originator, raggiungendo gli obiettivi dei valori target regionali.

- Redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche attraverso il sistema informativo regionale Edotto, con relativo controllo dell'appropriatezza nel momento dell'erogazione diretta

STRUTTURA PRESCRIVENTE	PRESCRIZIONI (ONLINE)		PRESCRIZIONI (DA FLUSSO)				PRESCRIZIONI (TOT. Totali)	PRESCRIZIONI EROGATE	
	N. Prescrizioni Online	% N. Prescrizioni Online / N. Totale Prescrizioni	N. Prescrizioni Flusso	% N. Prescrizioni / N. Totale Prescrizioni	N. Prescrizioni Flusso (Prescrittore Virtuale)	% N. Prescrizioni (Prescrittore Virtuale) / N. Totale Prescrizioni Flusso		N. Prescrizioni Erogate	% N. Prescrizioni Erogate / N. Prescrizioni Prescritte
le (160116)	36.418	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	36.418	36.273	99,6%
Totale complessivo	36.418	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	36.418	36.273	99,6%

N. Piani Terapeutici Informatizzati, N. Piani Terapeutici Virtuali (Web Based), N. Piani Terapeutici Virtuali (Cartacei)



Alla luce dei dati riportati nei grafici estratti da Disar, il 100% delle prescrizioni sono informatizzate e, sommando i PT informatizzati e PT *web based*, la % di informatizzazione per la ASL LE è pari a 81,81% rispetto al 79,66% del 2021.

Tutte le prescrizioni e i piani vengono controllati nella fase di erogazione da parte dei farmacisti.

- *Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale*

Si riportano i dati 2021 - 2022 estratti dal Disar Edotto al fine di evidenziare l'andamento delle erogazioni del primo ciclo di terapia nella ASL LE, anche alla luce della D.D.G. ASL LE n. 1564/2018, con cui è stato adottato il piano per l'incremento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia dopo dimissione o visita ambulatoriale.

Anno Rilascio	Totale	Prestazioni Prescritte				
	N. Prestazioni Farmaci in continuita' terapeutica dopo visita ambulatoriale/ricovero	N. Prestazioni primo ciclo di terapia	Incidenza N. Prestazioni primo ciclo di terapia/ N. Prestazioni Totali	N. Prestazioni Erogate primo ciclo di terapia	Incidenza N. Prestazioni Erogate primo ciclo di terapia/ N. Prestazioni Totali	Importo Erogazione primo ciclo di terapia
2021	17.783	11.232	63,16%	10.848	61,00%	122.997,59€
2022	19.240	12.035	62,55%	11.824	61,46%	251.913,25€

Si è registrato un incremento delle erogazioni del primo ciclo di terapia del 7,57 % 2022 verso 2021 (con un incremento del 15% anche rispetto all'incidenza dell'erogazioni su totale delle dimissioni).

- *Assicurare il monitoraggio continuo attraverso i Cruscotti Edotto sull'andamento della Spesa Farmaceutica convenzionata al fine di ricondurre la spesa lorda pro capite aziendale al valore di riferimento OSMED nazionale*

Ogni bimestre sono stati inviati ai D.S.S. i dati di monitoraggio attraverso l'invio del rapporto sull'andamento della spesa farmaceutica ai sensi della Legge n. 7/2022.

Sono state inoltre inviate le schede medico dei medici iperprescrittori (al singolo medico e al D.S.S. di competenza) rispetto all'obiettivo regionale e gli scostamenti rispetto alle categorie attenzionate a livello regionale. Tutti i medici sono poi stati incontrati dalle singole UDMG per le relative controdeduzioni.

- *Assicurare la regolare funzionalità delle commissioni aziendale/distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva garantendo la partecipazione di un farmacista nelle commissioni aziendale/distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva*

L'emergenza Covid ha impedito il regolare funzionamento delle Commissioni distrettuali, limitando l'attività di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva all'analisi dei dati trasmessi dall'Area Farmaceutica nell'ambito dei singoli Distretti.

Solo negli ultimi mesi dell'anno 2022 è stato possibile organizzare degli incontri sul tema dell'appropriatezza prescrittiva a cui hanno partecipato le Direzioni Mediche di Distretto.

- *Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci soggetti a rimborso*

Ogni farmacia ha registrato tutte le erogazioni e per i pazienti che non ritirano il farmaco da più di 6 mesi è stato contattato il medico prescrittore per l'eventuale chiusura della terapia e la successiva richiesta di rimborso

- *Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i Centri di costo*

Sono stati acquisiti i verbali di auto-ispezione del 90% delle unità operative afferenti ad ogni farmacia

- *Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi - Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali*

Ogni trimestre è stata inviata all'U.O.S.E., da parte dell' Area Farmaceutica, l'attestazione relativa al dato quali-quantitativo della copertura dei flussi della distribuzione diretta / conto economico, basandosi sull'unico calcolo possibile (Flussi Edotto / consumato Moss) relativo ai consumi per i centri di costo della distribuzione diretta. Il dato anno 2022 relativo a tale calcolo è pari al 95,03%.

Macro-area: Aspetti economici finanziari ed efficienza operativa

Ogni anno vengono inviati all'Area Risorse Finanziarie i fabbisogni di spesa sia per le farmacie convenzionate sia per quanto attiene farmaci, dispositivi medici, alimenti senza glutine e servizi. Inoltre in stretta collaborazione con l'Area Patrimonio, si forniscono quotidianamente i fabbisogni aziendali per l'approvvigionamento dei dispositivi medici, DPI, disinfettanti e farmaci.

Viene mensilmente effettuata all'atto della liquidazione delle competenze la verifica della spesa rispetto alle assegnazioni di *budget*, le fatture registrano un dato di ITP vario tra centri di responsabilità dovuto principalmente all'avvio del Moss nei primi mesi del 2022.

Legalità, trasparenza e formazione

Vengono rispettati tutti gli adempimenti previsti dai regolamenti e dalle delibere aziendali in materia di trasparenza e anticorruzione.

Per tutti gli operatori viene garantita la formazione e aggiornamento sia attraverso riunioni interne con condivisione delle proprie competenze sia attraverso la partecipazione a corsi formativi.

Valutazione risultati Dipartimento Farmaceutico

Dall'analisi della scheda si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate e le criticità connesse all'emergenza pandemica, il Dipartimento Farmaceutico ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2022 con *performance* positive su gran parte delle aree di valutazione.

Nel complesso la valutazione della *performance* delle Unità Operative afferenti al Dipartimento Farmaceutico si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 80%.

