



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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

– ANNO 2023 –

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

Sommario

Sommario.....	2
1) Criteri generali di predisposizione della relazione sulla <i>performance</i>	4
2) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli <i>stakeholder</i> esterni.....	4
2.1 Generalità sul territorio servito e sulla popolazione assistita.....	4
2.2 Generalità sulla struttura organizzativa e l'amministrazione.....	6
2.3 Le criticità e le opportunità.....	9
3) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	10
3.1 Obiettivi strategici.....	10
3.2 L'albero delle <i>performance</i>	12
3.3 Obiettivi e piani operativi.....	12
4) Valutazione della <i>performance</i> organizzativa.....	20
4.1 Dipartimento di Prevenzione.....	20
4.2 Dipartimento di Assistenza Territoriale.....	31
4.3 Il governo delle liste di attesa.....	38
4.4 Dipartimento di Salute mentale.....	41
4.5 Dipartimento Dipendenze patologiche.....	44
4.6 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione.....	49
4.7 Servizio Emergenza Urgenza 118.....	51
4.8 Assistenza Ospedaliera.....	58
- Dipartimento della Rete Ospedaliera.....	63
- Dipartimento Cardiovascolare.....	65
- Dipartimento di Medicina e Specialistiche.....	67
- Dipartimento Nefrodialitico e Urologico.....	70
- Dipartimento Oncoematologico.....	72
- Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche.....	73
- Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico.....	77
- Dipartimento Materno Infantile.....	79
- Dipartimento integrato Emergenza – Urgenza.....	82
- Dipartimento delle Diagnostiche.....	85
- Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale.....	87
4.9 Dipartimento del farmaco.....	88
4.10 Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali ed Uffici di <i>staff</i>	97
- Dipartimento Amministrazione, Finanza e Controllo.....	97
- Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio.....	104



- Uffici di <i>staff</i> della Direzione Strategica.....	113
5) Valutazione della <i>performance</i> individuale	120
6) La valutazione partecipativa	124
7) Il processo di redazione della relazione sulla <i>performance</i>	136

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* 2023 – 2025, sezione 3.2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023 – 2025, adottato con D.C.S. n. 95 del 31.01.2023, un documento programmatico triennale, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, assegnati alle diverse strutture aziendali compatibilmente con le risorse disponibili.

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 2023.

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 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 complessiva 770.078 ab. (fonte ISTAT al 01.01.2023), di cui 370.439 maschi e 399.639 femmine, distribuiti su 96 comuni raggruppati in 10 distretti socio-sanitari.

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

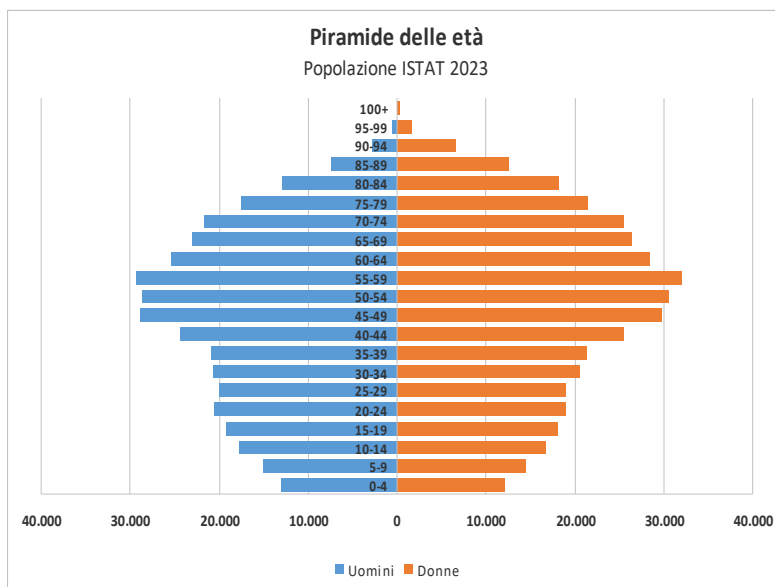
Distretto	Numero Comuni	Totale popolazione (01/01/2023)	>64anni	<15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul totale della popolazione)
D.S.S. LECCE	10	176.401	42.470	21.523	197,32%	24,08%
D.S.S. CAMPI S.NA	8	82.682	22.388	9.202	243,29%	27,08%
D.S.S. NARDO'	6	90.410	22.262	10.940	203,49%	24,62%
D.S.S. MARTANO	10	46.288	12.767	4.977	256,52%	27,58%
D.S.S. GALATINA	6	57.199	15.244	6.450	236,34%	26,65%
D.S.S. MAGLIE	12	52.449	14.264	5.609	254,31%	27,20%
D.S.S. POGGIARDO	15	42.666	12.316	4.414	279,02%	28,87%
D.S.S. GALLIPOLI	8	70.893	18.004	8.305	216,79%	25,40%
D.S.S. CASARANO	7	69.237	17.132	8.482	201,98%	24,74%
D.S.S. GAGLIANO	14	81.853	21.511	9.122	235,81%	26,28%
Riepilogo:	96	770.078	198.358	89.024	222,81%	25,76%

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, non differiscono da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fondo sanitario regionale *standard*.

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente al 01.01.2023 ha registrato un decremento di n. 2.198 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere, confermando per la provincia di Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un incremento, rispetto al 2022, del 1% della popolazione anziana (> 64 anni), di n.

1.883 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (< 15 anni) di n. – 2.080 unità. L'incidenza della popolazione anziana (> 64 anni) sulla popolazione giovane (< 15 anni) è più del doppio, raggiungendo il valore di circa 222,81%.

Di seguito è riportata la struttura demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce al 01.01.2023 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 2003 – 2023. Un dato rilevante ai fini della programmazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari è connesso all'incremento della popolazione ultra65enne, che nel periodo in esame è aumentata di n. 55.985 ab. a fronte di una diminuzione di n. 32.438 ab. nella fascia di età 0-14.

Classi età	2003		2013		2023	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	121.462	15,37%	109.984	13,54%	89.024	11,56%
15-64	526.335	66,61%	527.228	64,89%	482.696	62,68%
65-74	81.560	10,32%	88.859	10,94%	96.514	12,53%
>75	60.813	7,70%	86.419	10,64%	101.844	13,23%
Totale	790.170	100,00%	812.490	100,00%	770.078	100,00%

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% d'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 ultra 64enni, 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 Riquilificazione dell'Assistenza (L.R. n. 2/2011) e proseguita con i successivi Programmi Operativi ed i Piani di Riordino della rete ospedaliera in attuazione del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza 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, nonché con l'attuazione delle misure previste nel Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*".

2.2 Generalità sulla struttura organizzativa e l'amministrazione

L'Azienda sanitaria 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.

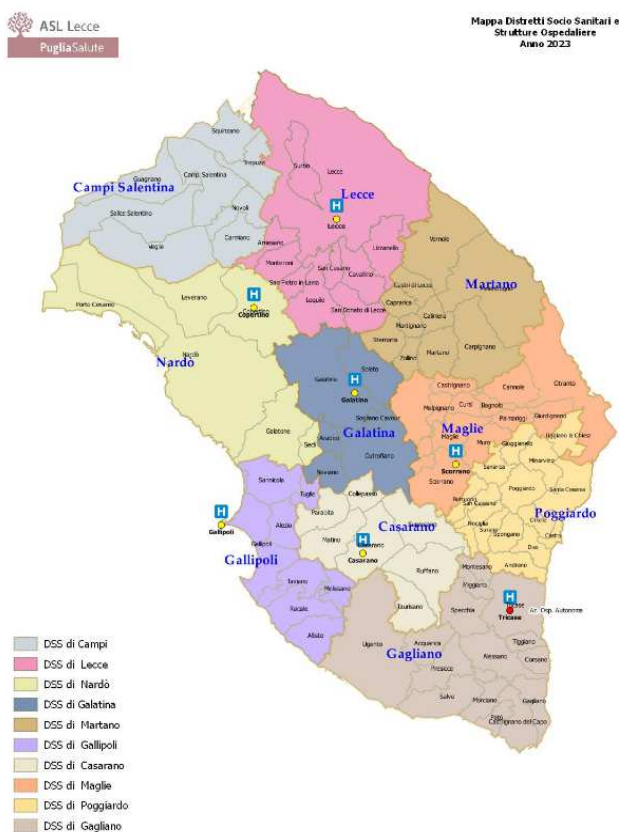
Assistenza ospedaliera, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- 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'ASL di Lecce, 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 socio-sanitari, i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Medicina Fisica e Riabilitazione;
- Assistenza Ospedaliera: n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta.

La mappa evidenzia l'articolazione del territorio in distretti socio-sanitari e la dislocazione delle strutture ospedaliere a gestione diretta e dell'ente ecclesiastico "Cardinal Panico" di Tricase.



Nel corso dell'anno 2023, la Direzione Aziendale, nelle more dell'adozione definitiva dell'atto aziendale, ha definito la nuova organizzazione dipartimentale, approvata con D.D.G. n. 290 del 15.06.2023, procedendo all'individuazione dei direttori provvisori di dipartimento.

La Regione Puglia, inoltre, con la 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.

Nelle more della revisione conseguente allo scorporo del P.O. Fazzi, l'organizzazione dipartimentale come definita con la citata D.D.G. 290/2023, si articola nei seguenti dipartimenti:

Dipartimenti Strutturali: assegnatari di “*budget*” economico e di obiettivi prettamente gestionali, di regola previsti da specifiche norme nazionali e regionali, esercitano la propria autonomia operativa nell'ambito delle risorse assegnate secondo quanto previsto da specifici regolamenti regionali di settore:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Dipendenze Patologiche

Dipartimenti Funzionali: assegnatari di “*budget etico*” e di obiettivi prettamente funzionali, esercitano la propria autonomia operativa secondo le modalità fissate dall'art. 6 del Regolamento Generale dell'Organizzazione Dipartimentale della ASL di Lecce:

- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento di Medicina e Specialistiche
- Dipartimento Nefrodialitico e Urologico
- Dipartimento Oncoematologico
- Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche
- Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento integrato Emergenza – Urgenza
- Dipartimento delle Diagnostiche
- Dipartimento del Farmaco
- Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale
- Dipartimento Assistenza Territoriale
- Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
- Dipartimento della Rete Ospedaliera
- Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo
- Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio

Il funzionamento dei dipartimenti è stato definito da specifico regolamento aziendale, adottato con D.D.G. n. 303/2021 e s.m.i., che stabilisce, tra l'altro che “*il Dipartimento è deputato alla gestione di funzioni complesse, finalizzate al coordinamento dell'intero processo di presa in carico, cura e assistenza e all'erogazione di prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale. Esso costituisce l'ambito privilegiato nel quale, sulla base del piano delle attività richiesto dalla Direzione Generale o ritenuto necessario sulla base della attività demandata, pianificare le nuove necessità in materia di risorse umane adeguamenti strutturali, di ricerca scientifica e di innovazione nei processi di cura anche attraverso l'acquisizione di tecnologie innovative sulla base di processi di HTA*”.

Il Dipartimento è altresì la sede ove contestualizzare le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni, quali l'adozione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici, la gestione e la promozione della sicurezza del paziente, la misurazione degli esiti, la formazione continua, i rapporti con l'Università, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente. L'operatività delle funzioni dipartimentali viene esercitata mediante la gestione del "budget", negoziato con la Direzione Generale.

Sulla base dell'organizzazione dipartimentale sopra esposta, sono stati assegnati, in apposite sessioni di *budget* per dipartimento, gli obiettivi di *performance* 2023 con relativi indicatori e valori *target* attesi.

2.3 Le criticità e le opportunità

La programmazione regionale ed il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale, adottato con D.G.R. n. 134/2022, nonché la D.G.R. n. 1868/2022, con la quale la Regione Puglia ha approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022", anche in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ribadisce l'importanza di coniugare la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento delle strutture territoriali in una logica di continuità assistenziale.

L'integrazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste, infatti, un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza i meccanismi organizzativi quali le dimissioni ospedaliere protette e la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e non autosufficienti.

La programmazione degli interventi finanziati con il PNRR ha una ricaduta notevole sull'assistenza territoriale con l'attuazione degli interventi previsti dalla Missione 6 - Componente C1 (M6C1):

- Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona, per la ASL Lecce 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 Lecce 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 Lecce 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 dotata 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.

3) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi per l'anno 2023 sono stati definiti nel Piano della *Performance* per il triennio 2023–2025, sezione 3.2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023 – 2025, adottato con D.C.S. n. 95 del 31.01.2023.

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 Lecce dalla regione Puglia con D.G.R. n. 78 del 6 febbraio 2023, “*D. Lgs. 171/2016 - L.R. n. 15/2018. Nomina Direttore Generale dell’ASL LE*”, con 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*”, con D.G.R. 13 novembre 2023, n. 1558, “*Definizione e assegnazione degli obiettivi economico – gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 – 2024*”, 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. n. 2194/2017, come da ultimo integrata e modificata con D.G.R. 19 settembre 2022, n. 1264, “*Piano Coordinato Regionale Pluriennale in materia di sicurezza alimentare 2022-2023 ai sensi del Reg UE 2017/625 – Modifica ed integrazione delle procedure e dei criteri operativi per il controllo ufficiale di cui all’allegato A D.G.R. 2194/2017 e s.m.i.*”;
 - D.G.R. 7 agosto 2020, n. 1332, con cui è stato approvato il Documento Tecnico “*Organizzazione dei programmi di screening 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, che approva il “*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*”;
 - D.G.R. 6 marzo 2023, n. 262, ad oggetto “*L.R. n. 13/2019 – D.G.R. n. 735/2019 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa – Linee di indirizzo per l’aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa – Approvazione*”;

- D.G.R. 13 novembre 2023, n. 1568, ad oggetto “D.G.R. n. 262 del 06/03/2023 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa ai sensi del decreto – legge 29 dicembre 2022 n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14”;
 - D.G.R. 15 febbraio 2022, n. 134, ad oggetto "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. 11 maggio 2022, n. 688, ad oggetto "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".
 - D.G.R. 26 maggio 2022, n. 763, ad oggetto "D.G.R. 688/2022. PNRR Missione 6 “Salute”. Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione”;
 - D.G.R. 19 luglio 2022, n. 1023, ad oggetto "PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie - Delega attività ai sensi dell'art. 5 del CIS".
 - D.G.R. 14 dicembre 2022, n. 1868 e D.G.R. 30 novembre 2023, n. 1729, con le quali è stato approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”, emanato con R.R. 19 dicembre 2023, n. 13.
- ✓ Indirizzi sul riordino della rete ospedaliera:
- R.R. 22 novembre 2019, n. 23, approvazione Piano di “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”;
 - R.R. 20 agosto 2020, n. 14, approvazione Piano di “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
 - D.G.R. 3 luglio 2023, n. 919, con la quale la Regione Puglia, in attuazione della D.G.R. n. 412/2023, ha approvato lo schema di Regolamento recante “Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018”.
- ✓ 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. 6 aprile 2021, n. 559, “Razionalizzazione della spesa per l’assistenza protesica - Fondo di remunerazione per l’assistenza protesica. Tetti di spesa anno 2021”;
 - D.G.R. 17 aprile 2023, n. 511, “Misure per il contenimento della spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale per l’anno 2023, in attuazione delle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 412/2023”;
 - D.G.R. 17 aprile 2023, n. 512, “Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa per singola Azienda pubblica del S.S.R. per l’anno 2023 ai sensi dall’art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e s.m.i., in attuazione delle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 412/2023”;

- D.G.R. 17 aprile 2023, n. 513, “*Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all’acquisto diretto di farmaci. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria pubblica del S.S.R. per l’anno 2023, in attuazione delle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 412/2023;*”

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
- Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità
- Assistenza sanitaria territoriale
- Prevenzione
- Assistenza farmaceutica
- Sanità digitale, flussi informativi e qualità dei dati
- Aspetti economico – finanziari / efficienza operativa
- Legalità, trasparenza e formazione

3.3 Obiettivi e piani operativi

Contestualmente all’adozione del bilancio di previsione 2023, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le linee guida per il *budget* anno 2023, assegnando gli obiettivi operativi di *performance* prioritari per l’anno 2023.

Obiettivi operativi comuni a tutte le Strutture

- 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 la corretta implementazione e l’utilizzo completo del sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) per le parti di competenza.
- Garantire i tempi previsti dalla nota prot. n. 169529/2022 per le diverse fasi del processo di pagamento delle fatture passive (registrazione fatture – liquidazione – emissione mandati di pagamento) e monitoraggio dell’ITP.
- 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.
- Assicurare la diffusione e l’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei servizi on – line sul portale regionale della salute, e la diffusione della corretta gestione della ricetta dematerializzata.
- Assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.
- 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, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla D.G.R. n. 684/2022.
- Potenziare la copertura vaccinale, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla D.G.R. n. 684/2022.
- 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 2023 si conferma il quadro degli obiettivi previsti, per le attività di *screening* oncologici, dal Piano Regionale della Prevenzione, 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, alla organizzazione e governo dello *screening* e di quelle deputate all'erogazione delle prestazioni di primo, secondo e terzo livello. Permangono, pertanto, gli obiettivi di potenziamento degli *screening* oncologici, con particolare riferimento al sistema di indicatori di estensione e adesione previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.

Obiettivi operativi assegnati alle Strutture Territoriali

Distretti socio-sanitari

In coerenza con la programmazione regionale, di seguito si riportano gli obiettivi assegnati ai distretti socio-sanitari:

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e attuare programma *Puglia Care 3.0*.
- Potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti nel Nuovo Sistema di Garanzia e dalla D.G.R. n. 684/2022.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologia oncologica assistiti dalla rete di cure palliative domiciliare e in *hospice*.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale.

- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite Ambulatoriali, esami strumentali diagnostici e/o operativi, *day service*) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR.
- 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 e regionali 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.
- Incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità de materializzata.

Dipartimento di Salute mentale

In continuità con l'esercizio precedente, di seguito si riportano gli obiettivi assegnati alle strutture del Dipartimento di Salute Mentale:

- 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 psichiatrici.
- Assicurare la presa in carico dei pazienti di NPI.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e *day service*) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- 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 30 gg. 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 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 la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Dipartimento Dipendenze Patologiche

Di seguito si riportano gli obiettivi specifici assegnati alle strutture del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche:

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Migliorare la capacità attrattiva dei servizi.
- Migliorare l'appropriatezza dell'offerta e della presa in carico.
- 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.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione

Di seguito si riportano gli obiettivi specifici assegnati alle strutture del Dipartimento di 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.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e *day service*) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali.
- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- 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 interventi atti a garantire il contenimento della spesa per assistenza protesica.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Obiettivi operativi assegnati alle strutture ospedaliere

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

- 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 governo dei tempi di attesa.

- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- 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.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali e regionali.
- Assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR.
- Contenere la degenza media e i ricoveri oltre soglia, anche mediante il corretto utilizzo degli strumenti disponibili per le Dimissioni ospedaliere protette (DOP), nonché il trasferimento in reparti di riabilitazione e lungodegenza.
- Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
- Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019).
- Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (Cod. H02Z_D.M. 12/03/2019).
- Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (Cod. H03Z_D.M. 12/03/2019).
- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019).
- Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici.
- Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico.
- Degenza media preoperatoria.
- T.O. over 75 anni per 1000 abitanti anziani.
- Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e per gastroenterite.
- Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco.
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Cod. H13C_D.M. 12/03/2019).
- Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno.
- Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno.
- Numero di interventi in PTCA.
- Implementazione rete ospedaliera Covid secondo disposizioni regionali ai sensi del D.L. 18/2020 e D.L. 34/2020.
- Presentazione aggiornamento rete ospedaliera no-Covid.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di *screening* 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.
- Incremento prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici.

Obiettivi operativi assegnati alle Strutture del Dipartimento di Medicina Trasfusionale

- Garantire la gestione, il coordinamento e l'integrazione dei servizi di raccolta sangue con le associazioni di volontariato per l'autosufficienza aziendale.
- Assicurare il fabbisogno di sangue ed emoderivati alle diverse strutture aziendali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) (Cod. H08Z _D.M. 12/03/2019).
- Garantire il controllo della qualità delle procedure per la produzione degli emoderivati.
- Assicurare le attività del Centro di Qualificazione Biologica (CQB) delle unità di sangue raccolte per le province di Lecce, Brindisi e Taranto.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse in caso di forniture derivanti da precedenti gare, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Obiettivi operativi assegnati per l'assistenza farmaceutica

- Assolvere alle funzioni di governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, collaborando alla definizione di una politica del farmaco interna coerente con gli obiettivi dati dalla Regione Puglia alle Direzioni Generali per il contenimento e la razionalizzazione della spesa di farmaci e dispositivi medici entro i tetti assegnati.
- Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa.
- Assicurare il monitoraggio nell'utilizzo appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici fornendo indicazione alle unità operative ospedaliere e distrettuali utili al contenimento della spesa.
- Assicurare la verifica e controllo della prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior 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.
- Assicurare la verifica della prescrizione dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo, come registrato nel PTR del sistema Edotto), nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti.
- Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta.
- 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.
- Monitoraggio dei prescrittori che risultano disallineati rispetto al dato di spesa medio nazionale, rilevato sui cruscotti Disar di Edotto.

- *Audit* nei confronti dei medici prescrittori con particolare riferimento sia alle branche specialistiche maggiormente interessate nella prescrizione di farmaci ad elevato impatto di spesa per acquisti diretti e per convenzionata, in disallineamento rispetto alla media nazionale.
- Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione.
- Assicurare il costante aggiornamento delle dispensazioni e delle richieste di rimborso di tutti i farmaci sottoposti a monitoraggio sulla piattaforma AIFA *Web-Based* dei Registri di Monitoraggio.
- Collaborare con le Aree Amministrative (in particolare con l'Area Patrimonio e Risorse Finanziarie) per la corretta implementazione e gestione, per quanto di competenza, del sistema MOSS e delle procedure di approvvigionamento dei beni sanitari.
- Assicurare la regolare funzionalità delle commissioni aziendale/distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva.
- Collaborare con l'Area Patrimonio ed il Controllo di Gestione assicurando l'apporto specialistico-professionale per l'aggiornamento del *benchmark* dei prezzi di acquisto e per l'espletamento delle procedure centralizzate da parte del Soggetto Aggregatore Regionale, in unione d'acquisto ovvero di eventuali gare aziendali ponte.

Obiettivi operativi assegnati alla rete dell'emergenza urgenza 118

- Predisporre la pianificazione delle attività e della rete emergenza urgenza 118 assicurando l'utilizzo efficiente delle risorse assegnate.
- Riduzione intervallo *target*.
- Miglioramento indici di concordanza.
- Contenimento tempi *dispatch*.
- Riduzione tempi invio - arrivo mezzi di soccorso.
- Miglioramento qualità di processo anche mediante l'introduzione e l'utilizzo di sistemi informativi e/o telematici (*tablet* multifunzione).
- Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Obiettivi operativi assegnati alle Strutture afferenti al governo clinico

- Assicurare il governo della domanda di assistenza specialistica nelle branche afferenti al Dipartimento mediante il coordinamento dell'offerta territoriale, di concerto con i distretti socio-sanitari 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 dei piani aziendali di recupero e abbattimento tempi di attesa.
- 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.

Obiettivi operativi assegnati alle 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 con la programmazione e gestione delle procedure di affidamento ed esecuzione dei lavori;
 - Programma biennale degli acquisti di beni e servizi con la programmazione 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.
- Rispettare gli obblighi previsti nei Disciplinari attuativi fondi strutturali (FESR, FSC/POC, PNRR).
- 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.

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 2023 ai rispettivi centri di responsabilità. La valutazione è stata predisposta dalla Struttura Tecnica Permanente sulla base dei dati disponibili forniti dall'U.O.C. Controllo di Gestione e dalle relazioni prodotte dai Direttori / Responsabili delle strutture aziendali. Per quanto riguarda i volumi di attività e gli obiettivi assegnati alle strutture sanitarie, si è proceduto alla valutazione dei risultati secondo i criteri stabiliti dalla Direzione Sanitaria Aziendale durante la negoziazione del *budget*.

4.1 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 un'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 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 (SIAVAREA 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: Area Nord e Area Sud.

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* 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

Il Dirigente del Dipartimento, incaricato quale Coordinatore aziendale dell'ASL Lecce per l'attuazione degli interventi previsti dal livello regionale su base locale del Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025, 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 e di ogni altra attività legata al 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.

I Servizi Dipartimentali competenti per la Sicurezza Alimentare (SIAN, SIAV A, SIAV B, e SIAV C) e, per la parte di competenza, la Direzione del Dipartimento, hanno dato seguito a quanto previsto dalle procedure adottate con D.D.G. n. 352/2022 relativamente all'esazione delle tariffe previste dal D. Lgs. n. 32/2021 e dalla D.G.R. n. 1782 del 05.11.2021 in tema di finanziamento da parte degli OSA per i controlli ufficiali, ed hanno collaborato a tal fine con gli Uffici dell'A.G.R.F. aziendale.

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:

- a) monitoraggio e verifica dell'attuazione delle attività di controllo ufficiale ed altre attività ufficiali;
- b) 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 ha svolto le attività di sportello all'utenza, ripristinato a pieno regime, attraverso la gestione delle istanze e dei reclami inoltrati dai cittadini.

In esecuzione al mandato ricevuto dalla Direzione Strategica, la Direzione, con la collaborazione dei Servizi, ha prodotto bozza di proposta finalizzata alla riorganizzazione delle UU.OO.CC. dipartimentali, attraverso la centralizzazione e integrazione dei Servizi afferenti al Dipartimento, e l'omogeneizzazione degli orari di servizio per le singole aree di afferenza. I lavori sono stati avviati con riunioni del personale delle singole UU.OO.CC. e dipartimentali, per affrontare le grosse difficoltà a garantire nei vari Servizi del Dipartimento l'attività h12 legate a carenze di organico, in

particolare medico, che in alcune circostanze appaiono anche gravi. Inoltre, sempre per lo stesso motivo, sono emerse difficoltà a garantire il livello minimo di prestazioni alla persona in alcune articolazioni operative. Ciò nonostante nel corso del 2023 si è arrivati a compimento di una significativa proposta poi approvata dal Comitato di Direzione in data 07.03.2024 e formalizzata alla Direzione Strategica per gli adempimenti della stessa.

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

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

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

Nel corso del 2023, nonostante sia proseguito il pensionamento di personale medico, con conseguente depauperamento dell'organico, le attività istituzionali di Servizio sono state mantenute ad un livello adeguato, 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.

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). Le coperture per esavalente, MPR, antipneumococcica e antimeningococcica, ancorché al di sotto del valore atteso, sono da considerarsi soddisfacenti in quanto il dato risente del fenomeno della migrazione delle giovani coppie che conservano la residenza a Lecce e provincia. L'anagrafe regionale del sistema informatizzato nel calcolo del denominatore non tiene conto dei temporaneamente domiciliati in altra regione né il sistema gestionale informatizzato regionale delle vaccinazioni (GIAVA) è ancora aggiornato in *download* da AVN (Anagrafe Nazionale Vaccinale) su cui confluiscono i dati delle anagrafi vaccinali di tutte le regioni. Se nel calcolo delle coperture a 24 mesi si tiene conto dei non rintracciabili, le coperture vaccinali effettive risultano sovrapponibili a quelle medie nazionali per l'anno 2022 (anno 2023 non ancora pubblicate). Vi è da evidenziare che il fenomeno della riduzione delle coperture in età infantile si è registrato anche a livello nazionale a causa di una azione mediatica di discredito messa in atto nel periodo post pandemico. Per anti HPV alle dodicenni le coperture, pur al di sotto del valore *target*, si collocano tra i livelli più alti in Italia (doppio della media nazionale anno 2022).

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 un lieve scostamento rispetto valore *target* prefissato del 100% negli obiettivi relativi alle *performance* 2023 con riferimento al rispetto dei tempi prestabiliti per l'effettuazione delle verifiche per l'accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-assistenziali.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SISP NORD	SISP SUD
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	100% Rispetto cronoprogramma	100%	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)	92%	92%
Miglioramento indici copertura vaccinazione MRP	95%	92%	92%
Miglioramento indici copertura vaccinazione antipneumococcica	95%	91%	91%
Miglioramento indici copertura vaccinazione antimeningococcica	95%	83%	83%
Miglioramento indici copertura vaccinazione Papilloma virus	95%	77%	77%
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	3 giorni	1 giorno
Partecipazione Conferenze dei Servizi per Valutazioni Impatto Ambientale o Valutazioni Progetti ex L.241/1990	100%	95%	100%
Effettuazione su Strutture Sanitarie nei tempi previsti delle Verifiche richieste dalla Regione	100%	95%	100%

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

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) Area Nord e Sud, Strutture Complesse Centralizzate, hanno la finalità di tutelare la salubrità e sicurezza degli alimenti (con l'esclusione di quelli di origine animale) 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.

I valori degli indicatori relativi agli obiettivi dei SIAN Nord e Sud sono coerenti con quelli stabiliti dalle differenti disposizioni nazionali e regionali.

Di seguito i risultati raggiunti nel 2023:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAN NORD	SIAN SUD
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	100% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero di	100% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%

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			
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	100%	100%
Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	100% dei C.U. svolti in riscontro alle segnalazioni	100%	100%
Controlli ispettivi in materia di sicurezza nutrizionale	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Controlli ufficiali ad hoc	esecuzione di controlli in almeno 85% delle richieste di intervento	100%	100%
Controlli ispettivi in materia di acque destinate al consumo umano	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Controlli analitici (campioni) relativi alle acque destinate al consumo umano	95% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	95% attività previste	100%	100%

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

Obiettivo primario degli SPESAL Area Nord e Sud, strutture complesse centralizzate, 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). Detto risultato è stato raggiunto.

Nel 2023, nella macro Area Sud è stato realizzato il monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto in misura percentuale inferiore rispetto a quella prevista dal valore *target* (46,7% dei controlli previsti), in quanto è stata data priorità ai piani di lavoro con rischio elevato in base alla complessità dei lavori necessari alla rimozione dei materiali.

Di seguito, nel dettaglio l'insieme dei risultati conseguiti nel 2023:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SPESAL NORD	SPESAL SUD
Controlli sulle attività produttive	≥ 5% (percentuale di aziende ispezionate/ aziende con almeno un dipendente)	> 5%	> 5%
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	>100%	>100%
Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al REACH/CLP	50	>100%	>100%
Monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	18%	100%	>100%

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	>100%	>100%
Realizzazione di uno Sportello informativo anche attraverso strumenti Informatici, per ex esposti ad agenti cancerogeni	SI	SI	SI
Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente	16%	>100%	>100%
Verifica congruenza della sorveglianza sanitaria	% aziende edili vigilate sul totale	>100%	>100%
Percentuale di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento	50	> 100%	100%
Numero di aziende LEA vigilate per Rischio SLC nell'annualità di Riferimento	10	> 100%	> 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	100%	100%
Inchieste per malattie professionali e infortuni su delega dalla Procura	100% delle richieste	100%	100%
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%	100%

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 2023 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".

I SIAV A sono strutture complesse, articolati a livello centrale nel Dipartimento di Prevenzione e a livello territoriale in due Aree territoriali, Area Nord e Sud, 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 altre Unità Operative Complesse.

I valori degli indicatori relativi agli obiettivi dei SIAV A Area Nord e Sud sono coerenti con quelli stabiliti dalle differenti disposizioni nazionali e regionali.

Di seguito i risultati raggiunti nel 2023:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV A NORD	SIAV A SUD
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina)	100%	100%	100%
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%	100%
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%	5%	3%
Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	100%	100%	100%
Piano di Sorveglianza Blue Tongue	SI	SI	SI
Piano di selezione Genetica per la resistenza alla Scrapie classica degli ovini	100%	98%	100%
Piano di controllo per la paratuberculosis bovina	90%	90%	90%
Sorveglianza passiva suini per Peste Suina Africana in esecuzione di disposizioni nazionali e regionali	100%	100%	100%
Piano Nazionale integrato di sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu	99%	100%	90%
Piano di nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli	100%	98%	100%
Piano di sorveglianza nazionale Aethina tumida	100%	100%	100%
Partecipazione attiva da parte di personale afferente al SIAV A ai fini dell'attuazione in sede locale degli adempimenti regionali	> 95%	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, Area Nord e Sud, 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 fondamentalmente 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.

I valori degli indicatori relativi agli obiettivi dei SIAV B Nord e Sud sono coerenti con quelli stabiliti dalle differenti disposizioni nazionali e regionali.

Di seguito i risultati raggiunti nel 2023:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAB B NORD	SIAB B SUD
Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	> 95% di interventi effettuati/interventi previsti	100%	100%
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% dei controlli previsti attuabili *attività svolta in modo coordinato e congiunto da SIAB 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%	100%
Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	rispetto dei campioni previsti PRC per ovini e caprini	100% (ovini) 73% (caprini) *attività svolta in modo coordinato e congiunto da SIAB B Nord/Sud	
Controlli Programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute.	≥ 95% Controlli Ufficiali su Disposizione UVAC attuabili	100% dei controlli previsti attuabili *attività svolta in modo coordinato e congiunto da SIAB B Nord/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%	100%
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%	100%
Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	Garantire la gestione dei Sistemi di Allerta Notificate al Servizio 100%	100%	100%
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%	100%
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%	100%
Attività di Controllo ad hoc effettuati per richieste di altri Enti/Amministrazioni	Garantire il 100% dei controlli ufficiali non programmati	100%	100%

Attività di verifica dell'efficacia. a) tramite verifica periodica di una percentuale significativa di verbali ispezione, <i>check-list</i> , ecc. elaborati dal personale preposto ai C.U.; b) valutazione sul campo, verifica sul campo, su base annuale	Rispetto della percentuale prevista del 33%	100%	100%
--	---	------	------

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

I Servizi Veterinari di Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche, Area Nord e Sud, Strutture Complesse Centralizzate, 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.

Di seguito i risultati raggiunti nel 2023:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV C NORD	SIAV C SUD
Attività di controllo sull'alimentazione animale (PNAA)	100% dei controlli e dei campioni previsti	100%	100%
Numero dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui 2023 per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n° dei controlli previsti dal medesimo Piano	100% dei controlli previsti	100%	100%
Controlli benessere animale negli allevamenti, durante il trasporto e al macello	100% dei controlli previsti	100%	90%
Controlli allevamenti indirizzo produttivo latte (Reg. CE 852 e 853)	100% dei controlli previsti	100%	90%
Controlli allevamenti indirizzo produttivo Uova (Reg. CE 852 e 853)	100% dei controlli previsti	100%	90%
Controlli piano farmacosorveglianza in allevamento bovino, ovino e caprino	100% dei controlli previsti	100%	90%
Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	> 95% di interventi effettuati/previsti	100%	98%

Unità Operativa Semplice Dipartimentale Centro Osservazione e Monitoraggio Infortuni sul Lavoro e Malattie Professionali (COMIMP)

Compito specifico dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale COMIMP è quella di favorire l'ottimizzazione della gestione dei flussi informativi sulla salute e sicurezza del lavoro, il monitoraggio dei rischi occupazionali e degli esiti di salute sulla popolazione lavorativa, la collaborazione con i sistemi informativi (SINP, Informo, Malprof, etc) e con il Dipartimento di Promozione della Salute della Puglia e contribuire alla gestione dei sistemi di sorveglianza attiva e

passiva dei tumori professionali; nell'anno 2023 si sono raggiunti tutti gli obiettivi previsti e di seguito esplicitati.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	RISULTATI 2023
Realizzazione della corretta e completa alimentazione dei sistemi operativi di competenza, nonché l'elaborazione dei dati a livello locale in modo da garantire l'uniforme applicazione dei criteri, degli indirizzi operativi, degli obiettivi stabiliti, ma che tengano conto delle specificità dei territori delle due macro Aree Nord e Sud, e a tal fine attraverso la collaborazione delle relative Direzioni di U.O.C.	SI	SI
Garantire l'implementazione a livello locale dei sistemi di sorveglianza promossi dal centro di coordinamento regionale	SI	SI
Assicurare il supporto per lo svolgimento a livello provinciale delle funzioni del Centro Operativo Regionale ai sensi dell'art. 244 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e s.m.i	SI	SI
Effettuare indagini specifiche su problemi di rilevanza locale	SI	SI
Collaborare alla progettazione, alla realizzazione e alla valutazione degli interventi sanitari	SI	SI
Collaborare alla realizzazione delle attività di confronto e di audit delle prestazioni erogate dai Servizi di Prevenzione sul territorio	SI	SI
Partecipare alle attività di formazione e informazione sui rischi professionali indicate dal centro di coordinamento regionale e promuovere analoghe iniziative a livello locale su aspetti di specifico interesse provinciale	SI	SI
Fornire consulenza alle UU.OO. e Servizi della ASL per gli aspetti di competenza Fornire supporto alle attività degli Organismi Provinciali di cui all'art. 2, c. 3 del D.P.C.M. 21/12/2007	SI	SI
Predisporre la relazione annuale delle attività e rapporti scientifici relativi ai dati provinciali e fornire gli elementi per la pianificazione delle attività locali al Centro di Coordinamento	SI	SI
Partecipare alle attività previste dal COMIMP di livello regionale	SI	SI

Macro-area obiettivo: Sanità digitale, flussi informativi e qualità dei dati

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 2023, si assesta intorno al valore – 45, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 42828 del 01.02.2024.

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 2023 alla presentazione, gestione e realizzazione del Piano Formativo di competenza della Direzione Dipartimentale e delle singole UU.OO.CC. e all'attivazione ed alla partecipazione di corsi di formazione di competenza.

Macro-area obiettivo: Valutazione Partecipativa

Tutte le UU.OO.CC. e la Direzione del Dipartimento, ove coinvolte, hanno aderito alle iniziative aziendali sulla valutazione partecipativa.

Screening oncologici

La U.O.S.V.D. *Screening* Oncologici, afferente al Dipartimento di Prevenzione, 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 2023 la U.O.S.V.D. ha utilizzato pienamente le risorse diagnostiche e di personale impegnate nell'attività, registrando un miglioramento delle *performance* rispetto al biennio 2021-2022, per tutti e tre gli *screening* previsti relativamente all'estensione, ovvero la popolazione bersaglio invitata ad effettuare i test, e per lo *screening* del tumore del colon retto relativamente all'adesione, ovvero la popolazione che ha aderito all'invito.

Screening mammografico

Popolazione bersaglio *target* nel 2023: n. 55.068 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	32,90%	68,90%
2021	26.430	21.089	1.678	22.767	45,70%	79,80%
2022	27.340	20.998	1.395	22.393	50,15%	79,43%
2023	44.614	23.742	2.088	25.830	81,02%	57,90%

Screening cervice - uterino

Esame di 1° livello: Pap test
Popolazione bersaglio *target* nel 2023: n. 69.137 donne tra 25 e 64 anni

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	29.939	10.514	1.011	11.525	40,00%	35,00%
2021	22.198	13.647	1.183	14.830	30,00%	61,50%
2022	34.949	18.697	235	18.932	51,09%	56,85%
2023	83.164	29.169	758	29.927	120,29%	35,99%

Screening colon – retto

Esame 1° livello: FOB, Esame 2° livello: Colonscopia

Popolazione bersaglio *target* nel 2023: n. 115.321 cittadini tra 50 e 69 anni

Anno	N. inviti/lettere	N. campioni accettati	Estensione (n. inviti lettere/pop. bersaglio)	Adesione (n. esami/inviti lettere)
2021	27.301	6.456	23,77%	22,66%
2022	37.638	9.073	33,25%	24,33%
2023	86.144	22.373	74,70%	25,97%

Valutazione risultati del 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%.

4.2 Dipartimento di Assistenza Territoriale

Il Dipartimento di Assistenza Territoriale comprende i distretti socio-sanitari (DSS), 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 DSS: Campi Salentina, Casarano, Galatina, Gallipoli, Gagliano Del Capo, Lecce, Maglie, Martano, Nardò, Poggiardo.

Macro-area obiettivo: Capacità di Governo della Domanda Sanitaria

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 2023 pari a n. 531.615, superiore all'anno 2022 (n. 491.854) con uno scostamento positivo pari al 8,08%.

Nella seguente tabella si riportano i dati relativi all'attività specialistica dei distretti socio-sanitari nel biennio 2022-2023.

	n. assoluto di prestazioni nel biennio			
	2023	2022	scostamento	% di incremento
Poliambulatorio di Lecce	140318	143715	-3397	-2,42%
Poliambulatorio di Campi	43130	39551	3579	8,30%
Presidio Territoriale di Nardo'	57387	52436	4951	8,63%
Poliambulatorio di Maglie	44326	45846	-1520	-3,43%
Poliambulatorio di Galatina	29476	22262	7214	24,47%
Poliambulatorio di Martano	53590	46664	6926	12,92%
Poliambulatorio di Gallipoli	30259	25033	5226	17,27%
Poliambulatorio di Poggiardo	35478	29216	6262	17,65%
Poliambulatorio di Casarano	34955	32325	2630	7,52%
Poliambulatorio di Gagliano	62696	54806	7890	12,58%

La diversa percentuale di incremento nei distretti risente di innumerevoli variabili ed in particolare dei margini potenziali di miglioramento in relazione dell'iniziale livello di partenza e dallo stato di avanzamento delle misure di intervento preventivate.