4.10 Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali ed Uffici di staff

Al fine di rendere più agevole la lettura, si riportano di seguito i risultati complessivamente raggiunti dalle Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali e dagli Uffici di Staff, raggruppati per macro-area, ad eccezione della macro-area obiettivo "Aspetti economico –

finanziari ed efficienza organizzativa”, che prevede obiettivi operativi specifici per tipologia di attività di ciascun ufficio.

Macro-area Obiettivo: capacità di governo della domanda

Sono state pienamente attuate le disposizioni regionali ed aziendali per assicurare le misure di prevenzione e di assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, mediante il reclutamento del personale, l'acquisizione di beni, servizi e interventi di adeguamento delle strutture sanitarie.

Inoltre, le Aree e le Strutture, coordinate dell'Unità Controllo di gestione, hanno provveduto a monitorare le attività e rendicontare i costi sostenuti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Macro-area obiettivo: Sanità Digitale

Tutte le UU.OO. hanno adempiuto interamente agli obblighi informativi nel rispetto dei termini previsti, nei confronti della Regione Puglia e di altri Enti e/o Amministrazioni, in conformità alle disposizioni normative e regolamentari vigenti, secondo le specifiche tecniche e le modalità imposte dalla Regione o dal Ministero.

Inoltre, grazie al supporto ed al lavoro delle UU.OO.SS.DD. Amministrazione Digitale – Sistemi di Sicurezza e Privacy e Sistemi Informativi Aziendali:

- è stato ulteriormente diffuso l'utilizzo del prodotto di gestione documentale, in particolare per la parte relativa al Protocollo Informatico. Il processo di istruzione, verifica, adozione e pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi è stato totalmente “stabilizzato” e “standardizzato”;
- l'utilizzo delle caselle di posta elettronica certificata è stato implementato sino all'attivazione di oltre 220 indirizzi ed è stato ulteriormente diffuso l'utilizzo della posta elettronica ordinaria istituzionale;
- sono state attivate le identità digitali e i connessi certificati di firma digitale, che hanno visto la presa in carico – così come previsto dall'AQ InnovaPuglia resosi disponibile nella seconda metà dell'anno – della totalità dei MMG-PLS-Titolari di Farmacia Convenzionata per l'intero territorio provinciale. Tale attivazione ha influito, in positivo, sia sulle percentuali di conferimento dei referti di LIS al FSE sia sul processo di gestione e sulle percentuali di utilizzo della ricetta dematerializzata;
- sono state standardizzate le procedure e le misure relative al collegamento da remoto da parte dei conduttori/fornitori delle piattaforme applicative aziendali ed è stato innalzato il livello di sicurezza degli interventi prevedendo l'attivazione di VPN nominative per i singoli interessati;
- si è ulteriormente consolidata l'attività di verifica della conformità *privacy* dei contratti – relativi a forniture/beni e servizi – in essere. È stata completata la revisione del Registro dei Trattamenti (censimento di circa 300 differenti trattamenti);
- è stata avviata l'emissione di SPID aziendali che – in presenza della nuova modalità tecnica approvata da AgID – ha visto l'attivazione di oltre 30 SPID Professionali attribuiti a collaboratori aziendali.

Macro-area obiettivo: Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Direzioni Amministrative dei Presidi Ospedalieri

Le Direzioni Amministrative dei presidi ospedalieri, per quanto di rispettiva competenza, hanno assicurato le seguenti attività, con riferimento agli obiettivi assegnati:

- pianificazione degli acquisti di beni e servizi, ponendo in essere tutte le azioni necessarie a garantire il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, in ottemperanza alle disposizioni della Direzione Generale;
- verifica dei costi operativi di presidio per contenere lo scostamento tra costi e ricavi, nel rispetto delle disposizioni contenute nella legge di stabilità n. 208/2015;
- ricorso, per l'acquisto dei beni e servizi delegati dall'Area Gestione del Patrimonio o direttamente dalla Direzione Strategica, in assenza di convenzioni attive sulle piattaforme gestite da InnovaPuglia o da Consip, agli strumenti di negoziazione telematici (MEPA e EMPULIA), espletando le procedure di gara tempestivamente e nel rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia;
- utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, mediante la corretta alimentazione e gestione dei sub-sistemi informativi-contabili (sistema MOSS);
- contenimento, su indicazione della Direzione Strategica e dell'Area Gestione del Personale, della spesa per il personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e dalla conseguente rimodulazione della dotazione organica (spese per liquidazione degli straordinari, per applicazione degli istituti introdotti *ex novo* per la gestione della pandemia - congedi parentali, permessi, indennità di presenza - per prestazioni aggiuntive, ecc.);
- recupero crediti, seppur parziale, in materia di rivalsa sanitaria (codici bianchi PS, prestazioni non disdette, mancato ritiro referti per il tramite delle richieste di pagamento agli utenti).

In merito al rispetto dei termini previsti per l'indice di tempestività dei pagamenti, calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, il cui valore *target* è minore/uguale a zero, si rilevano i seguenti risultati per ospedale: Copertino – 23; Scorrano – 11; Casarano – 8; Galatina – 6; Gallipoli – 2; Lecce + 8.

U.O.S.D. Affari Istituzionali

Al fine di perseguire l'obiettivo strategico di migliorare dell'accesso alle prestazioni sanitarie e per garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino, in attuazione delle linee di indirizzo regionali fissate con D.G.R. n. 854 del 23.03.2010, l'U.O.S.D. Affari Istituzionali ha supportato la Direzione Generale nell'elaborazione degli atti di pianificazione.

Inoltre, la Struttura ha dato il necessario supporto all'elaborazione dei riscontri forniti al Collegio, sulla base delle relazioni pervenute dai Direttori delle Strutture aziendali interessate dalle osservazioni dell'Organo di vigilanza.

Si è provveduto, infine, alla liquidazione delle fatture di competenza, per le quali non è stato possibile rispettare l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che, nell'anno 2022, si assesta intorno al valore 32 (valore ITP azienda 2022 = 9), come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

U.O.S.D. Amministrazione Digitale – Sistemi di Sicurezza e Privacy

Di fondamentale importanza per la pianificazione degli acquisti e l'esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica è stato il supporto offerto dall'U.O. alla Direzione Strategica, all'Area Gestione Patrimonio ed all'Area Tecnica.

Inoltre, sono state, in particolare, implementate misure tecniche ed organizzative tali da consentire una migliore fruizione degli atti amministrativi promulgati aziendalmente sia da parte delle altre amministrazioni sia da parte dei cittadini/utenti.