Quest'ultimo (per certi versi insperato) risultato è in realtà frutto delle azioni intraprese in maniera strutturata, seppur in misura e tempi diversi, da tutte le strutture distrettuali.

È appena il caso di rimarcare che, perdurando il *trend* degli ultimi anni di riduzioni di specialisti cessati e non sostituiti, i vantaggi derivanti dal miglioramento della gestione saranno inficiati dalla riduzione dell'offerta.

Grazie al nuovo sistema di rendicontazione e con l'aggiornamento P.A.A. delle liste di attesa, l'obiettivo dei prossimi mesi sarà quello di consolidare i risultati raggiunti e dare una risposta quanto univoca e ben organizzata possibile sul territorio a tutti i cittadini.

Analizzando le prestazioni totali, ricordiamo che l'erogato proposto è la pura attività svolta dalle strutture dell'ASL Lecce, non essendo ricomprese all'interno le prestazioni effettuate dal privato accreditato, la cui rendicontazione viaggia con canali regionali differenti.

In riferimento ai dati del Cruscotto aziendale, sono stati presi in considerazione gli anni 2022 e 2023 suddivisi in semestri.

Sono state valutate le attese per le singole priorità e successivamente per tutte le prestazioni.

Dall'analisi condotta, si conferma l'assenza di criticità sul soddisfacimento delle prestazioni in regime di priorità U (Urgente, prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore).

Per le prenotazioni in priorità Breve (10 giorni), le prestazioni di competenza territoriale risultano tutte in fascia verde (percentuale di soddisfacimento > 89%).

Inoltre nella tabella seguente sono riportati i miglioramenti specifici condotti nell'ambito delle prime visite a 30 giorni, frutto della ricontrattazione di *budget* tra le macrostrutture aziendali, soprattutto territoriali, e la direzione strategica.

L'offerta di visita prioritaria classe D (Differibile, prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici), risulta aumentata di 4.946 prestazioni. In questo modo si ritiene raggiunto l'obiettivo dichiarato nei precedenti tavoli di concertazione, ovvero l'incremento significativo delle visite in priorità Differita.

Percentuali di soddisfacimento e prenotazioni totali per ASL Lecce nei semestri degli anni 2022 e 2023								
PRESTAZIONI DI PRIMA VISITA PER BRANCA SPECIALISTICA	2° semestre 2023		1° semestre 2023		2° semestre 2022		1° semestre 2022	
	TOTALE PRENOTAZIONI	PERCENTUALE ENTRO IL TEMPO MASSIMO	TOTALE PRENOTAZIONI	PERCENTUALE ENTRO IL TEMPO MASSIMO	TOTALE PRENOTAZIONI	PERCENTUALE ENTRO IL TEMPO MASSIMO	TOTALE PRENOTAZIONI	PERCENTUALE ENTRO IL TEMPO MASSIMO
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1079	29%	1045	28%	810	19%	710	15%
PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	45	49%	52	62%	8	13%	4	75%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	837	24%	683	27%	562	10%	518	15%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA	616	39%	468	53%	301	31%	374	28%
PRIMA VISITA OCULISTICA	586	42%	460	49%	352	22%	390	21%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	718	64%	665	59%	463	38%	491	40%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	319	50%	285	57%	182	36%	240	44%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	1292	42%	889	44%	769	16%	774	30%
PRIMA VISITA UROLOGICA	203	58%	183	66%	148	53%	150	43%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	1241	41%	1071	40%	780	21%	762	26%
PRIMA VISITA FISIATRICA	803	65%	646	82%	423	65%	529	74%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	304	31%	299	27%	239	18%	196	28%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	40	95%	21	43%	15	13%	22	27%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	491	29%	503	28%	347	18%	339	19%

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 DSS 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.

ASL LECCE: Assistenza in gravidanza nei CONSULTORI FAMILIARI				
ANNO 2023				
DISTRETTI S. S.	Num Gravidanze Assistite	di cui donne straniere	Incontri Accompagnamento Nascita (IAN)	
			Numero * Partecipanti	di cui donne straniere
LECCE	409	164	289	10
CAMPI S.	81	23	81	0
NARDO'	122	27	95	0
MARTANO	41	10	121	0
GALATINA	108	21	122	18
MAGLIE	181	44	140	0
POGGIARDO	53	46	0	0
GALLIPOLI	32	3	53	0
CASARANO	93	9	104	0
GAGLIANO	40	13	89	1
ASL LECCE Tot. ANNO 2023	1160	360	1094	29

* Il numero delle primipare è superiore all'80% delle partecipanti

Macro-Area obiettivo: Assistenza Sanitaria Territoriale

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 affinché l'Azienda Asl Lecce potesse presentare i progetti da realizzare con finanziamenti PNRR, in particolare per la programmazione degli interventi previsti dalla Misura 6 C1 (Reti di prossimità, ricerca e digitalizzazione e telemedicina per l'assistenza territoriale) e C2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN).

Ricoveri in Ospedale di Comunità

Nella Asl Lecce sono attivi gli Ospedali di Comunità di Campi Salentina e Nardò, con disponibilità, rispettivamente, di n. 6 e n. 15 posti letto nell'anno 2023.

L'Ospedale di Comunità del DSS Campi Salentina nell'anno 2023 ha registrato un numero di ammissioni pari a 88 (n. 85 nel 2022) per un numero di giornate di degenza pari a 2.294.

L'Ospedale di Comunità del DSS di Nardò, già accreditato a livello regionale, nell'anno 2023 ha registrato un numero di ammissioni pari a 146 (n. 129 nel 2022), per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 3.368.

Tutte le richieste di ricovero nei due Ospedali di Comunità sono state soddisfatte, il tasso di utilizzo dei posti letto è stato pari al 100%.

L'Assistenza Domiciliare

Per quanto riguarda l'ADI (assistenza Domiciliare Integrata) e l'Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADP con SVaMA) sono riportati i dati complessivi per il 2023, 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 ai dati dell'ADI anche quelli delle ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) con SVaMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Anziane).

Nello specifico per l'anno considerato, il numero totale di assistiti anziani (> 65 anni) con valutazione in cure domiciliari risulta pari a n. 23.563 nel complesso dei Distretti, corrispondente al valore del 11,87% rispetto alla popolazione *target* (198.473 al 1° gennaio 2023). Per tutti i distretti risulta raggiunto l'obiettivo con il superamento del valore *target* > 7,06%, stabilito dalla regione Puglia con la sopracitata nota.

L'Assistenza residenziale e semi-residenziale

La Porta Unica di Accesso (PUA) garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, 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, 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 sociosanitarie 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 cronicodegenerative, 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. n. 4/2007 (ex artt. 57, 58, 60, 60 ter e 66) e al R.R. n. 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.

Relativamente all'area anziani non autosufficienti, nel corso dell'anno 2023, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 46 RSA per soggetti non autosufficienti (ex RSSA art. 66 R.R. n. 4/07 e ex RSA R.R. n. 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. n. 4/07 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA R.R. n. 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, 60 *ter* e 70 e 70 *bis* del R.R. n. 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 psicosociali a bassa e media intensità assistenziale). Nel corso dell'anno 2023, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 11 RSA per disabili (ex Comunità socioriabilitative art. 57 R.R. n. 4/2007 e RSSA disabili art. 58 R.R. n. 4/2007) per un totale di n. 190 posti letto nonché servizi semiresidenziali in 23 Centri diurni per disabili (ex art. 60 R.R. n. 4/07) per ulteriori n. 542 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati.

Ad oggi, il percorso di conferma delle autorizzazioni all'esercizio e rilascio degli accreditamenti, seppur avviato dalla Regione Puglia, non si è ancora del tutto concluso e, pertanto, a fronte dei provvedimenti di accreditamento rilasciati dai competenti Uffici Regionali per l'anno 2023 si è proceduto prontamente alla contrattualizzazione, secondo lo schema tipo di accordo contrattuale ai sensi dei R.R. n. 4 e 5 del 2019, delle seguenti strutture:

- a) n. 26 Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti (ex art. 66 R.R. n. 4/2007);
- b) n. 3 Strutture semiresidenziali Centro diurno Alzheimer (ex art. 60 *ter* R.R. n. 4/2007);
- c) n. 2 strutture residenziali per disabili (ex art. 57 e 58 R.R. n. 4/2007);
- d) n. 4 strutture semiresidenziali Centri Diurni per disabili (ex art. 60 R.R. n. 4/2007).

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 2023, sono stati assicurati servizi residenziali in 34 Strutture sociosanitarie ex artt. 70 e 70 *bis* del R.R. n. 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. tramite le associazioni convenzionate con ASL LE (Amo Puglia, ANT, AIL, LILT). Nel 2023 i casi trattati sono stati complessivamente n. 1.209 per un totale accessi pari a n. 20.851, come dettagliatamente riportato nella tabella seguente.

ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA ANNO 2023		
DSS	N. ASSISTITI	N. ACCESSI
CAMPI S.	288	6.430
CASARANO	51	613
GAGLIANO	83	1.362
GALATINA	97	1.536
GALLIPOLI	31	442
LECCE	263	4.855
MAGLIE	78	543
MARTANO	25	404
NARDO'	222	3.717
POGGIARDO	71	949
TOTALE	1.209	20.851

Compatibilmente con la disponibilità dei posti letto in dotazione ai due *hospice* di riferimento per il territorio aziendale (*hospice* di Tricase ed *hospice* di San Cesario), tutti i DSS 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.

Per lo *screening* considerato per l'anno 2023 gli inviti sono stati estesi all'80% della popolazione *target*, con il 43% di adesione sul territorio.

Tutti i distretti hanno reso disponibile l'offerta per il 100% dell'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

Con nota prot. n. 202526 del 26.04.2024, la Regione Puglia ha attestato, per l'anno 2023, lo scostamento (in valore assoluto e percentuale) della spesa farmaceutica convenzionata che concorre al tetto rispetto al tetto di spesa convenzionata assegnato, da cui si evince che la spesa farmaceutica convenzionata della ASL di Lecce è all'interno del tetto stabilito con uno scostamento del - 1,59%.

Tutti i distretti hanno contribuito al raggiungimento dell'obiettivo strategico di contenimento della spesa entro il tetto, con una riduzione della stessa rispetto all'anno precedente, come si evince dalla tabella seguente, sebbene la spesa pro-capite lorda supera il valore *target* di € 165.

Distretto Socio Sanitario	Imp. Lordo procapite pesato 2022	Imp. Lordo procapite pesato 2023	Scostamento 2023-2022	Scostamento %
DSS Lecce	177,1€	172,1€	-4,99 €	-2,82%
DSS Campi	189,7€	184,8€	-4,90 €	-2,58%
DSS Nardo	182,5€	179,8€	-2,62 €	-1,43%
DSS Martano	191,1€	188,8€	-2,36 €	-1,23%
DSS Galatina	185,8€	183,0€	-2,83 €	-1,52%
DSS Gallipoli	187,8€	184,6€	-3,24 €	-1,72%
DSS Maglie	185,2€	182,1€	-3,07 €	-1,66%
DSS Poggiardo	197,3€	194,4€	-2,88 €	-1,46%
DSS Casarano	179,5€	176,3€	-3,21 €	-1,79%
DSS Gagliano	188,0€	188,4€	0,36 €	0,19%

Per la spesa protesica, nell'anno 2023, 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 euro 28.497.012,44 per una popolazione totale di 770.078 residenti. Lo sfioramento rispetto a "tetto DSS/popolazione totale" (euro 19.608.351,40) è pari ad euro 8.888.661,04.

ASSISTENZA PROTESICA - INTERO ANNO 2023																							
CdC Destinatario	Ass.za protesica tramite strutture private - 7061150005 (Fatturato)	Mater. Protesico forn. Diretta - 70010000105 (Consumato)	Mater. Protesico forn. Diretta - 70010000105 (fatturato - non transitato da magazzino)			TOT COMPLESSIVO	Popolazione TOT	>64aa	Ass.za prot.da priv./pop tot	Ass.za prot.da priv./pop >64aa	comp/64aa	comp/>64aa	screening/pop tot	screening/pop >64aa	Altre ditte / >64a	tot/pop tot	tot/pop >64aa	tetto DSS/pop tot	tetto DSS/pop >64aa	sfioramento rispetto a tetto pop tot	sfioramento rispetto a tetto pop >64aa		
			Ditta Serenità	Altre ditte *	TOTALE																		
A210 - DSS LECCE	2.854.800,58	1.670.894,43	1.058.139,00	-	1.058.139,00	5.583.834,01	176.401	42.470	16,18	67,22	9,47	39,34	6,00	24,91	-	-	31,65	131,48	4.491.665,51	4.198.301,47	1.092.168,50	1.385.532,54	
A211 - DSS CAMPI	1.591.109,95	884.990,51	1.017.664,73	297,22	1.017.961,95	3.494.062,41	82.682	23.388	19,24	71,07	10,70	39,53	12,31	45,46	0,00	0,01	42,26	156,07	2.105.316,23	2.213.128,64	1.388.746,18	1.280.938,77	
A212 - DSS NARDO	1.749.847,77	756.814,99	636.346,69	-	636.346,69	3.143.009,45	90.410	22.262	19,85	78,04	8,37	34,00	7,04	28,58	-	-	34,76	141,18	2.302.052,84	2.200.673,12	840.916,61	942.236,20	
A213 - DSS MARTANO	742.761,72	393.539,81	390.511,54	-	390.511,54	1.526.813,07	46.288	12.767	16,05	98,18	8,50	30,82	8,44	30,59	-	-	32,99	119,59	1.178.622,65	1.262.060,63	348.190,43	264.752,45	
A214 - DSS GALATINA	1.014.618,27	525.758,49	395.770,91	1.717,58	397.488,49	1.937.865,25	57.199	15.244	17,74	66,56	9,19	34,45	6,92	25,96	0,03	0,11	33,88	127,12	1.456.447,39	1.506.920,36	481.417,86	430.544,80	
A215 - DSS MAGLIE	1.132.956,18	596.753,44	385.331,15	-	385.331,15	2.115.040,77	52.449	14.264	21,60	79,43	11,38	41,84	7,35	27,01	-	-	40,33	148,28	1.335.499,03	1.410.044,08	779.541,74	704.996,69	
A216 - DSS POGGIARDO	1.024.851,08	496.112,10	474.862,35	-	474.862,35	1.995.825,53	42.666	12.316	24,02	88,21	11,63	40,28	11,13	38,56	-	-	46,78	169,05	1.086.396,34	1.217.477,77	909.429,19	778.347,26	
A217 - DSS GALLIPOU	1.283.622,17	544.536,70	495.939,81	-	495.939,81	2.324.098,68	70.893	18.004	18,11	71,30	7,68	30,25	7,00	27,55	-	-	32,78	129,09	1.805.135,14	1.779.755,09	518.963,54	544.343,02	
A218 - DSS CASARANO	1.368.519,24	761.097,53	554.951,15	-	554.951,15	2.684.567,92	69.237	17.132	19,77	79,88	10,95	44,43	8,02	32,39	-	-	38,77	156,70	1.762.968,72	1.693.555,47	921.599,20	991.012,45	
A219 - DSS GAGLIANO	2.064.869,38	727.279,57	899.746,40	-	899.746,40	3.691.895,35	81.853	21.511	25,23	95,99	8,89	33,81	10,99	41,83	-	-	45,10	171,63	2.084.207,56	2.126.434,26	1.607.687,79	1.565.461,00	
tot dsr	14.827.956,34	7.357.777,57	6.309.269,73	2.014,80	6.311.278,53	28.497.012,44	770.078	198.358	19,26	74,75	9,55	37,09	8,19	31,81	0,00	0,01	37,01	149,66	19.608.351,40	19.608.351,40	8.888.661,04	8.888.661,04	
tetto di spesa ASL - DGR 1514/2019 - ANNO 2023	20.323.350,00	Spesa (terr+osp) complessiva 2023	29.212.011,04			TOTALE ANNO 2023																	
consumato_osp	714.998,60	Differenza su tetto x ASL LE	8.888.661,04			spesa complessiva 2022 (da Bilancio)																	
tetto di spesa dsr	19.608.351,40					differenza																	
						diff. %																	
						Tetto di spesa anno 2023 - DGR 559/2021																	
						20.323.350,00																	
						differenza																	
						8.888.661,04																	
						diff. %																	
						43,34%																	

In tutti i distretti si registra lo sfioramento dei valori *target* stabiliti, pur precisando 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.

Macro-Area obiettivo: Sanità digitale, flussi informativi e qualità dei dati

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) n. 6 distretti su 10 (ad eccezione dei distretti di Lecce, Poggiardo, Casarano e Gagliano) 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 dei distretti socio-sanitari

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 socio-sanitari, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

4.3 Il governo delle liste di attesa

Analisi dei tempi di attesa *ex ante* ed *ex post*

Da circa tre anni nella ASL di Lecce viene condotta un'analisi accurata per il governo delle liste di attesa che ha evidenziato e, progressivamente migliorato, le criticità che insistono nel nostro sistema di erogazione delle prestazioni specialistiche.

In una prima fase, mediante tavoli di concertazione sindacale e tavoli tecnici, sono stati individuati i motivi e le cause del peggioramento delle attese registrati dopo il periodo pandemico.

Questo processo ha determinato un cambio di *vision* utile alla pianificazione di possibili interventi correttivi.

Le maggiori criticità riscontrate sono riconducibili a tre macro-argomenti:

- a) assenza di adeguati flussi informativi;
- b) domanda di prestazioni sanitarie superiore all'offerta generata;
- c) notevole presenza di richieste inappropriate dal punto di vista delle priorità e dei quesiti diagnostici.

a) Assenza di adeguati flussi informativi

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.

Nel triennio è stato costruito un sistema di rendicontazione delle prestazioni più efficiente ed efficace nel fornire dati e informazioni utili al rimaneggiamento immediato delle agende e all'incremento dell'offerta, tenendo sempre presente il concetto di prossimità.

Tra i *report* elaborati sulla piattaforma aziendale CUP (WBS) si evidenziano:

- tabelle e grafici con il tasso di saturazione delle agende: utili per valutare se tutte le agende disponibili siano adeguatamente saturate, con particolare attenzione per le agende esclusive destinate ai controlli e alla presa in carico dei pazienti;
- report delle prestazioni per medico e macrostruttura: attraverso tale *report* prima con estrazioni mensili e poi con estrazioni trimestrali e semestrali, si è potuto valutare la produttività degli specialisti mediante il calcolo delle prestazioni effettuate per ogni ora di lavoro;
- report con *drop out* per la valutazione delle registrazioni dirette: tale *report* valuta per ogni struttura la percentuale di inserimenti di prestazioni in registrazione diretta. Per tutte quelle strutture con percentuale superiore al 30% (consentita anche dai parametri AGENAS) sono state esaminate le motivazioni in merito alla registrazione, appurando che si tratta per lo più di completamenti diagnostici e prestazioni di controllo.

Accanto ai *report* ed indicatori sopracitati ed ormai utilizzati da tutti i referenti / responsabili dei poliambulatori, sono stati implementati anche i *report* per la valutazione macro a livello aziendale, definiti dal nucleo operativo ristretto (CUP Aziendale, Controllo di Gestione e RULA), tendenti all'omogenizzazione dell'offerta territoriale:

- schema per la valutazione dei tempi di attesa *ex ante* dell'ASL Lecce: nel monitoraggio *ex ante*, la rilevazione è fornita dal CUP Aziendale con cadenza mensile e con dati aggregati a seconda dei periodi richiesti;
- schema per la valutazione dei tempi di attesa *ex ante* ASL Lecce tramite cruscotto Puglia Salute: gli stessi *format* estrapolati dal CUP aziendale vengono regolarmente trasmessi alla

Regione Puglia che, rielaborando il dato, permette un confronto con le altre ASL Regionali. Inoltre viene calcolata la percentuale di soddisfacimento, nei tempi previsti, delle prestazioni, classificate in:

- fascia rossa da 0 al 49% del soddisfacimento dei tempi;
 - fascia gialla dal 50 all'89 % del soddisfacimento dei tempi;
 - fascia verde dal 90 al 100% del soddisfacimento dei tempi.
- monitoraggio *ex post* prestazioni prenotate presso l'ASL Lecce (prestazioni eseguite): tramite il CUP aziendale è stato prodotto e vagliato, un monitoraggio *ex post* di tutte le prestazioni effettuate dall'ASL Lecce confrontati con le prestazioni effettuate negli stessi periodi dell'anno precedente (gennaio - dicembre 2023 vs 2022).

b) Domanda di prestazioni sanitarie superiore all'offerta generata

In attuazione della D.G.R. n. 262/2023, che ha definito i nuovi obiettivi che devono essere perseguiti dalle strutture sanitarie aziendali, è stato predisposto l'aggiornamento del Programma Attuativo Aziendale per il Recupero e Governo delle Liste di Attesa, prevedendo i seguenti interventi realizzati nel corso del 2023:

- Organizzazione di azioni per la bonifica delle visite di controllo in agenda pubblica

L'analisi svolta sulla tipologia di domanda che afferisce alle agende di prenotazione pubblica di ASL Lecce, ha evidenziato che parte degli slot destinati alle prime visite sono saturati da prestazioni di controllo, che in quanto tali, non dovrebbero essere prenotate a CUP con impegnativa del MMG, ma gestite direttamente dallo specialista.

Il percorso virtuoso messo in atto negli ultimi anni consiste nella prenotazione diretta della prestazione in liste esclusive, liberando quindi spazi in agenda pubblica, utili alla riduzione delle attese.

Dall'analisi condotta è emerso un generale decremento della prenotazione di prestazioni di visita di controllo (cod. 89.01) nelle agende pubbliche, passando da n. 88.039 prenotazioni di controllo presenti nel 2021 a n. 53.359, con un decremento progressivo maggiore del 40%.

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

Al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni codificate con il codice B e D, è stata consolidata nel tempo una procedura che prevede la predisposizione di liste di prossimità per la presa in carico dei pazienti, che non trovano risposta con gli ordinari canali di prenotazione nei tempi previsti.

Previo accordo con gli specialisti e con il responsabile del poliambulatorio e di macrostruttura, si sono progressivamente organizzate sul territorio delle "agende esclusive" per branca specialistica che vengono saturate con regolare prenotazione di prestazioni di visita o strumentali prioritarie (agende *tutor*).

Si tratta di un sistema inizialmente complesso che prevede la formazione di specialisti ed operatori CUP del territorio interessato, per garantire l'inserimento nelle agende solo delle prestazioni appropriate (secondo quanto definito dal manuale R.A.O.).

- Recupero di slot ad iso-risorse per macrostruttura, mediante *recall* degli assistiti

Al fine di recuperare ad isorisorse disponibilità orarie, il CUP Aziendale ha svolto un'analisi, per ogni distretto, dei pazienti che pur essendo prenotati per le branche specialistiche oggetto di

monitoraggio, non si sono presentati, confermando la possibilità di programmare, con un *overbooking* ragionato, un incremento medio del 3% su tutti i distretti aziendali.

c) Presenza di richieste inappropriate dal punto di vista delle priorità e dei quesiti diagnostici

La produzione di una domanda superiore all'offerta disponibile rappresenta la maggiore criticità del sistema, generata soprattutto da prescrizioni non sempre correlate al corretto quesito diagnostico secondo i criteri R.A.O..

Tutti gli interventi fino ad ora elencati e messi in campo sono stati in realtà rivolti in ultima analisi all'incremento dell'offerta.

Da luglio 2022 il gruppo tecnico ha iniziato anche a organizzare interventi volti al contenimento della domanda, o quanto meno ad una corretta prescrizione.

In tutti i distretti sono state promosse campagne di sensibilizzazione per la prescrizione delle corrette impegnative sia nei tempi che nei quesiti diagnostici:

- sono stati inviati *remainder* a mezzo mail ai M.M.G. rispetto all'utilizzo del manuale R.A.O. per le prescrizioni negli idonei tempi di attesa;
- sono stati effettuati interventi estemporanei *ad personam*, nei quali il referente del poliambulatorio si è interfacciato con il M.M.G. per la corretta prescrizione utilizzando le segnalazioni di inappropriatezza dello specialista o del retro-sportello del CUP;
- sono stati organizzati interventi di piccoli gruppi per aggiornare i M.M.G., rispetto ai nuovi percorsi e alle modalità di presa in carico offerte dal territorio.

Nella tabella seguente si riportano le principali azioni poste in essere e i risultati raggiunti:

Criticità rilevate	Azioni poste in essere	Obiettivi raggiunti
Assenza di adeguati flussi informativi	Incontri tra il nucleo operativo ristretto (CUP Aziendale, Controllo di Gestione, Gestione Flussi informativi e RULA) per la creazione di report di rendicontazione	Schema per la valutazione dei tempi di attesa ex ante dell'ASL Lecce; Schema per la valutazione dei tempi di attesa ex ante ASL Lecce tramite cruscotto Puglia Salute.
	Riunioni tra i Distretti Socio Sanitari, tendenti all'omogenizzazione dell'offerta territoriale	Monitoraggio ex post delle prestazioni prenotate presso l'ASL Lecce (prestazioni eseguite); Statistica delle prestazioni erogate per specialista; Tasso di occupazione delle agende per priorità (indice di saturazione*); Indice di registrazione diretta**.
Domanda di prestazioni sanitarie superiore all'offerta generata	Miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio.	Riduzioni delle prestazioni in fascia "rossa" rendicontate sul cruscotto regionale dei tempi per l'anno 2023; Incremento delle percentuali di soddisfazione per fascia rossa e fascia gialla del cruscotto.
	Rimodulazione dell'offerta e ottimizzazione dei tempi di esecuzione delle prestazioni, nonché degli orari di servizio per le branche di specialistica ambulatoriale;	Per l'anno 2023 aumento del 15.45% delle prestazioni erogate dalla ASL Lecce rispetto al 2022. Sono state effettivamente erogate con le sole risorse aziendali n. 534.862 prestazioni a fronte delle 452.250 effettuate nel 2022.
	Incontri con i responsabili di macrostruttura per la programmazione di un generale aumento dell'offerta e una più idonea collocazione delle richieste a CUP	Aumento dell'offerta CUP del 10.11% con il passaggio da n. 351.085 prestazioni prenotate nel 2022 a n. 390.563 per il 2023; Effettuazione dell' <i>overbooking</i> per le visite prioritarie che non trovano collocazione negli adeguati tempi di attesa; Aumento del numero di prestazioni effettuate nei Distretti.
Consistente presenza di controlli in agenda pubblica	Incontri con i responsabili di macrostruttura per la riorganizzazione delle agende	Implementazione delle agende esclusive di controllo per la presa in carico delle patologie croniche.
Notevole presenza di richieste inappropriate dal punto di vista delle priorità e dei quesiti diagnostici	Incontri con i responsabili di macrostruttura per organizzare eventi formativi con la medicina territoriale	Incremento degli incontri informativi singoli o di gruppo tra i referenti dei poliambulatori di macrostruttura, MMG e specialisti territoriali.
* tasso di occupazione delle agende = numero di appuntamenti prenotati nell'agenda/ numero di appuntamenti totali disponibili nell'agenda stessa		
** Indice di registrazione diretta = numero di prestazioni rendicontate in registrazione diretta/ totale delle prestazioni erogate		

4.4 Dipartimento di Salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è Dipartimento Strutturale della ASL Lecce, opera secondo il modello della Salute Mentale di Comunità e nel rispetto del principio della continuità terapeutica. Il DSM 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.

La relazione è redatta sulla base dei dati di *performance* 2023 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 e Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare), afferenti al Dipartimento Salute Mentale.

Centri di Salute Mentale

La rete dei Centri di Salute Mentale afferenti al Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce 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 01.01.2023
Lecce	176.401
Campi S.na	82.682
Casarano	69.237
Galatina	57.199
Gagliano del Capo	105658 (cui afferiscono anche i comuni di Melissano, Racale,
Gallipoli	47.088 (eccetto i Comuni di Melissano, Racale, Alliste, la cui
Maglie	52.449
Martano	44.442
Nardò	90.410
Poggiardo	42.666
Totale	770.078

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

- CSM Lecce
- CSM Campi S.na
- CSM Nardò – Galatina
- CSM Calimera – Maglie – Poggiardo

- CSM Casarano – Gallipoli
- CSM Gagliano del Capo

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Relativamente ai dati sull'utenza, tutti i CSM hanno assicurato la presa in carico dei pazienti provenienti dal territorio di riferimento superando il valore *target* del numero di utenti in carico fissato in misura $\geq 10,82$ per mille abitanti.

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.

Neuropsichiatria infantile

La UOC Neuropsichiatria infantile (N.P.I.) 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 2023, ha preso in carico, su 1000 residenti <18 anni, 38 utenti minorenni affetti da patologia psichiatrica, in incremento rispetto alla *performance* 2022, pari a 31,25.

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

Centro per la Cura e la Ricerca dei Disturbi del Comportamento alimentare

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Il Centro ha assicurato la valutazione e la presa in carico dei soggetti affetti da DNA con adeguati percorsi assistenziali ambulatoriali, semiresidenziali (DH) e residenziali (invii in Strutture del privato accreditato) secondo gli indirizzi regionali.

Nel corso del 2023 sono stati seguiti n. 252 utenti (registrati sul SISM) a cui sono state erogate n. 852 prestazioni; sono stati inoltre seguiti in regime di DH n. 135 utenti con n. 3.382 accessi.

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

Tra gli obiettivi conseguiti dal DSM a livello aziendale 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. Tra gli obiettivi di *performance* conseguiti dai servizi ospedalieri (S.P.D.C.) si evidenzia la riduzione dei ricoveri ripetuti e dei T.S.O.

Di seguito si riportano i risultati dell'anno 2023, rapportati a quelli dell'anno 2022:

- degenza media ricoveri ordinari: 12,50 (vs. 11,59 nel 2022);
- % di ricoveri ripetuti (re – ingressi in S.P.D.C.) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione su totale ricoveri: 4,82% (vs. 9,41% performance 2022);
- numero di T.S.O. a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente: 13,75 (vs. 16,02 performance 2022).

Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

Tra gli obiettivi prioritari stabiliti dalla Regione per le aziende sanitarie, vi è la riduzione dei ricoveri inappropriati, al fine di garantire il miglioramento della qualità delle cure ed il contenimento dei costi dell'assistenza. L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatazza" (Griglia LEA) rileva per i servizi ospedalieri a gestione diretta (S.P.D.C.) valori di gran lunga sotto la soglia di 0,21, attestandosi tra 0,04 e 0,12.

Macro-area obiettivo: Sanità Digitale Sanità digitale, flussi informativi e qualità dei dati

Le prestazioni effettuate dai C.S.M. e dagli altri servizi territoriali vengono inserite nel Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), del Ministero per la Salute. I servizi ospedalieri utilizzano regolarmente il sistema EDOTTO sia per le attività di ricovero (SDO) sia per le consulenze interne e l'assistenza farmaceutica.

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

Il DSM ha pianificato la propria attività perseguendo l'equilibrio economico – finanziario della gestione e nel rispetto dei vincoli del *budget* assegnato, sia con riferimento alle risorse direttamente gestite, sia attraverso la qualificazione della spesa in termini di volumi e tipologia delle prestazioni di riabilitazione psicosociale erogate dal privato accreditato. Il dipartimento ha, altresì, provveduto tempestivamente 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, nell'anno 2023 si assesta intorno al valore -31, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 42828 del 01.02.2024.

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 2023 all'attivazione ed alla partecipazione di corsi di formazione *ad hoc* secondo il piano formativo aziendale.

Valutazione risultati del 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.V.D. di Copertino: Ser.D. di Copertino, Ser.D. di Nardò e Ser.D. di Campi Salentina;
 - U.O.S.V.D. di Galatina: Ser.D. di Galatina e Ser.D. di Martano;
 - U.O.S.V.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 d'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, 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.

Nell'anno 2023 i nuovi utenti presi in carico dai servizi ammontano a 514 (26 unità in più rispetto al 2022) per un complessivo di utenza trattata di 3.345 unità come illustrato nella tabella seguente.

T.Eta Fascia Eta	Nuovi		Utenti Gia		Totale		Totale
	Utenti M	Utenti F	Nuovi Utenti	In Carico M	In Carico F	Utenti in Carico	
1-14	2	0	2	0	0	0	2
15-19	51	4	55	41	2	43	98
20-24	60	12	72	65	18	83	155
25-29	50	11	61	112	25	137	198
30-34	67	15	82	210	42	252	334
35-39	55	15	70	257	47	304	374
40-44	47	10	57	396	52	448	505
45-49	56	15	71	472	57	529	600
50-54	45	5	50	500	46	546	596
55-59	29	7	36	326	35	361	397
60-64	15	4	19	109	13	122	141
65- >	6	3	9	49	16	65	74
Totale	483	101	584	2537	353	2890	3474
	82,7%	17,3%	16,8%	87,8%	12,2%	83,2%	

SESSO

Maschi	3.020	86,9%
Femmine	454	13,1%
3.474		

La situazione rispetto alla tipologia di sostanze d'assunzione è la seguente:

	N°	%
Tossicodipendenti	2626	76,0%
Alcolisti	506	14,7%
Gioco d'Azzardo	126	3,6%
Poliassuntori	17	0,5%
Tabagisti	14	0,4%
Farmacodipendenti	13	0,4%
Tecnologia Digitale	1	0,0%
Alimentare	0	0,0%
Problematiche familiari	3	0,1%
Doping	0	0,0%
Altro	65	1,9%
Non definito	82	2,4%

Nell'anno 2023, i servizi territoriali del Dipartimento Dipendenze Patologiche hanno effettuato le seguenti prestazioni:

	Utenti	Prest.
Colloqui	2.004	14.420
Coordinamento di rete per il paziente	253	763
Esami e procedure cliniche	2.595	32.694
Predisposizione/ revisione programma terapeutico	485	1.330
Prestazioni rivolte a organizzazione	531	5.440
Psicoterapie	479	4.826
Reinserimento	409	1.458
Relazioni prescrizioni	898	6.380
Somministrazione Farmaci	1.848	646.125
Test psicologici	209	455
Visite	799	2.366
	716.257	

I pazienti con percorso presso comunità terapeutiche ammontano a 229 unità, in linea con lo storico del Dipartimento.

La tipologia di dipendenza per trattamenti comunitari è la seguente:

PAZIENTI IN COMUNITA'	
Tossicodipendenti	183
Alcolisti	23
Gioco d'Azzardo	4
Poliassuntore	19
Farmaci	0
Totali	229

Il Dipartimento assicura assistenza, presso la Casa Circondariale di Lecce, ai detenuti con disturbo da uso di sostanza, attraverso un'equipe multi-professionale dedicata, attiva presso l'Istituto Penitenziario. Nel corso del 2023 sono stati trattati n. 545 soggetti (Italiani: 483 uomini e 21 donne – Stranieri: 40 uomini e 1 donna).

In aumento considerevole i pazienti con dipendenze patologiche e comorbidità psichiatrica in trattamento presso l'U.O.S.V.D. Doppia Diagnosi, che rappresenta un riferimento importante per i servizi del Dipartimento, per le C.T. del territorio e per i Centri di Salute Mentale. Nel corso del 2023 la suddetta U.O.S.V.D. ha avuto in trattamento 260 utenti pazienti (220 uomini e 40 donne) ai quali vanno aggiunti 18 pazienti che hanno ricevuto una consulenza specialistica.

Il servizio di Alcologia, con sede nel DSS di Gagliano del Capo, nel 2023, ha avuto in carico 92 pazienti.

Presso i due Centri Specialistici per il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (D.G.A.) e delle altre dipendenze comportamentali, con sede a Muro Leccese e a San Cesario di Lecce, sono stati trattati 126 pazienti (in aggiunta a quelli trattati dai Ser.D.), di cui 116 uomini e 10 donne. Nuovi pazienti ammontano a 58, corrispondenti al 46%.

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'equipe 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*. Tale implementazione sarà a regime nei prossimi mesi per l'imminente attivazione presso tutti servizi del Dipartimento del progetto nazionale di *screening* HCV per l'eliminazione dell'epatite C.

Dopo le difficoltà avute nel periodo pandemico, che avevano portato alla sospensione temporanea delle visite domiciliari, prelievi urinari per i controlli tossicologici e colloqui psico-socio-educativi per gli affidamenti ex articoli 89 e 94 del DPR n. 309/1990, nonché le procedure prefettizie ex art. 75 e 121, riguardanti la messa alla prova per i minori, con relativa informativa agli enti interessati (Tribunale dei Minori, Tribunale di Sorveglianza, Prefettura, USM, UDEPE), nel 2022 sono ripresi ed implementati anche nel corso del 2023 i contatti con gli altri servizi territoriali (effettuati non solo per via telematica ma anche in presenza) riguardanti i minori, spesso segnalati dall'Autorità Giudiziaria, 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).

Anche nel 2023 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 Rei-Red con l'elaborazione di progetti di inclusione per detti soggetti. Inoltre, nel corso dell'anno 2023 sono stati realizzati i seguenti progetti di prevenzione:

- Ser.D. di Lecce: Progetto “*Alcol Piacere di conoscerti*” Obiettivi: 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: Lecce: Liceo Scientifico “Banzi”, Istituto Tecnico “Grazia Deledda” – Tricase: Liceo “Stampacchia”. Operatori impegnati: Pedagogista, Psicologo - Ser.D. Lecce;
- Ser.D. di Casarano: il Ser.D. di Casarano anche nel 2023 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*”. 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.

Inoltre, il Dipartimento Dipendenze Patologiche, in attuazione del Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico, nel 2023, ha proseguito le seguenti attività progettuali sull'intero territorio aziendale:

- “*Lazzardo è fare rete*”: progetto di ricerca-intervento di prevenzione e contrasto del Gioco d'azzardo problematico e patologico avviato nel 2023, ancora in fase di attuazione, dal Dipartimento di Scienze Umane e Sociali Storia Società dell'Università del Salento. E' un progetto di ricerca sulle abitudini di gioco e sulla rappresentazione psico-sociale delle stesse avente come *target* di riferimento un campione rappresentativo della popolazione femminile e della popolazione anziana ultra-65enne residente sul territorio provinciale;
- “*Lettere d'Asard*”: progetto, rivolto alla popolazione generale, di informazione e sensibilizzazione, attraverso la letteratura e il cinema, consistente nella presentazione di 10 libri sul tema del gioco d'azzardo patologico presso i dieci distretti socio-sanitari del territorio aziendale e nella proiezione di 8 film sulla stessa tematica, con successiva discussione e confronto con i presenti. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con Il Grillo Editore e il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università del Salento;
- “*I.CA.RO - Insieme Contro l'Azzardo*”: progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d'azzardo patologico, avviato nel 2021 e in corso di realizzazione, a cura della Comunità Terapeutica “*Emmanuel*” di Lecce. Nell'anno 2023 le attività hanno coinvolto i docenti, gli studenti e i familiari di vari istituti della scuola di secondo grado;
- “*GAP#GiocaAPPiacerti*”: progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d'azzardo patologico, a cura della Comunità Terapeutica “*L'Arcobaleno*” di Lecce. Le attività hanno coinvolto i docenti, gli studenti e i familiari di vari istituti della scuola primaria e secondaria di primo grado;

- “*The winner*”: progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d'azzardo patologico, avviato nel 2021 e in corso di realizzazione, a cura della Comunità “*Emmaus 3*” di Lecce. Nell’anno 2023 le attività hanno coinvolto i docenti, gli studenti e i familiari di vari istituti della scuola di secondo grado;
- “*Gioca Pensa Vinci - Il lato sano del gioco*”: progetto a cura del Teatro Pubblico Pugliese, con programmazione di spettacoli teatrali, laboratori teatrali ed incontri di sensibilizzazione presso diversi Comuni e Istituti scolastici del territorio provinciale.

I due Centri specialistici per il trattamento del DGA hanno potenziato l'offerta di trattamento consentendo l'accesso al servizio in più giornate e in orari pomeridiani, grazie al reclutamento di due psicologi-psicoterapeuti a 18 ore settimanali e alla disponibilità degli operatori in organico ai due Centri ad effettuare prestazioni al di fuori dell'orario di servizio (con fondi a valere sulle risorse economiche del piano). Per gli utenti in trattamento per il Disturbo da Gioco d’Azzardo viene redatto protocollo diagnostico e clinico terapeutico.

Con riferimento, invece, alle problematiche relative alla dipendenza da alcool, anche nel 2023 il personale medico del Ser.D., d’intesa con il personale dei Pronto Soccorso e delle divisioni ospedaliere, ha effettuato attività di consulenza ai pazienti alcolisti con patologia indotta da alcool.

Governo dei tempi di attesa

Anche nel 2023 i Servizi del Dipartimento non hanno fatto ricorso a liste d’attesa.

Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza 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, flussi informativi e qualità dei dati

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 Dipendenze Patologiche – nell'anno 2023, si assesta intorno al valore – 47, 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 del 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 > 80%.