U.O.C. Area Gestione Patrimonio

L'Area ha predisposto ed aggiornato il programma biennale di acquisto di beni e servizi, giusta determina n. 58 del 10.01.2022 e ss.mm.ii. ed ha verificato per le voci di spesa di competenza, il rispetto delle condizioni di equilibrio economico – finanziario, collaborando con l'Area Gestione Risorse Finanziarie per i rendiconti trimestrali.

Per l'acquisto di beni e servizi si è fatto ricorso alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o, in mancanza, attivate da Consip, in ogni caso ricorrendo alle procedure telematiche sul MePa, al fine di garantire la tracciabilità della procedura. È stato assicurato l'apporto necessario all'avvio del sistema informativo MOSS per le parti di competenza.

Con riferimento agli obiettivi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR, FSC, POC), gli stessi sono stati raggiunti attraverso adesioni ad accordi quadro Consip e nel rispetto degli obblighi previsti, avviando relative procedure di gara per l'attuazione delle schede progetto.

Del pari, sono stati rispettati i termini per la sottoscrizione di accordi contrattuali con strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate, individuando volumi e tipologia delle prestazioni.

Infine, oltre ad aver rispettato i termini previsti per il riscontro alla Direzione Amministrativa circa i rilievi effettuati dal Collegio Sindacale, si è provveduto alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando pienamente l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che, nell'anno 2022, si assesta intorno al valore - 31, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

U.O.C. Area Gestione del Personale

L'Area ha assicurato le condizioni di equilibrio economico - finanziario in ossequio al Bilancio di Previsione ASL LE definito per l'anno 2022, assicurando la predisposizione dei rendiconti trimestrali e dei consuntivi annuali per l'anno di competenza e collaborando attivamente alla corretta alimentazione dei sistemi informativi contabili, con particolare attenzione alla verifica della corretta allocazione del personale dipendente al centro di costo/servizio effettivamente ricoperto, ed alla corretta integrazione dei dati HR - MOSS.

Con riferimento all'obiettivo di contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente ed alla rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali, si è così proceduto:

- in concomitanza con la rendicontazione periodica dei costi del personale, è stato effettuato il monitoraggio dell'andamento della spesa del personale ai fini della verifica di limiti di spesa previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- è stata adottata la delibera n. 153 del 31.08.2022 di approvazione definitiva del PFTP 2020/2022, a seguito dell'atto n. 440 del 28.03.2022, emesso dalla Giunta Regionale in merito "all'Approvazione del PFTP 2020/2022 ASL LE";
- le procedure assunzionali sono state avviate esclusivamente sulla base delle disposizioni della Direzione Strategica che tiene conto del PFTP approvato;

- si è fornito pieno supporto alla Direzione Strategica nella contrattazione decentrata tramite la presenza costante e fattiva per la definizione degli accordi in materia di premialità, dirigenza e comparto, nonché per le altre tematiche derivanti dall'applicazione degli istituti contrattuali (contrattazione decentrata comparto, progressioni economiche orizzontali, progressioni verticali). È stato inoltre assicurato pieno supporto per le altre tematiche su cui si sono tenuti incontri specifici (organizzazione dipartimentale, definizione degli incarichi della dirigenza dell'Area Sanità e Area PTA, avvio del confronto sugli incarichi del personale di Comparto).

Infine, si sono rispettati i termini previsti per il riscontro alla Direzione Amministrativa circa i rilievi effettuati dal Collegio Sindacale.

U.O.C. Area Gestione Risorse Finanziarie

Si è provveduto ad elaborare con regolarità, coerentemente con quanto stabilito dal D.Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii., i quattro modelli Conto Economico (CE) trimestrali dell'anno 2022, che sono stati trasmessi nei tempi previsti sia alla Regione che al Ministero della Salute, attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS), elaborando ed inviando, per ciascun trimestre, la “Certificazione di accompagnamento al modello CE trimestrale” all'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale (I.GE.SPE.S.).

È stato assicurato il massimo apporto per l'avvio del nuovo sistema amministrativo contabile regionale “MOSS”, la cui implementazione ha comportato una profonda revisione delle procedure operative degli uffici.

Relativamente all'Indice di Tempestività dei Pagamenti, calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, si rappresenta che l'Area Gestione Risorse Finanziarie ha provveduto mediamente ad effettuare la registrazione delle fatture entro 10 giorni dal ricevimento delle stesse, mentre il pagamento è avvenuto entro 10 giorni dalla liquidazione delle fatture da parte dei Centri di spesa competenti. Tuttavia, l'introduzione del nuovo sistema gestionale “MOSS” ha comportato, e purtroppo ancora comporta, ritardi nelle varie fasi di gestione delle fatture passive, con criticità che vengono risolte lentamente e con difficoltà.

Nel corso del 2022, a seguito dell'avvio (01.01.2022) del nuovo sistema amministrativo contabile regionale (MOSS), tutte le strutture hanno subito un notevole rallentamento delle attività conseguente alla implementazione delle nuove procedure informatiche e alla inevitabile revisione delle procedure amministrative e dei processi operativi previsti dai nuovi manuali regionali.

L'indice della tempestività dei pagamenti dell'ASL di Lecce relativo a transazioni commerciali (acquisto di beni, servizi e forniture) a tutto il 31.12.2022, calcolato con le modalità di cui al DPCM 22 settembre 2014, è risultato pari a 9, con un miglioramento, non significativo, rispetto ai risultati al 30.09.2022 (pari a 11), ma in peggioramento rispetto al dato risultante al 31.12.2021 (pari a 2).

Infine, si è dato riscontro agli eventuali rilievi formulati dal Collegio sindacale entro i 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo.