4.6 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione

Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Con riferimento alle strutture ospedaliere (U.O.S.V.D. V. Fazzi e Galatina), nel 2023, sono stati effettuati complessivamente n. 255 ricoveri, superando i volumi concordati, con una degenza media di 29,08 giorni (valore *target* ≤ 50 gg.) per la riabilitazione neurologica e con degenza media pari a 19,95 giorni (valore *target* ≤ 30 gg.) per riabilitazione ortopedica.

Le prestazioni ambulatoriali e di consulenza erogate dalle unità operative ospedaliere ammontano complessivamente a n. 3.649, un numero superiore ai volumi concordati in fase di negoziazione del *budget*.

Con le risorse assegnate è stato possibile procedere all'adeguamento strutturale dei posti letto in dotazione al reparto di Galatina, mentre, non è stato possibile attivare posti letto presso il P.O. di Lecce, sia per la mancanza di spazi dedicati, sia per la carenza di risorse umane.

Relativamente ai servizi territoriali, il risultato atteso dai Presidi Riabilitativi sul totale delle prestazioni per utenti in carico ai servizi a gestione diretta è stato ampiamente raggiunto. Sono state effettuate n. 76.030 prestazioni di riabilitazione presso le strutture a gestione diretta, assicurando l'abbattimento delle liste di attesa in linea con gli obiettivi del Piano Aziendale di Governo dei Tempi di Attesa; complessivamente gli utenti in carico ai servizi a gestione diretta ammontano a n. 9.977.

Per quanto riguarda i Presidi Convenzionati, nel corso del 2023, sono stati trattati n. 3.766 utenti in diversi *setting* assistenziali, per i quali sono state erogate le seguenti prestazioni: n. 81.891 accessi ambulatoriali, n. 51.937 accessi domiciliari, n. 16.769 accessi in regime semiresidenziale e n. 31.188 giornate in regime residenziale. Le strutture accreditate erogano le prestazioni sulla base di accordi contrattuali sottoscritti in attuazione alle direttive regionali, le ammissioni e la presa in carico degli utenti vengono autorizzate sulla base di piani riabilitativi individualizzati.

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

La U.O.S.V.D. Foniatria e Riabilitazione dei Disturbi della Comunicazione ha assicurato la presa in carico dei pazienti di competenza con disabilità fisiche, sensoriali o miste, secondo le disposizioni aziendali e, compatibilmente con le risorse assegnate, secondo i volumi di attività attesi. Nel corso del 2023 sono stati seguiti n. 358 utenti, di cui n. 308 con PRI ambulatoriale e n. 50 con PRI domiciliari; il numero complessivo di prestazioni erogate è stato pari a 4.038, comprensivo delle attività di valutazione specialistica strumentale erogata a domicilio (n. 572 prestazioni) e presso strutture ospedaliere (n. 57 prestazioni).

La U.O.S.V.D. Recupero e Riabilitazione del Presidio di San Cesario ha assicurato i volumi di attività concordati in sede di negoziazione del *budget* nella misura superiore all’80% con n. 285 ricoveri in DH e n. 3.410 prestazioni ambulatoriali.

L'obiettivo relativo alla integrazione multidisciplinare per il trattamento delle patologie di competenza (ad es. OSAS con ORL) è stato pienamente raggiunto grazie anche alla collaborazione con la UOC otorino del Vito Fazzi, mediante l'istituzione di un ambulatorio comune in cui vengono valutati i pazienti affetti da asma bronchiale grave e poliposi nasale, mediante consulenze mensili effettuate presso la stessa Unità ORL, già a partire da maggio 2023, con l'obiettivo di ottimizzare la terapia dell'asma con scelte terapeutiche ottimali. Inoltre è stata attivata un'ulteriore collaborazione con l'unità di ORL per i pazienti affetti da OSAS, nei quali si può effettuare una DISE. Questo tipo di attività ha consentito di migliorare la *compliance* al trattamento con CPAP e di migliorare i percorsi diagnostico terapeutici.

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

Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Al fine di assicurare interventi mirati per il contenimento dei costi dell’assistenza protesica, si è proceduto alla costituzione di una commissione aziendale per una “Ambulatorio valutazione protesica di ausili ad alta complessità” al servizio dei distretti. Nel corso del 2023 sono stati rilasciati diversi pareri su richieste ritenute non appropriate ovvero meritevoli di ulteriori valutazioni a ribasso che hanno consentito un risparmio sul *budget* aziendale dedicato alla protesica. È stata, inoltre, deliberata la procedura per il collaudo di protesi, ortesi ed ausili.

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

Il Dipartimento ha pianificato la propria attività perseguendo l’equilibrio economico – finanziario della gestione e nel rispetto dei vincoli del *budget* assegnato, sia con riferimento alle risorse direttamente gestite, sia attraverso la qualificazione della spesa in termini di volumi e tipologia delle prestazioni di riabilitazione erogate dalle strutture private accreditate.

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 Dipendenze di Medicina Fisica e Riabilitazione – nell’anno 2023, si assesta intorno al valore – 27, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 42828 del 01.02.2024.

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.

Valutazione risultati del Dipartimento di Medicina Fisica e 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 - delibera di Giunta n. 1811 del 29/05/1998), rispondendo al bisogno fondamentale di un servizio "professionale" dedicato all'emergenza/urgenza sanitaria extraospedaliera, strutturato secondo criteri di efficienza/efficacia/economicità e con l'obiettivo prioritario della verifica dei Processi. Con l'attivazione del SEUS 118 è radicalmente cambiata la "filosofia" della risposta all'allarme sanitario: non più il trasporto nel più breve tempo possibile presso l'Ospedale più vicino ma il soccorso con l'utilizzo di moderne tecnologie ed il trasporto protetto presso l'Ospedale più idoneo alla gestione della patologia presentata (*scoop and run* → *stay and play*) nel rispetto dei Protocolli Operativi e dell'EBM (*evidence based medicine*). Inoltre, è stato avviato un processo di "umanizzazione" nell'approccio al paziente critico in sede extra ospedaliera, con la valorizzazione non solo del "core-service" ma anche del "surround-service", ponendo particolare attenzione al rapporto empatico tra paziente e soccorritore.

Nel 2023, si è ridotto l'impegno procurato dall'epidemia di Covid, ma si è registrato comunque un numero di prestazioni complessive analogo all'anno precedente, a fronte di una rete di postazioni comunque sottodimensionata rispetto alle previsioni regionali (D.G.R. 1933/2016 e ss.mm.ii.).

Attività Lecce-soccorso 118 con analisi dettagliata dei soccorsi espletati

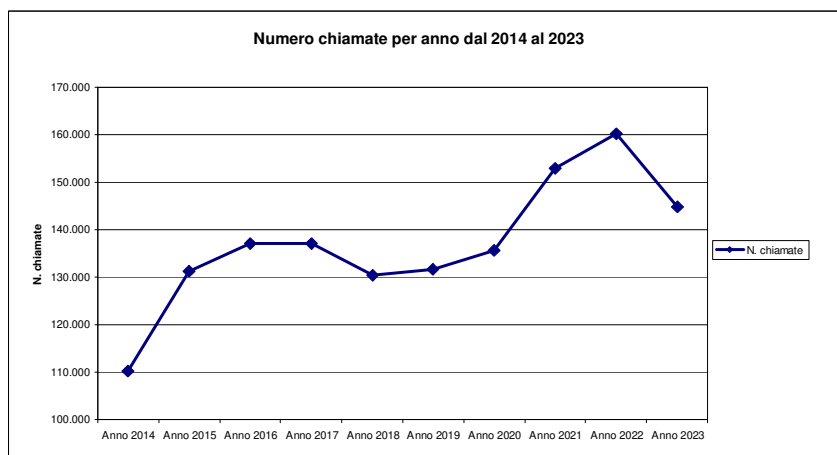
Di seguito viene analizzata l'attività prevalente della Centrale Operativa 118, inerente la gestione e coordinamento dei soccorsi in sede extraospedaliera nel territorio provinciale.

NUMERO DI CHIAMATE DAL 2019 AL 2023 PER MESE													
	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
Anno 2019	11994	9298	10211	9824	9955	11438	13492	15333	10278	10031	9445	10309	131608
Anno 2020	11532	10182	13327	9773	9675	10021	12686	15690	10745	10022	11474	10422	135549
Anno 2021	10846	9446	12664	12069	11738	13949	16817	19826	11453	10679	10817	12650	152954
Anno 2022	15571	11940	13113	12044	11661	13272	18705	16646	11209	11819	11209	13022	160211
Anno 2023	11922	10625	9332	10330	10611	12167	18197	16028	11342	11074	10623	12573	144824

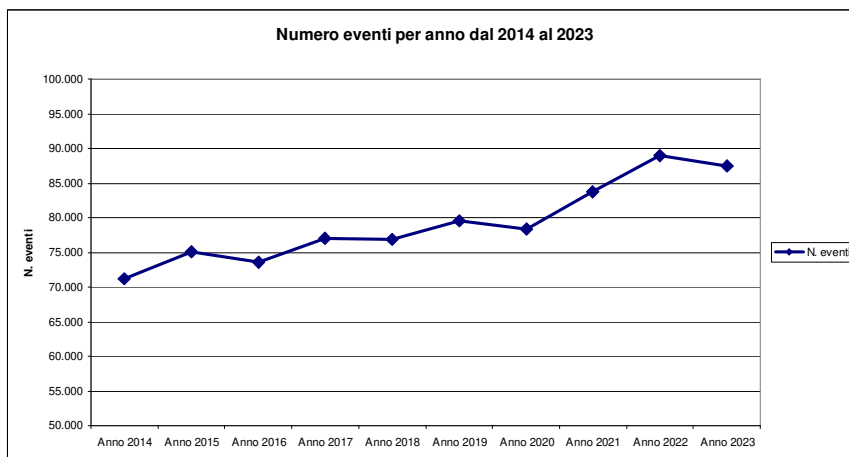
NUMERO EVENTI PER ANNO DAL 2019 AL 2023 PER MESE													
	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
Anno 2019	7344	5869	6839	6044	6146	6826	7402	8565	6189	6824	5992	6501	79541
Anno 2020	6935	6658	7146	5845	5738	6018	7300	8662	6200	6100	5748	5948	78298
Anno 2021	6060	5378	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
Anno 2023	7688	6701	6761	6666	6474	6826	9461	8716	6569	6969	6760	7895	87486

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 da' luogo a soccorso: consiglio telefonico, indirizzamento verso differenti strutture sanitarie territoriali, richieste inappropriate).

NUMERO CHIAMATE PER ANNO DAL 2014 AL 2023										
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
N. chiamate	110.237	131.177	137.061	137.061	130.342	131.608	135.549	152.954	160.211	144.824



NUMERO EVENTI PER ANNO DAL 2014 AL 2023										
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
N. eventi	71.203	75.057	73.600	77.059	76.939	79.541	78.298	83.723	88.961	87.486



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 2019							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	14	4	0	0	0	18	
Verde	559	13.110	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	11.648	4.696	75	3	16.963	
Giallo	1.666	11.538	35.206	1.795	159	50.364	96,38%
Rosso	606	781	2.969	1.954	922	7.232	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%

CONCORDANZA ANNO 2023							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	6	0	1	1	0	8	
Verde	798	15.510	5.591	136	8	22.043	
Giallo	1.881	11.642	35.593	2.211	154	51.481	96,05%
Rosso	717	740	2.534	2.020	889	6.900	78,88%

Il risultato dell'indice di concordanza per i "codici rossi" per l'anno 2023 è di 78,88%, 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 Centrale Operativa 118 incrementa nei mesi estivi per la necessità di gestire n. 8 ambulanze e n. 2 idromoto 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).

Ambulanze Estive	2019	2020	2021	2022	2023
S. CATALDO	NA	175	NA	NA	NA
CASALABATE	254	225	317	451	371
SANT'ISIDORO	358	235	104	381	378
S. MARIA AL B.	461	357	547	575	610
SAN FOCA	232	7	465	NA	498
T. CHIANGA	227	NA	303	80	335
T. DEI L'ORSO	NA	NA	NA	NA	NA
T. LAPILLO	369	342	491	478	268
T. VADO	405	35	NA	385	703
T. S. GIOVANNI	368	365	586	599	NA
SPECCHIULLA	6	NA	NA	NA	NA
IONIO	761	520	779	781	846
IDROMOTO	32	25	6	5	11

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 2023 (Cod. Rossi, 75% percentile), dimostrano un risultato coerente con il *cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2023 (18' – 23'): 18'42". 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 17' 22". Questo tempo risulta all'interno del *cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2023 (*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 2023 all'interno del *cut-off* previsto: 2'00" (*cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2023: 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 telecardiologia), 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 2023, è stata del 98,12% (*cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2023: 80% - 99%).

Per quanto attiene gli altri obiettivi strategici aziendali, il SEUS 118 ha rispettato le direttive aziendali in tema di sanità digitale, legalità, trasparenza e formazione, 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.

CENTRALE 118	Lecce
PERIODO:	Anno 2023
TOTALE EMERGENZE verificate*:	75234
TOTALE EMERGENZE verificate con criticità Rosso**:	6108

Calcolato Sul Totale Emergenza*	selettiva fatta da tablet	%	selettiva fatta da Centrale	%
PARTENZA	73406	97,57%	1828	2,43%
ARRIVO LUOGO	71640	95,22%	3594	4,78%

	TEMPI INVIO-PARTENZA	TEMPI PARTENZA-ARRIVO	TEMPI INVIO-ARRIVO	TEMPI CHIAMATA-ARRIVO	TEMPI CHIAMATA-INVIO
MEDIA**	00:03:10	00:11:13	00:14:23	00:16:14	00:01:52
MEDIANA**	00:03:00	00:10:07	00:13:11	00:14:49	00:01:18
MODA**	00:03:00	00:07:32	00:13:24	00:12:01	00:00:45
PERCENTILE** 75%	00:04:00	00:14:09	00:17:22	00:18:42	00:02:00

*ATTENZIONE!!! Vengono prese in considerazione le emergenze dove TUTTE le fasi "invio", "partita" o "arrivo sul luogo" sono state inserite (e non esitate)

*per ogni emergenza viene preso in considerazione solo il primo mezzo che arriva sul luogo intervento

** Prese in considerazione le sole emergenze con criticità Rosso

La media è il rapporto tra la somma dei dati numerici ed il numero dei dati

La mediana è il valore centrale tra i dati numerici.

La moda è il valore che si presenta con maggiore frequenza.

La percentile è il valore che lascia alla sua sinistra il 75% degli elementi della distribuzione

Attività di formazione/addestramento

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 ha visto un sensibile incremento con significativa ripresa nell'anno 2022 per il parziale allentamento delle misure ed un ulteriore incremento delle attività nel 2023 (2.463 partecipanti nel 2021, 3.504 partecipanti nel 2022 e 4.083 partecipanti nel 2023). Nel 2023 si è proceduto, inoltre, previa ricognizione dei bisogni formativi del personale, alla produzione del dossier formativo e quindi del programma di aggiornamento triennale del personale della UO, prevedendo anche diverse attività formative congiunte ad altre UU.OO. per favorire l'integrazione multidisciplinare e funzionale del servizio 118.

Di seguito l'attività formativa in modalità analitica, espletata nell'anno 2023 dal centro di formazione *Leccesoccorso 118*:

RIEPILOGO ATTIVITA' FORMAZIONE 2023 "CDF LECCESOCORSO 118"				
TIPOLOGIA CORSO	EDIZIONI	ATTIVITA' INTERNA	ATTIVITA' per ESTERNI	TOTALE ALLIEVI
VERIFICA DAE AI FINI AUTORIZZ. EXTRAOSPEDALIERA	84		SI	1.144
ALS IRC	5	SI		60
PTC ADVANCED IRC	2	SI		24
EPALS IRC	2	SI		24
BLSD SANITARI IRC	35		SI	575
BLSD NON SANITARI IRCOMUNITA'	29		SI	483
BLSD NON SANITARI IRCOMUNITA' RETR	4		SI	48
BLSD NON SANITARI X ESERCITO INTERFORZE CERT. 118	4		SI	51
BLSD SANITARI RETR	21		SI	283
BLSD PEDIATRICO SANITARI IRC	15		SI	212
BLSD PEDIATRICO SANITARI RETR	13		SI	168
PTC BASE IRC	13		SI	156
PTC BASE RETR	5		SI	47
SMIT X ESTERNI	5		SI	60
CORSO PER SOCCORRITORI	2		SI	60
BLSD SANITARI ECM	25	SI		393
BLSD PEDIATRICO SANITARI ECM	11	SI		115
PTC BASE ECM	2	SI		24
PTC BASE RETR ECM	0	SI		0
SMIT ECM	3	SI		36
CORSO "PERCORSO ROSA"	4	SI		120
TOTALE	284			4.083

Attività collaterali anno 2023

- partecipazione allo studio multicentrico europeo sull'arresto cardiaco, "Survival after out-of-hospital cardiac arrest in 3 Europe - Results of the EuReCa TWO study" (continuazione per l'anno 2023);
- gestione della scorta Nazionale Antidoti nell'ambito della Difesa Civile (deposito SNA17);
- supporto nella procedura di mobilitazione dei pazienti affetti da Covid-19 con l'utilizzo dell'Alto Biocontenimento (ospedale-ospedale, casa-ospedale, ospedale-casa, elicottero-ospedale);
- partecipazione alle esercitazioni delle Capitanerie di Porto di Otranto e Gallipoli;
- attività del dott. Scardia, in qualità di referente regionale per l'Area Assistenza Ospedaliera Sub-area Emergenza Urgenza della Commissione Salute (nomina del dott. V. Montanaro - Prot. num. Puglia/AOO_005/PROT/02/02/2021/0000968);
- partecipazione ai gruppi di lavoro, ai tavoli tecnici, alle commissioni convocate dalla Prefettura di Lecce;
- attività di *bed manager* aziendale (analisi disponibilità pp.ll. flusso informativa regionale, armonizzazione dei ricoveri ospedalieri);

- attività di censimento quotidiano dei pp.ll. Covid e percentuale di occupazione, con trasmissione flusso regionale;
- componente Commissione Pubblici Spettacoli presso la Prefettura di Lecce;
- coordinamento della gestione sanitaria nel Campionato di Calcio 2023-2024, presso il GOS Stadio Comunale di Lecce;
- Implementazione del protocollo aziendale denominato “*Percorso Rosa*”.

Cura dei rapporti interistituzionali

Il Direttore della C.O. 118 si è occupato di curare i rapporti interistituzionali, con la stretta collaborazione dei Dirigenti Medici ed in particolare del responsabile della U.O.S. Gestione Integrata, in considerazione del ruolo svolto dal SEUS 118 quotidianamente in sinergia con le forze dell’ordine, i VV.F., la Prefettura, la Protezione Civile e tutte le altre istituzioni pubbliche coinvolte a vario titolo nell’ambito della sicurezza e dell’ordine pubblico. Si citano a titolo esemplificativo alcuni degli eventi in cui è stato coinvolto il SEUS 118:

- interrelazione con le seguenti istituzioni:
 - Guardia Costiera (soccorso sanitario congiunto in mare), con utilizzo di Idromoto 118 e in caso di necessità con imbarco del personale 118 a bordo di imbarcazioni della Guardia Costiera;
 - Aeronautica militare 61° Stormo Galatina;
 - Questura di Lecce;
 - Componente del G.O.S. (Gruppo per l’Ordine e la Sicurezza Pubblica, nominato con Decreto Prefettizio) presso la Prefettura di Lecce: collaborazione nella strutturazione del Piano di difesa Civile e della pianificazione delle Maxiemergenze.;
- collaborazione nella gestione dei grandi eventi, nell’ambito della Funzione II del metodo “Augustus”, adottato in ambito di Protezione Civile;
- gestione sanitaria nella fase di accoglienza e soccorso ai profughi sbarcati sulla costa salentina (Protocollo Prefettura di Lecce);
- protocollo di collaborazione con la Prefettura per la ricerca di persone scomparse;
- protocollo coordinato per la gestione del soccorso a donne oggetto di violenza;
- supporto tecnico nella attivazione di progetti Pad comunali: attivazione della Rete “*Public Access Defibrillation*”;
- aggiornamento *software* ed *hardware* di centrale: innovazione degli apparati informatici di Centrale Operativa con aggiornamento del *software* gestionale degli operatori di centrale e aggiornamento/addestramento alle nuove metodiche di acquisizione dati.

Attività di esecuzione ECG on-line

La possibilità di eseguire l’ECG ON-LINE (diagnostica da remoto iniziata nell’anno 2004) ha rappresentato il valore aggiunto nella diagnostica cardiologica a bordo dell’ambulanza ed ha reso possibile la centralizzazione più appropriata del paziente acuto presso il *target* più adeguato alla risoluzione della patologia presentata (UTIC o Emodinamica). Il numero di EGC *on-line* eseguiti sul territorio della Provincia di Lecce nell’anno 2023 è pari a 39.490.

Rete IMA/SCA per il trattamento precoce dello “STEMI”

Dal febbraio 2010 è stata realizzata la rete IMA/SCA con l’attivazione di un percorso dedicato al paziente affetto da “STEMI”, con l’abbattimento del tempo “*door to hub*”. Nell’anno 2023 il numero dei pazienti arruolati nella “rete” e trattati con Ppci (angioplastica primaria) è pari a 221 (età media 70 aa - M: 151 e F: 70), con un tempo medio *call to door* di 11’ e del percorso dedicato *call to hub* di 72’ (raccomandazioni ESC < 120’ dal *first medical contact*) con esclusione del

cosiddetto “ritardo evitabile” e centralizzazione diretta in Sala di Emodinamica (HUB), *bypassando* il Pronto Soccorso e trattamento farmacologico anticipato in Ambulanza.

Rete *Stroke* per il trattamento trombolitico precoce (trombolisi o trombectomia)

Nel rispetto della dinamica *HUB* → *SPOKE* e del più appropriato percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da “*stroke*”, già dal 2011 è stata attivata una rete di soccorso dedicata al paziente con patologia cerebro-vascolare acuta. La rete ha l’obiettivo fondamentale di ridurre il cosiddetto “ritardo evitabile” e di sottoporre il paziente alla migliore procedura possibile (trombolisi/trombectomia). In questo contesto, la *Stroke Unit*, ubicata presso il P.O. di II° liv. V. Fazzi, rappresenta l’*hub* della rete dove trasportare il paziente candidabile a trombolisi/trombectomia, nel tempo più breve possibile e comunque inferiore a 4,5 h dall’insorgere della sintomatologia (LL.GG. *SPREAD*). Nel 2023 il numero di candidati al ricovero in *Stroke Unit* trasportati dal 118 è stato di 490 pazienti (età media 73 aa - M. 276, F: 214), con tempo medio di arrivo del Mezzo 118 *call to door* di 18’ e *call to hospital* di 72’.

Attività ispettiva e di verifica presso le postazioni del volontariato: attività di verifica a campione delle Postazioni 118 affidate alle Ass.ni di Volontariato (idoneità dei locali, tenuta farmaci, condizioni dei mezzi di soccorso ecc.).

Risultati raggiunti dal Servizio di Emergenza - Urgenza

Dall’analisi dei dati e dalla relazione si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il Servizio di Emergenza-Urgenza (SEU) 118 ha perseguito gli obiettivi fissati per l’anno 2023 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

Nel corso dell’anno 2023, come si evince nella tabella seguente, presso gli ospedali a gestione diretta sono stati effettuati n. 49.015 ricoveri ordinari con un incremento di n. 3.028 ricoveri sull’anno 2022 pari al + 6,58%, e n. 4.028 ricoveri in *day hospital* con un incremento di n. 433 pari al + 12,04% sull’anno precedente.

		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	
MDC	DscMDC	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.525	2.653	1,35	1,37	9,35	9,62	62	75	173	195	0,71	0,85	2,79	2,60
02	Malattie e disturbi dell'occhio	597	611	0,71	0,69	5,99	6,56	8	7	35	25	0,51	0,56	4,38	3,57
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	867	1.206	0,68	0,65	4,23	4,02	12	10	24	25	0,39	0,38	2,00	2,50
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4.968	5.256	1,43	1,34	12,67	11,27	343	317	1.162	859	0,65	0,55	3,39	2,71
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.264	5.895	1,54	1,57	7,83	7,76	221	181	270	210	1,74	1,83	1,22	1,16
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.917	5.091	1,12	1,22	6,80	7,04	206	294	462	711	0,82	0,98	2,24	2,42
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.967	2.182	1,22	1,21	8,38	8,25	43	52	228	200	1,07	1,01	5,30	3,85
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.573	5.716	1,24	1,28	7,08	7,55	234	336	1.073	1.118	0,94	0,94	4,59	3,33
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.092	1.182	0,86	0,88	3,29	4,05	114	70	235	130	0,72	0,68	2,06	1,86
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	841	907	0,56	0,60	5,65	5,36	84	147	247	531	0,83	1,06	2,94	3,61
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.334	2.725	0,99	0,93	6,95	7,50	298	392	1.346	1.632	0,92	1,36	4,52	4,16
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	546	643	0,88	0,99	3,66	4,07	11	15	25	53	0,59	0,56	2,27	3,53
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.482	1.379	0,94	0,91	3,79	3,43	413	461	769	876	0,80	0,82	1,86	1,90
14	Gravidanza, Parto e puerperio	4.538	4.368	0,53	0,53	3,55	3,65	487	610	1.360	1.550	0,39	0,39	2,79	2,54
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.558	3.557	0,45	0,46	3,69	3,71	2	2	5	4	0,46	0,46	2,50	2,00
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	295	375	0,93	0,95	8,01	7,85	319	346	6.675	7.011	0,89	0,91	20,92	20,26
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	536	645	1,74	1,65	8,49	9,30	93	154	1.068	1.236	1,33	1,12	11,48	8,03
18	Malattie infettive e parassitarie	1.420	1.973	1,29	1,30	11,88	11,10	64	64	169	185	0,80	0,84	2,64	2,89
19	Malattie e disturbi mentali	1.111	1.207	0,73	0,73	11,32	12,23	169	158	3.073	3.432	0,62	0,62	18,18	21,72
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	56	39	0,55	0,50	9,13	7,46								
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	282	282	0,91	0,84	7,79	6,61	17	16	27	23	0,30	0,32	1,59	1,44
22	Ustioni	14	8	1,25	1,25	20,07	13,00	1	-	3				3,00	
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	678	659	0,58	0,60	5,28	5,75	356	296	1.952	1.659	0,38	0,39	5,48	5,60
24	Traumatismi multipli rilevanti	69	65	3,21	3,22	15,33	19,68								
25	DRG non classificabile	18	19	1,94	2,03	18,11	16,05								
00	Altri DRG	439	372	5,56	5,36	14,96	15,37	38	25	65	43	1,79	1,94	1,71	1,72
	Totale	45.987	49.015	1,12	1,12	7,32	7,38	3.595	4.028	20.446	21.708	0,79	0,85	5,69	5,39

Anche nelle strutture private accreditate si registra nel 2023 un incremento dell'attività in regime ospedaliero, con una produzione di n. 30.104 ricoveri ordinari pari al + 5,23% rispetto al 2022 e una produzione di n. 2.124 ricoveri in *day hospital* pari al + 42,74% rispetto al 2022.

		RICOVERI EROGATI NELLE STRUTTURE ACCREDITATE													
		RICOVERI ORDINARI						RICOVERI DAY HOSPITAL							
		Numero ricoveri		Peso medio		Degenza media		Numero ricoveri		Numero accessi		Peso medio		Accessi medi	
MDC	DscMDC	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.295	2.497	1,16	1,16	15,88	15,49	4	-	4		0,74		1,00	
02	Malattie e disturbi dell'occhio	189	176	0,80	0,76	2,25	2,42	462	479	462	479	0,79	0,81	1,00	1,00
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	868	979	0,87	0,84	2,97	2,85								
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.456	1.572	1,26	1,23	7,83	8,18								
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.236	5.381	1,86	1,81	6,08	6,03								
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.376	2.215	1,54	1,52	4,77	4,98	299	325	299	325	0,77	0,77	1,00	1,00
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.244	1.363	1,31	1,28	4,52	4,50								
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.489	3.947	1,49	1,43	7,12	6,89	2	2	2	2	0,74	0,90	1,00	1,00
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	783	825	0,88	0,89	2,85	2,65	85	127	85	127	0,64	0,68	1,00	1,00
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	465	580	0,93	0,97	3,91	3,69								
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.961	3.281	0,97	0,99	3,58	3,59								
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	675	642	1,08	1,11	4,30	3,95	-	5		5	0,66		1,00	
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.097	1.258	1,02	1,02	2,42	2,46	409	670	409	670	0,93	0,94	1,00	1,00
14	Gravidanza, Parto e puerperio	1.417	1.309	0,54	0,54	3,56	3,51								
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.279	1.170	0,59	0,56	4,09	4,13								
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	164	196	1,01	0,97	8,14	7,38	12	14	12	14	1,12	1,12	1,00	1,00
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	221	237	1,87	1,83	8,22	8,51	185	215	357	417	0,82	0,76	1,93	1,94
18	Malattie infettive e parassitarie	456	597	1,56	1,51	9,95	9,43								
19	Malattie e disturbi mentali	635	628	0,75	0,74	7,10	7,05								
20	abudo di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	82	86	0,85	0,87	7,71	7,59								
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	101	109	1,05	0,99	6,38	6,69								
22	Ustioni	1	-	1,10											
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	955	867	1,09	0,92	2,42	3,14	28	285	29	285	1,48	1,52	1,04	1,00
24	Traumatismi multipli rilevanti	8	9	2,44	3,67	10,38	14,56								
00	Altri DRG	155	180	7,95	9,11	18,91	22,02	2	2	2	2	1,76	1,76	1,00	1,00
	Totale	28.608	30.104	1,30	1,29	6,07	6,13	1.488	2.124	1.661	2.326	0,84	0,93	1,12	1,10

L'appropriatezza organizzativa si mantiene su buoni livelli. Infatti, l'indice di inapproprietezza (rapporto tra ricoveri ordinari ≥ 2 gg. attribuiti a DRG "ad alto rischio di inapproprietezza" e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza) nel 2023 si attesta a 0,17, inferiore al valore registrato nel 2022, pari a 0,20 ed al valore soglia fissato nella Griglia LEA pari a 0,21.

L'indice dell'appropriatezza chirurgica registra un *trend* in miglioramento per tutti i PP.OO. della Asl di Lecce, dove l'incidenza dei dimessi con DRG medico dai reparti chirurgici risulta pari al 23,56% nel 2023 contro il valore di 25,19% registrato nel 2022.

La complessità dei casi trattati rilevabile dal peso medio si attesta, complessivamente, a 1,12 per i ricoveri ordinari e 1,56 per i ricoveri chirurgici, in miglioramento rispetto all'anno 2022 che registrava 1,11 per i ricoveri ordinari e 1,52 per i ricoveri chirurgici.

Sul versante dell'efficienza organizzativa, nel 2023 si mantiene quasi invariata, rispetto al 2022, la degenza media dei ricoveri ordinari che si attesta a 7,38 giorni negli ospedali a gestione diretta e 6,13 giorni nelle strutture accreditate, e si registra un miglioramento della degenza media preoperatoria, che risulta essere pari a 2,49 giorni *vs* 2,87 giorni dell'anno 2022.

Con riferimento ai punti nascita, permangono le criticità connesse ai parti cesarei primari: nel punto nascita del P.O. "V. Fazzi", che supera i 1.000 parti all'anno, l'incidenza dei parti cesari primari si attesta al 23,9%, rientrando nel valore *target* del 25%; negli altri punti nascita, con meno di 1.000 parti all'anno, l'incidenza dei cesari primari si colloca in un *range* tra 24,49% e 31,2%, di molto superiore al valore *target* fissato al 15%, ma comunque in miglioramento rispetto all'anno 2022.

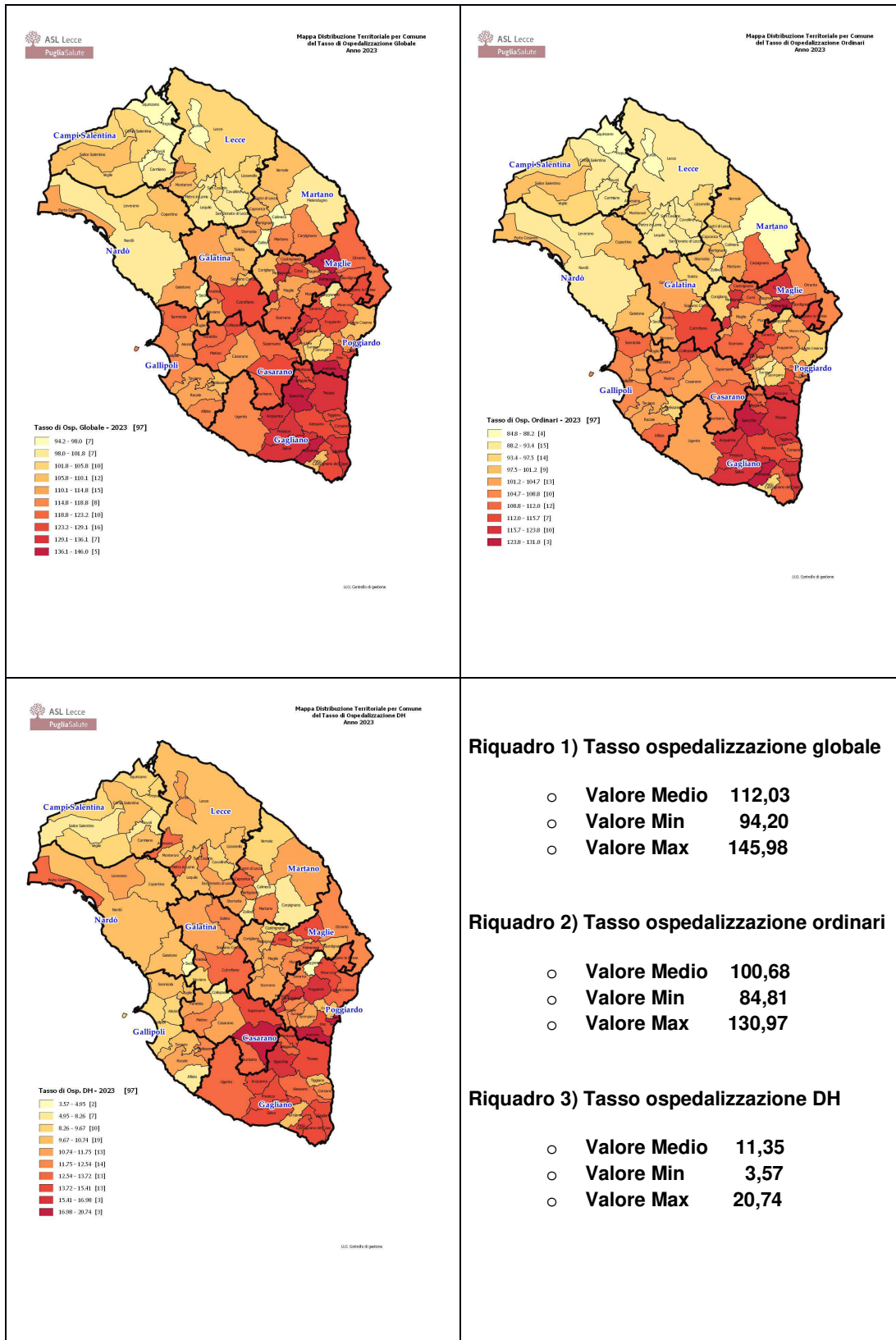
Relativamente alle *performance* per le fratture di femore negli anziani operati entro 2 giorni, nel 2023 l'incidenza complessiva aziendale si attesta al 66%; tutte le UU.OO. di ortopedia superano il valore ottimale ($\geq 60\%$) fissato dal Ministero (Griglia LEA), con i seguenti risultati: Ortopedia Fazzi (73,44%), Ortopedia P.O. Casarano (70,04%), Ortopedia P.O. Copertino (64,20%), Ortopedia P.O. di Gallipoli (61,86%), Ortopedia P.O. di Scorrano (60,45%).

Nelle tabelle seguenti è riportata la domanda di ospedalizzazione espressa dalla popolazione residente negli anni 2022 – 2023:

Distribuzione domanda di ricoveri residenti ASL Lecce							
		2023					
MDC		Strutture e gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico - Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.519	637	1.527	395	817	5.895
02	Malattie e disturbi dell'occhio	540	24	544	121	252	1.481
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.027	121	633	218	354	2.353
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.248	233	1.263	328	341	7.413
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.718	1.781	2.581	321	806	11.207
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.941	653	1.623	308	548	8.073
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.058	365	873	131	259	3.686
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.510	1.765	1.323	596	2.685	11.879
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.177	446	415	268	387	2.693
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	944	217	250	137	499	2.047
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.842	351	2.486	310	407	6.396
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	569	104	385	154	181	1.393
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.723	532	1.168	156	509	4.088
14	gravidanza. Parto e puerperio	4.413		1.213	200	149	5.975
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.315		1.124	122	3	4.564
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	665	23	164	42	97	991
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	724	37	337	189	391	1.678
18	Malattie infettive e parassitarie	1.912	18	530	62	109	2.631
19	Malattie e disturbi mentali	1.170	375	47	92	204	1.888
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	32	60	1	1	14	108
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	253	15	76	42	58	444
22	Ustioni	7		-	23	4	34
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	845	272	718	121	295	2.251
24	Traumatismi multipli rilevanti	51	1	8	2	3	65
25	DRG non classificabile	16			1		17
00	Altri DRG	392	4	152	50	73	671
TOTALE		48.611	8.034	19.441	4.390	9.445	89.921

Il tasso di ospedalizzazione complessivo della popolazione residente nella provincia di Lecce nel 2023 (dati mobilità passiva extraregionale 2022) si attesta a n. 112,03 ricoveri x 1000 ab., di cui 100,68 ordinari e 11,35 DH. Con riferimento all'anno precedente, il tasso di ospedalizzazione aziendale complessivo registra un aumento di 12,9 punti.

Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza * 1000 ab. - Anno 2023



Riquadro 1) Tasso ospedalizzazione globale

- Valore Medio 112,03
- Valore Min 94,20
- Valore Max 145,98

Riquadro 2) Tasso ospedalizzazione ordinari

- Valore Medio 100,68
- Valore Min 84,81
- Valore Max 130,97

Riquadro 3) Tasso ospedalizzazione DH

- Valore Medio 11,35
- Valore Min 3,57
- Valore Max 20,74

Con riferimento al tasso di ospedalizzazione standardizzato (x 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco, come si evince dalla tabella seguente, nel 2023 si rilevano un considerevole aumento del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e un lieve aumento del tasso di ospedalizzazione per BPCO rispetto all'anno 2022. Si riduce, invece, rispetto al 2022, il tasso di ospedalizzazione per diabete (breve e lungo termine).

Nel complesso, per l'anno 2023, il tasso complessivo di ospedalizzazione (x 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18) per patologie evitabili risulta pari a 183,60, collocandosi all'interno del valore *target* pari a 200.

	2022	2023
Tasso BPCO	10,17	10,73
Tasso Diabete Breve Termine	2,31	1,80
Tasso Diabete Lungo Termine	3,18	1,76
Tasso Scompenso Cardiaco	148,64	169,29
Tasso STD Complessivo Patologie evitabili	164,29	183,60

Il risultato raggiunto sul contenimento del tasso di ospedalizzazione per le patologie evitabili è strettamente correlato al potenziamento dell'assistenza territoriale e, in particolare, alla presa in carico delle persone con patologie croniche.

Dipartimento della Rete Ospedaliera

Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

L'assistenza ospedaliera è affidata ai presidi ospedalieri, che operano in una rete integrata con un'organizzazione dipartimentale, che permette una gestione ottimale delle risorse e dei servizi, favorendo la continuità assistenziale.

I presidi ospedalieri si occupano di offrire cure di alta qualità, sicurezza e tempestività ai pazienti, assicurando la migliore risposta possibile alle loro esigenze di salute.

L'attività di ricovero è stata orientata al recupero delle liste di attesa sulla base delle priorità e della complessità della domanda assistenziale. Ogni unità operativa ha assicurato l'assistenza ospedaliera ai pazienti Covid positivi, creando delle aree e/o dei percorsi dedicati. Analogamente si è proceduto con l'assorbimento della domanda di prestazioni ambulatoriali, la cui programmazione è stata pienamente soddisfatta da tutte le UU.OO. sulla base delle risorse disponibili, in particolare medici specialisti. Nel corso del 2023 è stata data ampia priorità all'abbattimento delle liste d'attesa, con una revisione delle agende presenti sui sistemi informativi in uso, finalizzata alla omogeneizzazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA sia per utenti esterni (CUP, WBS), sia per consulenze interne (Edotto).