U.O.C. Area Gestione Tecnica

Con riferimento agli obiettivi assegnati l'Area Tecnica ha attuato le seguenti azioni:

- è stato predisposto il Piano Triennale dei Lavori Pubblici 2022-2024, adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 119/2022 ed inoltre, con atto deliberativo

del Commissario straordinario n. 524 del 27.12.2022, è stato adottato il Piano Triennale Lavori Pubblici 2023-2025;

- sono state verificate le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale;
- si è collaborato con l'Area Gestione Risorse Finanziarie per i rendiconti trimestrali verificando i dati trasmessi nei Conti Economici;
- sono state rispettate le disposizioni nazionali, regionali e aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori;
- sono state utilizzate le convenzioni Consip (adesione alla Convenzione MIES 2 Multiservizio Integrato per la Sanità edizione 2 ai sensi dell'art. 26 L.488/1999 ed art.58 della L.388/2000 con Determinazione n. 350/2022);
- sono state avviate in prossimità della scadenza degli affidamenti in atto le procedure per l'adesione alle nuove convenzioni Consip (con l'adesione alla Convenzione Consip MIES 2 sono stati affidati tutti i servizi che erano ripartiti dalle tre precedenti convenzioni: Servizi Integrati Energia 2, Multiservizio Integrato per la Sanità edizione 1 e *Facility Management*);
- si è provveduto alla corretta alimentazione e gestione dei *sub* sistemi informativi - contabili fornendo le informazioni di competenza;
- si è provveduto all'avvio del sistema informativo MOSS per le parti di competenza, collaborando con l'Area Gestione Risorse Finanziarie, il Controllo di Gestione e l'Area Gestione del Patrimonio;
- è stato garantito il puntuale rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali e l'aggiornamento dei sistemi informativi di monitoraggio degli stati di avanzamento nel rispetto delle scadenze e dei *target* di spesa prefissati, in linea con le indicazioni della Direzione Strategica e del Piano Regionale di Riordino e dell'emergenza COVID-19 e del PNRR (per il PNRR, nell'ambito delle indicazioni regionali e del Gruppo di Lavoro PNRR ASL LE individuato dalla Direzione strategica con Deliberazione n. 155 del 01.09.2022, si è provveduto a collaborare fattivamente per supportare tutte le indicazioni strategiche ed operative in merito a Case Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali; nell'ambito del Piano di innovazione tecnologica delle infrastrutture si è provveduto a supportare lo staff tecnico di Regione Puglia e dell'Operatore individuato dagli organi preposti per la dislocazione e logistica degli interventi pianificati dalla struttura regionale);
- si è provveduto con tempestività alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando pienamente l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che, nell'anno 2022, si assesta intorno al valore - 12, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023;
- è stato effettuato tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.

U.O.S.D. Monitoraggio investimenti e sviluppo progetti innovativi

Al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati l'U.O., ha posto in essere le seguenti misure:

- sono stati predisposti ed aggiornati i fabbisogni di attrezzature sanitarie, per quanto di competenza per garantire la connessione infotelematica a fronte delle diverse e varie esigenze manifestate dai responsabili delle Macrostrutture;

- sono state verificate voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale;
- sono state rispettate le disposizioni nazionali, regionali e aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori, sono state utilizzate le convenzioni Consip (adesione alla Convenzione MIES 2 Multiservizio Integrato per la Sanità edizione 2 ai sensi dell'art. 26 L.488/1999 ed art.58 della L.388/2000 con Determinazione n. 350/2022);
- sono state avviate in prossimità della scadenza degli affidamenti in atto le procedure per l'adesione alle nuove convenzioni Consip (con l'adesione alla Convenzione Consip MIES 2 sono stati affidati tutti i servizi che erano ripartiti dalle tre precedenti convenzioni: Servizi Integrati Energia 2, Multiservizio Integrato per la Sanità edizione 1 e *Facility Management*);
- si è provveduto alla corretta alimentazione e gestione dei *sub* sistemi informativi - contabili di competenza;
- si è provveduto all'avvio del sistema informativo MOSS per le parti di competenza;
- è stato garantito il puntuale rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali e l'aggiornamento dei sistemi informativi di monitoraggio degli stati di avanzamento nel rispetto delle scadenze e dei *target* di spesa prefissati, in linea con le indicazioni della Direzione Strategica e del Piano Regionale di Riordino e dell'emergenza COVID-19 e del PNRR (nell'ambito del Piano di innovazione tecnologica delle infrastrutture si è provveduto a supportare lo staff tecnico di Regione Puglia e dell'Operatore individuato dagli organi preposti per la dislocazione e logistica degli interventi pianificati dalla struttura regionale);
- si è provveduto tempestivamente alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando pienamente l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che, nell'anno 2022, si assesta intorno al valore - 12, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023;
- è stato effettuato tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.

U.O.C. Area Socio Sanitaria

Con riferimento all'Area "non autosufficienti", nel corso dell'anno 2022, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali in proroga ed in posti letto provvisoriamente accreditati, servizi residenziali in 46 RSA per soggetti non autosufficienti (ex RSSA art. 66 R.R. 4/07 e ex RSA R.R. 3/2005) per un totale di n. 1.158 posti letto nonché servizi semiresidenziali in 10 Centri diurni per soggetti non autosufficienti (ex art. 60 ter R.R. 4/07 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA R.R. 3/2005) per ulteriori n. 231 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati.

Con riferimento all'Area "disabili", è stato garantito ai Distretti Sociosanitari supporto amministrativo sulle prestazioni socio-sanitarie erogate con oneri a carico dell'Azienda, ovvero, con oneri a carico degli utenti e/o dei Comuni, nelle strutture sociosanitarie di cui agli ex artt. 57, 58, 60, 60ter e 70 e 70bis 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 a bassa e media intensità assistenziale) nonché ha provveduto al coordinamento sulla nuova normativa regionale in materia attraverso il recepimento della stessa attraverso specifici provvedimenti dirigenziali.

L'Area ha curato centralmente la Gestione NSO (Nodo di smistamento degli ordini di acquisto) attraverso l'emissione e la trasmissione degli ordini elettronici relativi all'acquisto di prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, nonché il monitoraggio dell'andamento della spesa,

verificando l'omogeneità dei livelli di assistenza garantiti, anche sotto il profilo dei costi sostenuti.

In particolare, nel corso dell'anno 2022, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali in proroga ed in posti letto provvisoriamente accreditati, servizi residenziali in 11 RSA per soggetti disabili (ex artt. 57 e 58 del R.R. 4/2007) per un totale di n. 190 posti letto nonché servizi semiresidenziali in n. 23 Centri Diurni per soggetti disabili (ex artt. 60 del R.R. 4/2007 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA disabili R.R. 3/2005) per un totale di n. 542 posti letto.

Con riferimento alla tempestività della liquidazione delle competenze dovute per le prestazioni erogate in regime di convenzione da parte delle citate Strutture, questa Area assicura:

- la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari che, quindi, agevolano la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati mediante il riscontro delle singole fatture su un database interno al Servizio;
- la programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico. Ciò trova riscontro nel monitoraggio periodico dell'ITP per centro di spesa che per l'Area Sociosanitaria è inferiore allo 0 assestandosi intorno al valore - 30, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

U.O.C. Area Controllo di Gestione

Nell'anno 2022, la ASL di Lecce quale azienda capofila della Regione Puglia, ha avviato il sistema amministrativo contabile regionale MOSS in sostituzione del precedente sistema amministrativo contabile. L'unità Controllo di Gestione ha assicurato un costante supporto a tutte le strutture aziendali per l'implementazione in esercizio delle nuove funzionalità, in raccordo con i Sistemi Informativi Aziendali, i competenti Uffici regionali e le imprese dell'ATI.

L'U.O.C. ha curato, in collaborazione con le Aree e le Strutture operative, la rilevazione dei fabbisogni e la conseguente gestione su MOSS delle autorizzazioni e dei *budget* di spesa; ha assicurato l'apporto necessario alla predisposizione dei rendiconti trimestrali e del bilancio consuntivo predisponendo il modello LA secondo le indicazioni regionali e in quadratura con il CE.

Sono stati elaborati e pubblicati sulla intranet aziendale i Conti Economici trimestrali in contabilità analitica con i costi diretti e indiretti per Presidio ed unità operativa e sono stati trasmessi, entro i tempi stabiliti, i dati richiesti dalla Regione per il Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio di esercizio, nonché i dati relativi all'organico medio per CdC e i dati di attività per il monitoraggio della spesa e il completamento dei progetti regionali correlati.

L'U.O.C. ha predisposto il Piano della *Performance*, adottato nei termini previsti, ed ha elaborato le schede di *budget* per tutti i centri di responsabilità ed un sistema di indicatori, sulla base dei dati disponibili, che consente il monitoraggio e la valutazione dei risultati raggiunti.

È stato, inoltre, assicurato il costante supporto alla Direzione Aziendale sugli atti di programmazione e rendicontazione delle risorse utilizzate.

Infine, sono stati tempestivamente assicurati i riscontri formulati dal Collegio Sindacale.

U.O.S.D. Coordinamento Amministrativo Distrettuale

Nel corso dell'anno 2022, è stata costituita l'U.O.S. a Valenza Dipartimentale per il coordinamento delle attività amministrative distrettuali. Tale coordinamento, reso ancora più urgente a seguito dell'avvio del "MOSS", è finalizzato a superare la notevole eterogeneità degli approcci amministrativo e gestionali che si sono consolidati nel corso degli anni all'interno degli uffici distrettuali. Le attività amministrative dei Distretti sociosanitari sono, infatti, fondamentali per assicurare una gestione efficiente delle risorse assegnate all'assistenza territoriale che diviene sempre più centrale nella nuova organizzazione delle aziende sanitarie.

U.O.S.D. Ingegneria Clinica

L'U.O. ha assicurato la predisposizione e l'aggiornamento dei fabbisogni di attrezzature sanitarie, nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Strategica, la corretta alimentazione e gestione dei *sub* sistemi informativo – contabili e l'avvio del sistema informativo MOSS per la parte di competenza.

Inoltre, al fine di rispettare gli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo dei fondi strutturali, si è proceduto alla rendicontazione della spesa e all'aggiornamento del relativo sistema.

Con riferimento al parametro relativo all'espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto, si registra un lieve scostamento rispetto all'obiettivo, dovuto alla carenza di organico ed all'incremento del carico di lavoro legato alla gestione delle attività straordinarie, ovvero alla gestione della pandemia, al trasferimento di interi reparti, all'attivazione di nuovi servizi, agli interventi PNR per l'ammodernamento delle Grandi Macchine.

Infine, l'U.O. ha provveduto con tempestività alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando pienamente l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che, nell'anno 2022, si assesta intorno al valore - 1, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 34078 del 02.03.2023.

U.O.S.D. Sistemi Informativi Aziendali

L'U.O. ha predisposto e/o aggiornato il piano dei fabbisogni di sistemi e strumentazioni informatiche, così come ha garantito una costante verifica per le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.

L'Unità ha effettuato diverse attività consulenziali e di supporto tecnico:

- per ogni problematica connessa all'esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica;
- per l'espletamento della quasi totalità delle procedure di gara in materia informatica alla scadenza degli affidamenti in atto;
- per la corretta alimentazione e gestione dei *sub* sistemi informativi – contabili;
- per la tenuta della contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità anche per il tramite dei moduli del sistema MOSS dedicati alla CO.AN.

Infine, l'U.O. ha contribuito con successo all'avvio a regime del Sistema Informativo Amministrativo Contabile Unico Regionale (MOSS), come azienda pilota in ambito regionale.

Struttura Burocratico Legale

La Struttura ha provveduto alla costituzione in giudizio in tutti i contenziosi notificati nell'anno 2022, affidando gli stessi ai legali interni e ricorrendo ai legali esterni solo per continuità difensiva, cioè per i contenziosi in cui gli stessi risultavano già incaricati del precedente grado di giudizio o in giudizi con oggetto di particolare specializzazione tecnica, o per ragioni di opportunità.

La Struttura è impegnata anche nella gestione delle richieste stragiudiziali, non contenziose, sia attraverso la formulazione di pareri richiesti da tutte le strutture aziendali, sia attraverso la valutazione di eventuali modalità di definizioni alternative delle richieste, assicurando sempre il supporto legale a tutte le strutture dell'azienda.

Per quanto concerne le definizioni transattive relative ai contenziosi correlati al rischio clinico, gli stessi sono gestiti per il tramite del *broker* aziendale dalle compagnie assicurative che si sono succedute nel tempo in virtù dei contratti di polizza stipulati dall'Azienda. Le procedure indicate nei singoli contratti di polizza prevedono l'esame delle posizioni da parte del Comitato Valutazione Sinistri (deliberazione n. 447/19 - *Comitato Valutazione Sinistri. Modifica composizione*), in seno al quale vi sono i referenti del *broker* aziendale e delle compagnie di assicurazione, nonché i medici legali fiduciari delle compagnie, il responsabile del Rischio Clinico aziendale, in qualità di Coordinatore ed un avvocato della SBL. Il comitato si riunisce periodicamente per analizzare le richieste risarcitorie, valutando le proposte formulate dalle compagnie assicurative, nonché le consulenze medico legali espletate dai fiduciari delle stesse; le valutazioni formulate dal comitato sono trasmesse al Direttore Generale per la ratifica.

La SBL, nel corso dell'anno 2022, ha definito altri contenziosi aventi ad oggetto richieste differenti dal rischio clinico che hanno comportato un notevole risparmio per l'Azienda, sia per quanto concerne la sorte capitale che per gli interessi e le spese.

Le procedure del sistema Moss, per le parti di competenza, non hanno comportato alcun disguido e/o ritardo nella liquidazione delle fatture assegnate, tanto che l'indice di tempestività dei pagamenti è risultato complessivamente pari a - 38 giorni sul valore *target* < 0.