Di seguito si riportano i dati di attività del Dipartimento della Rete Ospedaliera, con evidenza dei principali indicatori funzionali e di complessità:

- tasso di dimissioni con DRG "inappropriato"(secondo Patto della Salute 2010-2012 all.5) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità ordinaria per acuti: eccellente il dato relativo alla riduzione dell'inappropriatezza, con contestuale ricorso a *setting* assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero per i presidi di Galatina, Casarano e Scorrano, che registrano valori nettamente migliorativi rispetto al *target* fissato in 0,21, con *range* di

accettabilità compreso tra 0,21 e 0,24. In miglioramento il dato relativo al P.O. di Copertino rispetto all'anno precedente, con le sole eccezioni dei PP.OO. di Lecce e Gallipoli, che invece registrano un valore superiore al *range* di accettabilità, pari rispettivamente a 0,26 e 0,29;

- percentuale dimissione dai reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni: l'appropriatezza organizzativa della rete ospedaliera si mantiene su ottimi livelli, con l'indice che registra un *trend* in miglioramento sull'intera rete ospedaliera, con valori compresi tra 8,20% e 25,08%;
- tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente: criticità permangono sul tasso di ricovero diurno (DH) di tipo medico diagnostico, che per i PP.OO. di Lecce, Copertino e Galatina supera il valore *target* fissato;
- degenza media ricoveri ordinari: sul versante dell'efficienza organizzativa, nel 2023 si registra un valore della degenza media dei ricoveri ordinari della rete ospedaliera che si attesta a 7,38 gg, mantenendosi quasi invariata rispetto al 2022;
- degenza media preoperatoria: ottimo il risultato raggiunto nel 2023, pari a 2,49 gg, in miglioramento rispetto al 2022, che ha registrato un valore della degenza media preoperatoria pari a 2,87;
- numero di transazioni per errori diagnostici riconosciuti in Comitato valutazione Sinistri: in miglioramento a livello aziendale il dato relativo all'anno 2023, in cui sono state registrate n. 32 transazioni *vs* n. 45 transazioni dell'anno 2022;
- qualità ed appropriatezza delle cure: numerose le procedure attivate nel corso dell'anno 2023, finalizzate al miglioramento della sicurezza delle cure ed al contenimento dei rischi e che hanno visto coinvolta l'intera rete ospedaliera in stretta collaborazione con la U.O.S.V.D. Rischio Clinico. Risulta implementato inoltre il monitoraggio delle sepsi da ICA con la sorveglianza delle Infezioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapemeni (CRE) e non è stato registrato nessun *cluster* di Legionellosi;
- assistenza farmaceutica: la spesa farmaceutica ospedaliera registra un incremento rispetto all'anno 2022. Al fine del contenimento di tale spesa, sono stati attuati ed ottimizzati sull'intera rete ospedaliera, nell'anno 2023, i seguenti monitoraggi: 1) monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e di gas medicali; 2) monitoraggio consumi per acquisto dispositivi medici; 3) monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi compresi le protesi; 4) monitoraggio adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTDA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi dei trattamenti in corso; 5) monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche; 6) registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS-Armadio di reparto;
- sanità digitale, flussi informativi e qualità dei dati: pienamente soddisfatti da tutti i PP.OO. gli obiettivi contenuti nella D.G.R. annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 L.R. n. 4/2010;
- aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa: sono state attuate tutte le misure atte a garantire il rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario stabilite dalla normativa e dalle disposizioni della Direzione Strategica;
- legalità, trasparenza e formazione: la rete ospedaliera ha rispettato gli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione, in attuazione di quanto previsto nel D. Lgs. n. 33/2013 e nella

L. n. 190/2012 e s.m.i., e sono stati presentati i piani formativi di UU.OO. per la formazione e aggiornamento professionale del personale dipendente;

- valutazione partecipativa: il Dipartimento della Rete ospedaliera, nel corso dell'anno 2023, ha aderito alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'Azienda.

Valutazione risultati del Dipartimento della Rete Ospedaliera

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 della Rete Ospedaliera, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

Dipartimento Cardiovascolare

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE																			
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																			
		2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Validate	
CdC	CdcDsc	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	SDO	
A11101081	O. FAZZI - CARDIOLOGIA	1.289	-	-	25.116	1.326	-	1	20.709	2.096	1	-	23.052	770	1	-	1	2.343	1
A11101083	O. FAZZI - UTIC	103			8	63			1	58			7	5				6	
A11101084	O. FAZZI - EMODINAMICA	876			5.251	665		5	5.606	1		2	3.996	-664			-3	-1.610	
A11102071	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	499			1.301	320			814	355			1.693	35				879	
A12101081	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	790			12.542	520			8.029	482			9.748	38				1.719	
A13101081	O. GALATINA - CARDIOLOGIA				25.978				11.819				17.052					5.233	
A14101081	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	714	213		20.511	565	115		10.970	660	115		12.454	95				1.484	
A15101081	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	745			12.530	514			10.331	616		17	15.558	102			17	5.227	
A15101082	O. SCORRANO - UTIC				1				1									1	
A16101081	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	681		15	19.721	566			12.967	688			14.662	122				1.695	
Totale DIP. CARDIOVASCOLARE		5.697	-	228	122.959	4.539	-	121	81.247	4.956	1	134	98.222	417	1	13	16.975	1	
														9,19%	100,00%	10,74%	20,89%		
2. Indici di funzionalità (anni a confronto):																			
2023																			
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione e (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inapp ro.	Indice Inappro pr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG					
A11101081	O. FAZZI - CARDIOLOGIA	1	36	12.517	95,26%	2.096	12.543	5,98	1.257	59,97%	47	0,02	3.863,23	1,84					
A11101083	O. FAZZI - UTIC	-	8	877	30,03%	58	481	8,29	25	43,10%	1	0,02	128,83	2,22					
A11102071	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	-	26	9.223	97,19%	355	9.295	26,18	304	85,63%	5	0,01	1.494,11	4,21					
A12101081	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	-	12	3.569	81,48%	482	3.590	7,45			69	0,17	491,21	1,02					
A14101081	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	-	12	3.178	72,56%	660	3.238	4,91	233	35,30%	23	0,04	819,55	1,24					
A15101081	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	-	16	3.872	66,30%	616	4.146	6,73	193	31,33%	35	0,06	793,06	1,29					
A16101081	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	-	16	3.728	63,84%	688	3.734	5,43	161	23,40%	47	0,07	797,08	1,16					
2022																			
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione e (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inapp ro.	Indice Inappro pr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG					
A11101081	O. FAZZI - CARDIOLOGIA	1	20	7.942	108,79%	1.326	7.942	5,99	804	60,63%	70	0,06	2.238,93	1,69					
A11101083	O. FAZZI - UTIC	-	8	963	32,98%	63	651	10,33	22	34,92%	1	0,02	104,45	1,66					
A11101084	O. FAZZI - EMODINAMICA	1	20	4.035	55,27%	665	4.139	6,22	334	50,23%	14	0,02	1.260,15	1,89					
A11102071	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	-	26	7.671	80,83%	320	7.694	24,04	282	88,13%	4	0,01	1.453,28	4,54					
A12101081	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	-	12	3.671	83,81%	520	3.673	7,06	3	0,58%	91	0,21	530,76	1,02					
A14101081	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	-	12	2.752	62,83%	565	2.754	4,87	217	38,41%	22	0,04	706,15	1,25					
A15101081	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	-	16	3.661	62,69%	514	3.796	7,39	70	13,62%	42	0,09	547,81	1,07					
A16101081	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	-	16	3.365	57,62%	566	3.355	5,93	134	23,67%	52	0,10	644,44	1,14					

L'area cardiovascolare registra livelli di qualità assistenziale particolarmente elevati nella provincia di Lecce. La casistica trattata è notevole e comprende altresì n. 526 ricoveri con interventi in PTCA (il cui *target* è fissato ad un valore > 200). Inoltre, gli interventi risultano

essere particolarmente tempestivi e quindi con ottimi *outcome* di salute: infatti per l'infarto del miocardio franco (STEMI), il 97% dei casi di STEMI vengono trasferiti nei centri *hub* provinciali dalla chiamata entro 90 minuti (questo è sicuramente *proxy* di un trattamento assicurato entro i 90 minuti). Ciò correla, chiaramente, con una maggiore possibilità di sopravvivenza ed è garantito nell'ambito della rete SalentIMA-SCA attiva nel contesto provinciale, in collaborazione con il 118.

Una criticità si riscontra, invece, nel trattamento dei pazienti N-STEMI i quali, necessitando di un inquadramento diagnostico e di una valutazione più approfondita da parte dell'Unità di Cardiologia, spesso, quando sono ricoverati presso centri periferici, le suddette Unità non riescono a garantire l'intervento in PTCA entro 48 ore, che viene eseguito esclusivamente presso il P.O. V. Fazzi di Lecce, a causa dell'indisponibilità di sedute ovvero per difficoltà legate al trasferimento, da ascrivere anche alla carenza di personale. È perciò giustificata questa discrepanza tra gli indicatori, con livelli ottimi per il primo suddetto e livelli sotto lo *standard* per l'indicatore IMA: PTCA entro 48 ore che a livello aziendale è del 52,74%, in miglioramento rispetto all'anno precedente, ma in alcuni reparti (Casarano, Gallipoli, Scorrano) è comunque inferiore al 50% per le motivazioni sopra riportate.

Sebbene non si sia riuscito a contenere e governare il fenomeno delle liste di attesa, in tale area molti sforzi sono stati fatti, tant'è vero che la Cardiologia Territoriale ha prodotto complessivamente 87.850 prestazioni ambulatoriali, che si sommano alle prestazioni rese dalle cardiologie ospedaliere che, complessivamente, hanno raggiunto n. 186.072 prestazioni (per esterni, interni e consulenze di P.S.).

Permangono alcune criticità che devono essere affrontate attraverso iniziative di programmazione sanitaria, quali ad esempio una degenza media in Cardiochirurgia molto lunga, a causa delle procedure messe in atto per contenere il rischio di diffusione di ICA. Infatti, la degenza media preoperatoria è di 8,57 giorni, poiché al ricovero del paziente viene eseguito lo *screening* per identificare i soggetti colonizzati da MRSA (*Staphylococcus aureus meticillino-resistente*) e trattarli prima dell'intervento chirurgico. Il risultato del tampone è disponibile solitamente dopo qualche giorno e, in caso di esito positivo, il paziente viene trattato per 5 giorni prima di procedere all'intervento chirurgico. L'analisi del dato ha permesso di evidenziare la necessità di una procedura più tempestiva e snella, magari con acquisizione e utilizzo di macchinari che permettano la diagnosi ancor prima di procedere al ricovero e quindi prescrivendo la terapia domiciliare al paziente eventualmente risultato positivo.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento Cardiovascolare:

Dipartimento Cardiovascolare				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
CARDIOCHIRURGIA inclusa Terapia Intensiva Cardiovascolare	87%	84%	83%	84
Cardiologia - UTIC Po Lecce	96%	89%	83%	88
Cardiologia - UTIC PO Scorrano	90%	89%	77%	84
Cardiologia PO Casarano	89%	81%	77%	83
Cardiologia PO Copertino	81%	81%	80%	81
Cardiologia PO Gallipoli	90%	79%	93%	87
Cardiologia PO Galatina	98%	REDISTRIBUITO	71%	87
Cardiologia Territoriale DSS Lecce	97%	100%	91%	95

Valutazione risultati del Dipartimento Cardiovascolare

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 Cardiovascolare, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

Dipartimento di Medicina e Specialistiche

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO MEDICINE E SPECIALISTICHE																		
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																		
CdC	Cddisc	2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Valutate
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	
A001006	SERVIZIO PNEUMOTISILOGICO				11.586				9.964				9.890					- 74
A11100053	O. FAZZI - NUTRIZIONE CLINICA				6.733				7.819				9.647					1.828
A11101191	O. FAZZI - ENDOCRINOLOGIA	-	103	270	8.910	1	83	152	7.017	-	128	426	7.412	- 1	45	274	395	
A11101241	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	396		241	9.300	471		176	6.556	500		235	5.484	29		59	- 1.072	
A11101242	O. FAZZI - DEA COVID MALATTIE INFETTIVE				-				49				4				- 45	
A11101261	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	1.726	169	141	3.404	1.008	107	173	1.950	1.364	101	216	2.527	356	- 6	43	577	2
A11101268	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA 2 COVID				-				15				2				- 13	
A11101321	O. FAZZI - NEUROLOGIA	1.016	-	-	8.087	861	-	248	7.547	964	5	502	8.931	103	5	254	1.384	
A11101322	O. FAZZI - NEUROLOGIA - STROKE UNIT (DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE)				910				981				1.360				379	
A11101521	O. FAZZI - DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA			32	16.160			8	12.301			80	15.108			72	2.807	
A11101681	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	528			3.606				437				3.394				644	3
A11101682	O.FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	-		-	-	713		253	83	123		-	42	- 590		- 253	- 41	2
A11201687	O. S. CESARIO - POST-ACUTI COVID	-			-	57			50				1	- 57			- 49	
A11201711	O. S. CESARIO - REUMATOLOGIA		41	241	7.772			149	6.003			201	8.650			52	2.647	
A12101211	O. COPERTINO - GERIATRIA	731			1.260	353			940	535			1.102	182			162	
A12101261	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	986	8		1.428	539	-		966	639	-		1.740	100	-		774	
A12101262	O. COPERTINO - LUNGODEGENZA	29			-	-			-	1			1				-	
A12101321	O. COPERTINO - AMBUL. DI NEUROLOGIA				4.524				3.777				4.114				337	
A13101241	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	321	133	363	2.479	80	143	486	1.130	254	169	372	1.970	174	26	-114	840	
A13101242	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	-			-	125			46	48			27	- 77			- 19	
A13101261	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	769	106	2	4.601	390	83	5	1.816	508	23	17	4.188	118	- 60	12	2.372	
A13101681	O. GALATINA - PNEUMOLOGIA	306			-	-			-	-			-				-	
A13102581	O. GALATINA - GASTROENTEROLOGIA	502	104		2.327	-	-		2.380	-	-		2.511	-	-		131	
A14101191	O. CASARANO - ENDOCRINOLOGIA			231	8.031			37	4.621			32	3.885			- 5	- 736	
A14101211	O. CASARANO - GERIATRIA	928			1.413	550			927	655			1.146	105			219	
A14101261	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	858	75	398	2.967	693	46	424	3.276	687	90	301	3.313	- 6	44	-123	37	
A14101262	O. CASARANO - LUNGODEGENZA	-			-	-			-	41			41				-	
A14101321	O. CASARANO - NEUROLOGIA	756	33	1.634	8.419	479	4	1.472	4.933	464	1	1.278	6.500	- 15	- 3	-194	1.567	
A15101261	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	1.488	52	171	6.119	1.122	57	123	6.301	1.448	75	136	4.038	326	18	13	- 2.263	
A15101263	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	111			4	94			8	169			13	75			5	
A15102581	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	762	2	66	5.526	674	-	204	5.841	754	-	212	6.531	80	-	8	690	
A16101261	O. GALLIPOLI - MEDICINA INTERNA	775	55	22	10.314	548	24	2	10.976	738	23	5	11.010	190	- 1	3	34	
A16101262	O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA	-			-	95			8	128			18	33			10	
A16101681	O. GALLIPOLI - PNEUMOLOGIA	550			2.687	-			6	4			38	4			32	
Totale DIP. MEDICINE E SPECIALISTICHE		13.538	881	3.812	138.567	9.290	547	3.912	111.037	10.520	615	4.013	124.596	1.230	68	101	13.559	7
														13,24%	12,43%	2,58%	12,21%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):

2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappr. o.	Indice Inappr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101261	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	2	52	21.011	110,70%	1.364	21.147	15,50	43	3,15%	105	0,08	1.625,27	1,19
A12101261	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	-	18	7.065	107,53%	639	7.178	11,23	1	0,16%	54	0,09	721,69	1,13
A13101261	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	-	19	5.892	84,96%	508	6.078	11,96	2	0,39%	32	0,07	684,33	1,35
A14101261	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	-	28	7.157	70,03%	687	7.246	10,55	7	1,02%	23	0,03	907,27	1,32
A15101261	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	-	31	12.916	114,15%	1.448	13.312	9,19	27	1,86%	26	0,02	1.844,07	1,27
A16101261	O. GALLIPOLI - MEDICINA INTERNA	-	26	8.082	85,16%	738	8.206	11,12	4	0,54%	35	0,05	903,86	1,22
A12101211	O. COPERTINO - GERIATRIA	-	30	6.405	58,49%	535	6.546	12,24	3	0,56%	8	0,02	658,48	1,23
A14101211	O. CASARANO - GERIATRIA	-	20	6.421	87,96%	655	6.437	9,83	8	1,22%	52	0,09	846,53	1,29
A15101263	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	-	8	2.040	69,86%	169	2.040	12,07	2	1,18%			199,71	1,18
A12101262	O. COPERTINO - LUNGODEGENZA	-	4	14	0,96%	1	14	14,00					1,03	1,03
A16101262	O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA	-	8	1.754	60,07%	128	1.755	13,71					155,16	1,21
A14101262	O. CASARANO - LUNGODEGENZA	-	12	898	20,50%	41	898	21,90					57,46	1,40
A11101321	O. FAZZI - NEUROLOGIA	-	27	8.683	88,11%	964	8.622	8,94	143	14,83%	116	0,14	1.438,68	1,49
A14101321	O. CASARANO - NEUROLOGIA	-	18	4.386	66,76%	464	4.322	9,31	2	0,43%	86	0,23	484,98	1,05
A11101681	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	3	20	10.092	138,25%	496	10.309	20,78	8	1,61%	6	0,01	753,15	1,52
A16101681	O. GALLIPOLI - PNEUMOLOGIA	-	15	14	0,26%	4	14	3,50					4,90	1,22
A11101682	O. FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	2	20	2.098	28,74%	123	1.971	16,02					218,67	1,78
A11101241	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	-	18	7.184	109,35%	500	7.001	14,00	13	2,60%	32	0,07	658,01	1,32
A13101241	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	-	12	3.123	71,30%	254	3.138	12,35	2	0,79%	15	0,06	306,09	1,21
A13101242	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	-	3	661	60,37%	48	661	13,77					40,09	0,84
A15102581	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	-	16	4.872	83,42%	754	5.119	6,79	2	0,27%	113	0,18	733,68	0,97
2022														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappr. o.	Indice Inappr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101261	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	3	60	16.715	76,32%	1.008	16.809	16,68	36	3,57%	81	0,09	1.193,98	1,18
A12101261	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	-	23	7.057	84,06%	539	7.234	13,42	2	0,37%	38	0,08	608,70	1,13
A13101261	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	-	32	6.013	51,48%	390	6.226	15,96	2	0,51%	22	0,06	428,40	1,10
A14101261	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	-	28	5.488	53,70%	693	5.590	8,07	12	1,73%	21	0,03	921,58	1,33
A15101261	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	-	40	10.907	74,71%	1.122	11.441	10,20	20	1,78%	45	0,04	1.380,13	1,23
A16101261	O. GALLIPOLI - MEDICINA INTERNA	-	14	5.672	111,00%	548	5.749	10,49			21	0,04	646,55	1,18
A12101211	O. COPERTINO - GERIATRIA	-	30	5.440	49,68%	353	5.470	15,50	3	0,85%	2	0,01	437,31	1,24
A14101211	O. CASARANO - GERIATRIA	-	20	5.102	69,89%	550	5.134	9,33	7	1,27%	74	0,16	665,49	1,21
A15101263	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	-	8	1.416	48,49%	94	1.416	15,06					109,25	1,16
A16101262	O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA	-	16	1.803	30,87%	95	1.803	18,98					122,27	1,29
A11101321	O. FAZZI - NEUROLOGIA	1	27	7.531	76,42%	861	7.479	8,69	132	15,33%	102	0,13	1.327,82	1,54
A14101321	O. CASARANO - NEUROLOGIA	-	18	4.107	62,51%	479	4.121	8,60	2	0,42%	118	0,33	481,65	1,01
A11101681	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	9	20	9.007	123,38%	437	9.246	21,16	13	2,97%	8	0,02	653,39	1,50
A11101682	O. FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	-	20	11.333	155,25%	713	11.005	15,43	3	0,42%	3	0,00	1.208,74	1,70
A11101241	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	1	20	6.918	94,77%	471	6.802	14,44	6	1,27%	25	0,06	624,83	1,33
A13101241	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	-	12	1.206	27,53%	80	1.225	15,31			15	0,23	105,40	1,32
A13101242	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	-	10	1.808	49,53%	125	1.885	15,08	1	0,80%			93,52	0,75
A15102581	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	-	15	4.651	84,95%	674	4.617	6,85	7	1,04%	102	0,18	665,84	0,99
A11201687	O. S. CESARIO - POST-ACUTI COVID	-	20	1.208	16,55%	57	1.208	21,19					43,54	0,76

Il Dipartimento della Medicina e Specialistica consta delle UU.OO. dedicate alla diagnosi, cura e terapia delle principali patologie di area medica ed internistica, con specificità di processi assistenziali. Sostanzialmente l'attività del Dipartimento mostra valori discreti di *performance*, sebbene persistano alcune criticità.