Per quanto concerne le pratiche di recupero crediti (ticket), sono state tutte istruite dal Coordinamento del recupero del credito, mediante l'invio di n. 30.128 avvisi bonari. Nel corso dell'anno 2022, sono state altresì definite circa 4.800 posizioni riferite a raccomandate di sollecito di pagamento inviate a fine 2021 per prestazioni non disdette relative ad anni precedenti.

Si specifica che le attività di riscossione coattiva dei crediti sono affidate, in virtù di convenzione apposita, ad Agenzia delle Entrate Riscossione; alla data del 31.12.2022 risultano attivate n. 915 posizioni, comprensive anche di n. 1 posizione relativa a crediti di altra natura.

Presso la SBL, nel corso dell'anno 2022, sono state trattate altre procedure di recupero crediti in materia di spese legali da condanna nei confronti di terzi o dipendenti a seguito di provvedimenti giudiziari.

I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono stati assicurati nel rispetto della tempistica indicata.

Macro- area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

Tutte le UU.OO. si sono attenute al rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, rispettando le misure previste nel PTPCT aziendale e gli adempimenti previsti ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e della L. n. 190/2012 e ss.mm.ii..

Relativamente alla formazione e aggiornamento professionale, si è provveduto alla realizzazione dei corsi di formazione previsti nel piano formativo aziendale.

Nel corso del 2022, gli Uffici di Staff della direzione strategica afferenti al **Dipartimento Governo Clinico** comprendevano le seguenti UU.OO.

- Unità Statistico-epidemiologica (U.O.S.E.);
- Pneumologia Territoriale
- Comunicazione e Informazione Istituzionale (U.R.P.);
- Psicologia del Lavoro e dell'organizzazione;
- Ufficio Aziendale Cup;
- Ufficio Formazione;
- Rischio Clinico;
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale;
- Ufficio del Medico Competente;

Si riportano di seguito i principali obiettivi perseguiti e i risultati raggiunti, per macro-area.

Macro-area obiettivo: capacità di governo della domanda

Per far fronte all'emergenza epidemiologica, sono state attuate tutte le disposizioni impartite dalla Direzione Strategica e a livello regionale, eseguendo tamponi *Sars-Cov2* al personale in fase pre-assuntiva, al momento del rientro da malattia o in caso di contatto diretto con soggetti positivi. Sono stati altresì garantiti al personale dipendente gli *screening* periodici per il monitoraggio della pandemia, durante la quale è stata assicurata la piena funzionalità del reparto Covid presso il Dipartimento d'Emergenza ed Accettazione (D.E.A.).

Inoltre, al fine di tenere informato il cittadino sull'andamento epidemiologico, l'Azienda ha pubblicato settimanalmente il *report "Covid in provincia di Lecce"*. L'aggiornamento è stato garantito anche mediante la pubblicazione quasi quotidiana di *post* sulla pagina istituzionale "Facebook".

Per ottimizzare il rapporto tra domanda ed offerta ed abbattere le liste d'attesa, il CUP ha avviato una revisione delle agende già esistenti con la conseguente apertura di ulteriori agende per priorità UBD, che sono state incrementate del 5% rispetto al 2021; si è inoltre provveduto all'attivazione di nuovi punti di prenotazione esterna (+ 16% rispetto al 2021) per facilitare l'accesso degli utenti.

L'U.O.S.D. Formazione si è occupata di garantire la formazione continua dei dipendenti e di soggetti esterni richiedenti, come di seguito dettagliato:

- sono stati realizzati tutti i corsi richiesti sia dalle UU.OO. aziendali (247 corsi) sia dalla Regione Puglia (Gioco d'azzardo: 7 corsi, Emostasi e trombosi: 3 corsi);
- sono state autorizzate e rimborsate 111 richieste di formazione esterna;

- sono stati richiesti ed autorizzati 452 tirocini curriculari delle Università o delle Scuole di Specializzazione;
- sono state presentate ed esaminate n. 71 domande patrocinio.

Macro-area obiettivo: Prevenzione

È stato aggiornato il registro dei tumori e pubblicato il relativo rapporto, che fotografa la reale epidemiologia oncologica del nostro territorio focalizzandosi sull'ultimo quinquennio, ma valutando anche i trend storici, disponibili dall'anno 2003.

Inoltre, l'Ufficio del Medico Competente ha eseguito tutte le visite previste per lavoratori e personale tirocinante dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., oltre ai prelievi ematici previsti. Le vaccinazioni somministrate ai dipendenti (antinfluenzali, anti-epatite B, anti – DTP, anti MPRV), risultano in incremento con n. 415 vaccinati nel 2022 vs. 195 nel 2021.

Nell'ambito del programma legato alla prevenzione rientrano anche gli interventi volti ad assicurare consulenza e supporto psicologico a tutti gli operatori dell'Azienda che, in condizioni di disagio lavorativo, accedono allo "Sportello Ascolto", direttamente o tramite il medico competente. La casistica dell'anno 2022 ha riguardato per lo più situazioni di conflittualità interpersonale tra dipendenti o con il direttore della struttura, ma anche condizioni di malessere individuale legate alla sindrome del *burnout* e/o a difficoltà a fronteggiare adeguatamente lo *stress* lavorativo. Su richiesta della Direzione Strategica, inoltre, è stata fornita consulenza per gestire particolari situazioni lavorative legate a delicate problematiche personali e relazionali di alcuni dipendenti.

Sono stati inoltre realizzati, dall'U.O. Psicologia del Lavoro, interventi di valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato in diverse UU.OO. ed è stato fornito supporto al *management* per la gestione delle criticità organizzative, relazionali e gestionali.

L'analisi delle varie dimensioni organizzative è stata effettuata utilizzando un questionario psicosociale somministrato ai dipendenti e delle interviste semi-strutturate rivolte alla direzione e al coordinamento infermieristico delle UU.OO.. I dati emersi dall'elaborazione del questionario sono stati approfonditi con il personale nei *focus group* all'interno dei quali, con la collaborazione delle figure apicali, si è proceduto all'individuazione di possibili interventi migliorativi.

Sulla base degli esiti della Valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato (aggiornamento) in Azienda, verranno poi predisposti dei progetti di welfare aziendale che aiutino i dipendenti ad acquisire stili di vita sani e a migliorare il *work-life balance*.

Macro-area obiettivo: Sanità Digitale

Tutte le UU.OO. hanno adempiuto interamente agli obblighi informativi nel rispetto dei termini previsti, nei confronti della Regione Puglia e di altri Enti e/o Amministrazioni, in conformità alle disposizioni normative e regolamentari vigenti, secondo le specifiche tecniche e le modalità imposte dalla Regione o dal Ministero.

Macro- area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

Tutte le UU.OO. del dipartimento si sono attenute al rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, rispettando le misure previste nel PTPCT

aziendale e gli adempimenti previsti ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e della L. n. 190/2012 e ss.mm.ii..

Relativamente alla formazione e aggiornamento professionale, si è provveduto all'attivazione dei corsi di formazione ai quali ha partecipato tutto il personale dipendente.

Valutazione risultati Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali e Uffici di Staff

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca complessivamente, per le Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali e Uffici di Staff, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 90%.

5) Valutazione della *performance* individuale

Gli adempimenti richiesti dal D.lgs. 150/2009 in materia di valutazione delle *performance* costituiscono per l'azienda un impulso a rafforzare e qualificare il processo di innovazione organizzativa già in atto.

In attuazione del Regolamento Aziendale, "*Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale*", giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 2183 del 09.12.2014, con nota prot. 52374 del 03.04.2023, il personale dipendente dell'ASL LE è stato informato che l'Azienda, all'interno del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa ed individuale, nell'ambito dei processi di digitalizzazione e nel rispetto della vigente normativa sulla *privacy*, intende attuare la dematerializzazione della scheda di valutazione individuale a partire dall'anno 2022.

Tutto il processo sarà informatizzato, dalla fase di valutazione del valutatore all'accettazione e/o contestazione da parte del valutato, dalla elaborazione degli esiti della valutazione al pagamento delle indennità di risultato.

L'avvio del percorso e l'implementazione della nuova procedura ha richiesto un notevole impegno in termini di tempo e di risorse umane, nonché l'organizzazione di una struttura interna per il governo del sistema; pertanto il percorso di valutazione individuale già avviato si concluderà nei prossimi mesi.

6) La valutazione partecipativa

L'ASL di Lecce è impegnata da tempo nella implementazione di sistemi partecipati di rilevazione della qualità dei servizi erogati e del benessere organizzativo. Tali rilevazioni sono condotte con il contributo del Comitato Consultivo Misto (C.C.M.), del Comitato Unico di Garanzia (CUG), dell'Unità Operativa Comunicazione e Informazione Istituzionale e dell'Unità Operativa Psicologia del Lavoro e Benessere Organizzativo.

Interventi da parte del Comitato Consultivo Misto

Nel 2022 le Associazioni del CCM hanno svolto le attività utilizzando anche le modalità acquisite durante la pandemia: mail e richieste telefoniche, incontri on line tramite piattaforma "Zoom" o attraverso la piattaforma "GoToMeeting" aziendale, videochiamate, incontri in piccoli gruppi.

Di seguito si riportano le principali attività svolte durante l'anno 2022:

- nomina rappresentante CCM in seno all'ALPI;
- criticità recepite dalle Associazioni del CCM: diabetologia, liste attese, carenza di informazioni dai reparti, dimissioni protette con i vari reparti, rapporti negativi con i medici di base, mense P.O. Galatina - Centro Riabilitazione;
- nomina temporanea della vice presidente per questioni di salute della presidentessa;
- nomina rappresentante del CCM nel Comitato Etico-Risoluzione;
- verifica relativa l'accesso alla 4° dose del vaccino per soggetti fragili;
- indicazioni e supporto in collaborazione con il Cup senologico per accesso/videochiamata alle strutture da parte dei *caregiver*;
- consegna nuovi *pass*;
- attività di risoluzione ai reclami/encomi pervenuti.

Con riferimento ai tavoli tematici, sono stati effettuati incontri con il Direttore Generale e il Direttore Sanitario sulle liste di attesa. Alcune associazioni hanno effettuato richiesta alla Direzione Strategica di incontri su specifiche tematiche, quali i vaccini, il C.O.R.O., il fenomeno dell'immigrazione, le malattie rare, la disabilità neurologica, la procreazione assistita e liste di attesa.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi

Nell'anno 2022, l'Unità operativa Comunicazione Informazione Istituzionale, oltre alla ordinaria attività di informazione, ha proseguito la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e l'attività istruttoria delle segnalazioni pervenute.

Nel corso dell'anno sono pervenute n. 323 segnalazioni, di cui n. 261 concluse, a seguito di istruttoria interna, con risposta scritta e trasmessa agli utenti e n. 62 archiviate per mancanza di elementi utili alla gestione delle stesse.

Attualmente i canali attivi di comunicazione tra l'Azienda e il cittadino sono i seguenti:

- il portale istituzionale della ASL LE (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>), ove è possibile esprimere on line opinioni sui servizi fruiti (ospedali, distretti sociosanitari, cup) compilando il questionario "Esprimi la tua opinione" dall'opzione in homepage sulla qualità della prestazione ricevuta nei Presidi ospedalieri, nei Servizi territoriali e nei Centri Unici di Prenotazione;
- i *social media* (Facebook, Messenger, IG) con visualizzazioni e *follower* in numero crescente; tali *social* sono divenuti sportello virtuale per accedere alle informazioni di evidenza scientifica, riferimento per conoscere e incentivare l'adesione a campagne di prevenzione, l'orientamento ai servizi fruibili;
- le segnalazioni via mail che giungono direttamente dagli utenti agli indirizzi telematici: urp@asl.lecce.it, segreteria.urp@asl.lecce.it, comunicazione@asl.lecce.it.

Con riferimento a "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", è proseguita la collaborazione con Agenas sui Progetti Umanizzazione e Sicurezza, *Empowerment*, in particolare è stato effettuato:

- il coinvolgimento attivo per la messa a punto della *check-list* nazionale per la valutazione partecipata nei Dipartimenti della Salute Mentale (SPDC, Residenze e Comunità alloggio, C.S.M.);
- la collaborazione alla stesura del documento tecnico per il potenziamento delle strategie di *empowerment* e partecipazione dei cittadini nell'ambito delle costituenti Case di Comunità.

Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori

Attraverso l'Unità di Psicologia del Lavoro e del Benessere Organizzativo, che si occupa del benessere dei dipendenti e della gestione dei rischi psicosociali all'interno della Asl di Lecce, sono state assicurate le attività di consulenza e supporto psicologico a tutti gli operatori dell'Azienda che, in condizioni di disagio lavorativo, accedono allo "Sportello Ascolto", direttamente o tramite il medico competente.

La casistica dell'anno 2022 ha riguardato per lo più situazioni di conflittualità interpersonale tra dipendenti o con il direttore della struttura, ma anche condizioni di malessere individuale legate alla sindrome del *burnout* e/o a difficoltà a fronteggiare adeguatamente lo *stress* lavorativo. Su richiesta della Direzione Strategica, inoltre, è stata fornita consulenza per gestire particolari situazioni lavorative legate a delicate problematiche personali e relazionali di alcuni dipendenti.

Sono stati inoltre realizzati interventi di valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato in diverse Unità Operative ed è stato fornito supporto al *management* per la gestione delle criticità organizzative, relazionali e gestionali.

L'analisi delle varie dimensioni organizzative è stata effettuata utilizzando un questionario psicosociale somministrato ai dipendenti e delle interviste semi-strutturate rivolte alla direzione e al coordinamento infermieristico delle Unità operative.

I dati emersi dall'elaborazione del questionario sono stati approfonditi con il personale nei *focus group* all'interno dei quali, con la collaborazione delle figure apicali, si è proceduto all'individuazione di possibili interventi migliorativi.

La maggior parte delle problematiche rappresentate nelle diverse strutture ha riguardato varie difficoltà di natura organizzativa, stili di leadership inadeguati, scarsità di risorse umane e strumentali.

Gli interventi dell'Unità Operativa di Psicologia del Lavoro sono stati per lo più di natura mediativa e di supporto, volti a trovare soluzioni organizzative condivise e a disincentivare alcuni comportamenti disfunzionali, con l'obiettivo di migliorare il clima organizzativo e la *performance* lavorativa.

Nel corso del 2022, in vista della realizzazione nel corrente anno dell'Aggiornamento della Valutazione del rischio *stress* lavoro - correlato sull'intera Azienda, in via sperimentale, è stata impiegata l'apposita metodologia proposta dall'Inail a sostegno delle Aziende per l'analisi dei rischi psicosociali.

Tale metodologia, essendosi rivelata idonea per il nostro contesto aziendale, sostituirà quella utilizzata in precedenza e prevista dal "*Regolamento gestione fenomeno stress lavoro-correlato*".

Il potenziamento, nel 2022, dell'organico dell'Unità Operativa di Psicologia del Lavoro ha permesso di ampliare l'offerta di supporto psicologico ai dipendenti, prevedendo, laddove ve ne fosse bisogno, anche un breve percorso psicoterapeutico.

Comitato Unico di Garanzia (C.U.G). Piano di azioni positive

Le Azioni messe in atto dal C.U.G. sono orientate a sviluppare una cultura interna tesa alla valorizzazione del personale, al miglioramento della qualità del lavoro e alla rimozione di eventuali ostacoli che impediscono la promozione delle pari opportunità.

Il tema delle pari opportunità, come più volte sottolineato dalla Commissione Europea, rappresenta un elemento trasversale e determinante nello sviluppo delle risorse umane delle Pubbliche Amministrazioni, in quanto indicatore della diffusione e del grado di attenzione che l'Azienda assegna alle politiche di tutela e uguaglianza di chi lavora.

La ASL, tramite il C.U.G., ha sottoscritto e adottato la “*Carta per le Pari Opportunità e l'uguaglianza sul lavoro*”, promossa dalla Regione Puglia e annoverata tra gli strumenti concreti, a livello europeo e nazionale, efficace per la prevenzione, la lotta a tutte le discriminazioni e la piena attuazione delle politiche di valorizzazione e rispetto degli individui.

Il C.U.G., ha partecipato nel 2022 alla ricerca promossa dal “*Sodalitas D&I Self Assessment*” tramite la compilazione del questionario, con l’obiettivo di valutare di anno in anno, da parte delle organizzazioni firmatarie della “*Carta per le Pari Opportunità e l'uguaglianza sul lavoro*”, le attività in corso, riconoscere i propri progressi e definire le priorità delle azioni interne di miglioramento.

Nell’attuale fase di fondamentali e rivoluzionari cambiamenti organizzativi che coinvolgono la Pubblica Amministrazione, legati all’introduzione del Lavoro Agile in forma ordinaria attraverso il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), si è posta maggiore attenzione ad una migliore conciliazione dei tempi di lavoro e di vita, benessere dei lavoratori e benessere organizzativo.

Il C.U.G., in quanto soggetto coinvolto nella conduzione dell’organizzazione del lavoro agile, ha partecipato alla elaborazione del POLA e supporta le Direzioni per l’implementazione e il monitoraggio dell’istituto all’interno delle strutture aziendali.

7) Il processo di redazione della relazione sulla performance

Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 156 del 9/02/2023 si è provveduto a ricostituire ed aggiornare la Struttura Tecnica Permanente (STP), composta da referenti delle seguenti Aree: Area Gestione del Personale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento del Farmaco, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia e Statistica, Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Direzioni mediche di Presidio, Assistenza Territoriale.

La STP, coordinata dal Direttore dell’U.O.C. Controllo di Gestione, nella prima riunione del 22.02.2023, in seduta congiunta con l’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), ha definito il programma di lavoro, con riferimento a funzioni e compiti, ai sensi dell’art. 14, commi 9 e 10, del D.Lgs n. 150/2009.

In particolare, nella successiva riunione della S.T.P. del 20.04.2023, sono stati definiti tempi e modalità per l’elaborazione della Relazione *Performance* 2022, che è stata redatta secondo le “*Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance*” n. 2/2017 e le “*Linee guida per la Relazione annuale sulla performance*” n. 3/2018, predisposte dall’Ufficio per la Valutazione della *performance* del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Sono state altresì tenute in considerazione le osservazioni prodotte dall’O.I.V. nel documento di validazione della Relazione *Performance* dell’anno precedente, con particolare riferimento alla sinteticità della stessa, all’omogeneità nei criteri di redazione delle relazioni di valutazione prodotte dalle singole Strutture aziendali, alla facilità di lettura dell’intera relazione mediante l’utilizzo di tabelle di dati e commenti esplicativi.

Con nota prot. n. 64675 del 27.04.2023, la Direzione Strategica ha richiesto alle strutture operative e alle aree aziendali di produrre una relazione con evidenza dei risultati raggiunti e/o delle motivazioni che hanno determinato l’eventuale scostamento del valore atteso rispetto agli indicatori e valori *target* contenuti nelle schede degli obiettivi di *performance* assegnati.

All'esito di tale attività, durante la quale i componenti della S.T.P. si sono resi disponibili a supportare le strutture aziendali, è stata elaborata la Relazione *Performance* 2022 con relativa valutazione della *performance* organizzativa.

La presente Relazione, a conclusione del Ciclo della *Performance* per l'anno 2022, ha rappresentato un importante strumento di miglioramento per l'intero "Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance*".