In particolare, per ciò che concerne le UU.OO. di Medicina Generale si registra un'attività di reparto dedicata prevalentemente alla gestione delle emergenze che afferiscono dal Pronto Soccorso, con *performance* alte. In alcune UU.OO. persistono criticità, in particolare a Galatina si registra una degenza media oltre i valori soglia fissati, probabilmente legata alla fase transitoria di attivazione dell'Unità di Lungodegenza e alla mancata possibilità di trasferire i pazienti presso tale Unità Operativa, come anche alla carenza e perciò immediata saturazione dei posti letto in *setting* assistenziali più appropriati (RSA, Ospedali di comunità), che non permettono il tempestivo trasferimento dei pazienti o alle procedure di dimissione protetta verso il domicilio con ADI che richiedono tempi dilatati. A fronte di queste evidenze, l'Azienda ha già stilato una procedura di attivazione di DOP (dimissione ospedaliera protette) "in urgenza" per garantire una

fluidità e immediatezza del percorso e si propone di perfezionarla in relazione alla prossima attivazione delle COT.

Molto spesso il mancato raggiungimento di *performance* molto alte è legato alla cronica carenza di personale, che in taluni casi si è aggravata nel corso del 2023 e che non ha permesso di garantire il livello di prestazioni auspicato.

In relazione alla spesa farmaceutica registrata presso la U.O. di Medicina Generale di Casarano si segnala che la stessa è legata ad una maggiore complessità delle lesioni da decubito trattate ed una aumentata antibiotico-resistenza che ha richiesto un impiego di antibiotici a più largo spettro e a più alto costo.

Per ciò che riguarda le medicine specialistiche, nella ASL è presente, allo stato, una sola Unità Operativa di Gastroenterologia, collocata presso il P.O. di Scorrano, la quale, oltre ad occuparsi di ricoveri ospedalieri, offre numerose prestazioni ambulatoriali e *day service*, tra le quali anche endoscopie per pazienti sintomatici e di *screening* (n. 6.157 e n. 212). Il trattamento delle malattie gastroenterologiche, soprattutto di natura autoimmune, negli ultimi tempi si è avvalso di farmaci innovativi, che se da un lato hanno permesso un miglioramento della qualità della vita dei pazienti, dall'altro determinano un aumento della spesa farmaceutica, a causa dell'alto costo degli stessi. Stessa criticità si riscontra nella branca di Reumatologia.

L'area pneumologica aziendale è composta da due UU.OO. ospedaliere, una di recente riapertura (Gallipoli) e una unità territoriale. È presente una forte collaborazione ospedale-territorio, tant'è vero che l'attivazione del reparto di Pneumologia a Gallipoli è stato possibile grazie alla collaborazione fattiva della Pneumologia territoriale che aveva, nel tempo, già sperimentato un modello di gestione di reparto ospedaliero (Pneumologia COVID presso il DEA), tra l'altro con la presenza di specialisti di discipline differenti ma affini, al fine di garantire una valutazione e presa in carico multidisciplinare dei pazienti. Era stato auspicato che l'attività ambulatoriale della Pneumologia Territoriale fosse crescente e garantisse il coordinamento dei singoli specialisti presenti sul territorio, ma a fronte della carenza di personale ciò non è stato pienamente possibile.

Le due UU.OO. di Neurologia, quella del P.O. V. Fazzi di Lecce e quella del P.O. di Casarano, concorrono all'assistenza dei pazienti di pertinenza, con aree di maggiore specificità nei due presidi. Infatti, il P.O. di Lecce, allo stato, è esclusivo nella gestione in emergenza del paziente con ictus cerebrale, con *performance* medio-alte (mortalità a 30 giorni pari a 10,23% - PNE).

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento di Medicina e Specialistiche:

Dipartimento di Medicina e Specialistiche				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
FAZZI - MEDICINA GENERALE	90%	83%	83%	85
SCORRANO - MEDICINA GENERALE	78%	92%	83%	86
GALLIPOLI - MEDICINA GENERALE	90%	88%	83%	86
CASARANO - MEDICINA GENERALE	90%	88%	77%	86
COPERTINO - MEDICINA GENERALE	84%	88%	90%	86
GALATINA - MEDICINA GENERALE	90%	67%	83%	81
CASARANO - GERIATRIA	90%	95%	87%	91
COPERTINO - GERIATRIA	90%	90%	83%	87

Dipartimento di Medicina e Specialistiche				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	97%	91%	77%	86
FAZZI - PNEUMOLOGIA	80%	88%	83%	83
FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	90%	95%	83%	88
GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	84%	78%	83%	82
FAZZI - MALATTIE ENDOCRINE	89%	100%	87%	91
DSS LECCE - DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE	93%	82%	93%	89
FAZZI - REUMATOLOGIA	89%	67%	87%	84
FAZZI - DERMATOLOGIA - ALLERGOLOGIA	89%	89%	87%	87
FAZZI - DIETETICA e NUTRIZIONE CLINICA	95%	75%	97%	90
FAZZI - NEUROLOGIA	96%	71%	83%	84
PNEUMOLOGIA TERRITORIALE	67%	92%	87%	81
CASARANO - NEUROLOGIA	97%	71%	87%	86

Valutazione risultati del Dipartimento di Medicina e Specialistiche

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 Medicina e Specialistiche, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

Dipartimento Nefrodialitico e Urologico

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO NEFRODIALITICO E UROLOGICO																		
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																		
CdC	CdCdisc	2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Validate
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	
A11101291	O. FAZZI - NEFROLOGIA	372	210	9	9.316	402	179	35	2.291	428	186	50	3.109	26	7	15	818	1
A11101292	O. FAZZI - DIALISI			8	15.961			-	13.959			8	11.215			8	-2.744	
A11102432	O. FAZZI - UROLOGIA	750	218	91	8.474	1.117	147	82	5.229	1.295	165	132	8.016	178	18	50	2.787	
A13101291	O. GALATINA - NEFROLOGIA	291	143		3.161	125	90		1.131	204	114		1.584	79	24		453	3
A13101292	O. GALATINA - DIALISI				12.995				11.989				10.550				-1.439	
A13102431	O. GALATINA - UROLOGIA				-				-				1.299				1.299	
A14101291	O. CASARANO - NEFROLOGIA	117	-	-	340	-	-	11	262	-	1	15	231	-	1	4	- 31	
A14101292	O. CASARANO - DIALISI				7.948				15.905				12.197				-3.708	
A14102431	O. CASARANO - UROLOGIA	1.099	69	471	6.664	767	66	435	5.127	817	67	497	6.293	50	1	62	1.166	
A15101291	O. SCORRANO - DIALISI				103			95	11.840			121	12.434				26	594
A16101291	O. GALLIPOLI - DIALISI				1				8.459			2	6.656				2	-1.803
A21101004	D.S.S. CAMPI - DIALISI								10.251				7.200					-3.051
	Totale DIP. NEFROUROLOGICO	2.629	640	683	80.443	2.411	482	658	86.443	2.744	533	825	80.784	333	51	167	-5.659	4
														13,81%	10,58%	25,38%	-6,55%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inappro.	Indice Inappro. pr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101291	O. FAZZI - NEFROLOGIA	1	17	6.526	105,17%	428	6.583	15,38	68	15,89%	32	0,08	537,93	1,26
A11102432	O. FAZZI - UROLOGIA	-	18	5.747	87,47%	1.295	5.758	4,45	898	69,34%	375	0,41	1.291,90	1,00
A13101291	O. GALATINA - NEFROLOGIA	1	10	2.751	75,37%	204	2.753	13,50	14	6,86%	7	0,04	243,25	1,19
A14102431	O. CASARANO - UROLOGIA	-	16	4.548	77,88%	817	4.468	5,47	547	66,95%	205	0,33	679,11	0,83
2022														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inappro.	Indice Inappro. pr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101291	O. FAZZI - NEFROLOGIA	15	17	5.291	85,27%	402	5.339	13,28	52	12,94%	25	0,07	512,65	1,28
A13101291	O. GALATINA - NEFROLOGIA	-	11	1.439	35,84%	125	1.414	11,31	15	12,00%	12	0,11	154,14	1,23
A14101291	O. CASARANO - NEFROLOGIA	-	4	8	0,55%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A11102432	O. FAZZI - UROLOGIA	1	18	4.449	67,72%	1.117	4.442	3,98	774	69,29%	281	0,34	1.171,09	1,05
A14102431	O. CASARANO - UROLOGIA	-	16	4.405	75,43%	767	4.335	5,65	475	61,93%	223	0,41	670,60	0,87

Il Dipartimento Nefrodialitico e Urologico, coincidente con la rete nefro-dialitica così come istituita con la D.G.R. n. 1679/2018, si compone delle UU.OO. di Nefrologia e Dialisi, che insistono nella ASL Lecce e che assicurano anche le attività dialitiche sul territorio (CAD).

In particolare, il Dipartimento si occupa anche di dialisi domiciliare nonché dialisi turistica in favore dei pazienti che si trovano sul nostro territorio nel periodo estivo. Tale attività è assicurata con il personale dipendente in prestazione aggiuntiva e, per la dialisi turistica, con la collaborazione dei centri privati accreditati delle quali coordina le attività.

L'Unità del P.O. di Lecce si occupa anche di effettuare prestazioni complesse di natura chirurgica (fistole con angioplastica intraoperatoria in *day surgery*), per il quale è riconosciuto come *hub* per le province di Lecce, Brindisi e Taranto, sebbene accolga anche pazienti provenienti da altre province e da regioni limitrofe e, quindi, sebbene il numero di prestazioni garantite non è quello previsto dalla contrattazione, comunque spesso si tratta di prestazioni ad alta complessità.

Anche in queste UU.OO. si registra una degenza media particolarmente elevata, legata alla difficoltà di dimettere pazienti molto spesso anziani e/o fragili, che necessitano di *setting* assistenziali strutturati (ADI, RSA, Ospedali di Comunità), come già evidenziato per la branca della Medicina.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento Nefrodialitico e Urologico:

Dipartimento Nefrodialitico e Urologico				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
FAZZI - NEFROLOGIA E DIALISI	77%	79%	97%	85
GALATINA - NEFROLOGIA E DIALISI	77%	88%	83%	83
CASARANO - NEFROLOGIA E DIALISI	71%	81%	90%	80
GALLIPOLI - NEFROLOGIA DIALISI	71%	100%	87%	83
SCORRANO - NEFROLOGIA DIALISI	88%	81%	77%	81

Valutazione risultati del Dipartimento Nefrodialitico e Urologico

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 Nefrodialitico e Urologico, sul valore di raggiungimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Dipartimento Oncoematologico

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO																		
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																		
CdC	CdcDsc	2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Validate
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	
A11101181	O. FAZZI - EMATOLOGIA	319	247	1.181	19.947	277	168	1.470	5.965	293	219	1.610	38.666	16	51	140	32.701	1
A11101267	O. FAZZI - ONCOLOGIA	478		2.331	29.898	452		2.332	15.246	494		2.650	19.446	42		318	4.200	
A11104741	O. FAZZI - RADIOTERAPIA				94.157				114.218				129.751				15.533	
A13101266	O. GALATINA - MEDICINA - ONCOLOGIA			74	-			101	-			55	3			- 46	3	
A14101641	O. CASARANO - ONCOLOGIA		527	643	3.418			899	5.679			1.100	8.518			201	2.839	
A15101264	O. SCORRANO - ONCOLOGIA			19	-			400	-			481	2.496			81	2.496	
A16101263	O. GALLIOLI - ONCOLOGIA	458	25	914	2.244	259	-	1.093	5.734	345	1	1.260	5.136	86	1	167	- 598	
Totale DIP. ONCOEMATOLOGICO		1.255	799	5.162	149.664	988	168	6.295	146.842	1.132	220	7.156	204.016	144	52	861	57.174	1

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):																
2023																
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappr. opr.	Indice Inappr. r.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG		
A11101181	O. FAZZI - EMATOLOGIA	1	16	4.920	84,25%	293	4.613	15,74	53	18,09%	94	0,47	963,33	3,29		
A11101267	O. FAZZI - ONCOLOGIA	-	18	5.432	82,68%	494	5.456	11,04	90	18,22%	64	0,15	642,44	1,30		
A16101263	O. GALLIOLI - ONCOLOGIA	-	12	3.887	88,74%	345	4.019	11,65	13	3,77%	18	0,06	447,69	1,30		

2022																
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappr. opr.	Indice Inappr. r.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG		
A11101181	O. FAZZI - EMATOLOGIA	1	16	4.159	71,22%	277	4.104	14,82	69	24,91%	78	0,39	1.204,94	4,35		
A11101267	O. FAZZI - ONCOLOGIA	-	18	4.652	70,81%	452	4.643	10,27	90	19,91%	50	0,12	567,76	1,26		
A16101263	O. GALLIOLI - ONCOLOGIA	-	14	2.991	58,53%	259	3.024	11,68	6	2,32%	7	0,03	340,95	1,32		

Il Dipartimento Oncoematologico è composto dalle UU.OO. di Oncologia Medica, Ematologia e Radioterapia, le quali concorrono nel trattamento delle patologie neoplastiche di diversa natura.

In tale ambito, particolarmente critico è il dato della spesa farmaceutica che impegna risorse ingenti a causa dell'elevato costo dei farmaci e della disponibilità di nuovi farmaci che permettono un migliore *outcome* di salute ovvero permettono il trattamento di condizioni che precedentemente non trovavano alcuna indicazione terapeutica. Infatti, il dato correla con dati di incidenza e di prevalenza tumorale aumentati, da una parte legati ad un aumento delle nuove diagnosi ma anche ad una maggiore sopravvivenza dei pazienti con tumore. Le Unità di Oncologia presenti sul territorio hanno comunque garantito la presa in carico della quasi totalità della domanda sanitaria di patologia oncologica.

Nel caso dell'Ematologia, bisogna sottolineare che alcuni indicatori relativi all'assistenza ospedaliera devono essere valutati alla luce della particolare fragilità dei pazienti trattati. Infatti, spesso l'inquadramento diagnostico dei pazienti ematologici richiede un ricovero in DH, al fine di

garantire un ambiente protetto per scongiurare eventuali complicanze legate alla fragilità immunoematologica. Tale previsione è stata riconosciuta anche con la D.G.R. n. 773/2019.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento Oncoematologico:

Dipartimento Oncoematologico				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
ONCOLOGIA PO LECCE	93%	92%	89%	91
ONCOLOGIA PO GALLIPOLI	77%	75%	81%	82
ONCOLOGIA PO CASARANO	97%	100%	81%	91
ONCOLOGIA PO SCORRANO	91%	100%	81%	90
EMATOLOGIA PO LECCE	97%	60%	90%	83
RADIOTERAPIA PO LECCE	100%	100%	67%	97

Valutazione risultati del Dipartimento Oncoematologico

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 Oncoematologico, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO CHIRURGIA E SPECIALISTICHE

1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto

		2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Valutate
CdC	CdCdesc	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	SDO
A11102091	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	1.788		-	8.823	1.672		2	7.361	1.926		221	5.165	254		219	-2.196	1
A11102094	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE - GASTROENTEROLOGIA				154				107				3.738					3.631
A11102095	O. FAZZI - ODONTOSTOMATOLOGIA				4.535			491	2.025			1.096	1.801			605	- 224	
A11102121	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	501		1.419	7.123	486		1.507	5.971	511		1.669	6.756	25		162	785	3
A11102131	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	704	1		2.600	481	18		1.728	540	8		2.765	59	- 10		1.037	
A11102341	O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	559		1.969	7.397	594		1.325	3.210	604		2.315	7.060	10		990	3.850	1
A11102381	O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	828	-	-	11.275	695	1	228	8.686	824	-	303	10.030	129	- 1	75	1.344	
A12102091	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE - AMBULENDOSC. DIGESTIVA				1.492				1.218				1.576					358
A12102093	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE - OCULISTICA				576				102				298					196
A12102095	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	1.016	509	-	5.368	1.371	63	-	4.234	928	6	344	5.698	-443	- 57	344	1.464	
A13102091	O. GALATINA - CHIRURGIA	662	290	-	3.257	406	5	488	1.997	397	9	714	1.192	- 9	4	226	- 805	
A13102341	O. GALATINA - OCULISTICA				795	1.644		679	377			598	144			- 81	- 233	
A13102381	O. GALATINA - OTORINOLARINGOIATRIA				2.579				1.222				-				-1.222	
A14102091	O. CASARANO - CHIRURGIA	551	161	-	6.032	580	109	7	2.641	533	114	12	2.911	- 47	5	5	270	
A14102092	O. CASARANO - CHIRURGIA - AMBUL. DI OCULISTICA				1.357				137				182					45
A14102093	O. CASARANO - CHIRURGIA - AMBUL. DI OTORINO				7.433				5.971				6.522					551
A15102091	O. SCORRANO - CHIRURGIA	1.025	175	92	6.944	937	58	13	5.391	884	189	16	3.357	- 53	131	3	-2.034	
A15102092	O. SCORRANO - CHIRURGIA - AMBUL. DI OTORINO				20	-			33	-			39				6	1.796
A16102091	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	967	350	49	10.673	812	-	1	6.819	969	6	-	6.531	157	6	- 1	- 288	1
A16102341	O. GALLIPOLI - OCULISTICA				1.005	2.816			661	794			667				6	62
A16102381	O. GALLIPOLI - OTORINO				373	3.316			198	2.330			188				- 10	161
Totale DIP. CHIR. SPECIALISTICHE		8.601	1.486	5.722	95.394	8.034	254	5.633	62.321	8.116	332	8.182	70.869	82	78	2.549	8.548	6
														1,02%	30,71%	45,25%	13,72%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):

2023															
CdC	Descr. CdC	SDO Non Valutate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG	
A11102091	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	1	40	10.530	72,12%	1.926	10.581	5,49	1.462	75,91%	300	0,18	2.991,93	1,55	
A11102121	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	3	8	1.920	65,75%	511	1.985	3,88	485	94,91%	317	1,63	627,34	1,23	
A11102131	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	-	20	3.294	45,12%	540	2.915	5,40	319	59,07%	22	0,40	908,56	1,68	
A11102341	O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	1	10	4.057	111,15%	604	4.032	6,68	433	71,69%	457	3,11	454,74	0,75	
A11102381	O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	-	20	3.771	51,66%	824	3.987	4,84	419	50,85%	497	1,52	735,68	0,89	
A12102095	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	-	22	4.345	54,11%	928	4.462	4,81	529	57,00%	373	0,67	999,80	1,08	
A13102091	O. GALATINA - CHIRURGIA	-	4	600	41,10%	397	611	1,54	391	98,49%	184	0,86	367,71	0,93	
A14102091	O. CASARANO - CHIRURGIA	-	25	3.798	41,62%	533	3.899	7,32	387	72,61%	132	0,33	745,74	1,40	
A15102091	O. SCORRANO - CHIRURGIA	-	21	5.922	77,26%	884	6.172	6,98	615	69,57%	169	0,24	1.267,82	1,43	
A16102091	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	1	20	7.454	102,11%	969	7.617	7,86	710	73,27%	376	0,63	1.071,72	1,11	

2022															
CdC	Descr. CdC	SDO Non Valutate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inappropr.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG	
A11102091	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	-	32	10.463	89,58%	1.672	10.481	6,27	1.202	71,89%	282	0,20	2.586,12	1,55	
A12102095	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	-	22	4.684	58,33%	1.371	5.175	3,77	590	43,03%	645	0,89	1.249,42	0,91	
A13102091	O. GALATINA - CHIRURGIA	-	4	601	41,16%	406	619	1,52	389	95,81%	259	1,76	349,85	0,86	
A14102091	O. CASARANO - CHIRURGIA	-	22	3.825	47,63%	580	3.856	6,65	377	65,00%	149	0,35	741,90	1,28	
A15102091	O. SCORRANO - CHIRURGIA	-	22	5.945	74,03%	937	6.074	6,48	627	66,92%	360	0,62	1.028,33	1,10	
A16102091	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	-	22	6.953	86,59%	812	7.120	8,77	587	72,29%	276	0,51	984,24	1,21	
A11102121	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	-	8	1.675	57,36%	486	1.701	3,50	472	97,12%	294	1,53	606,89	1,25	
A11102131	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	-	12	4.018	91,74%	481	3.780	7,86	255	53,01%	22	0,05	783,65	1,63	
A11102341	O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	1	10	3.527	96,63%	594	3.543	5,96	442	74,41%	451	3,15	456,07	0,77	
A11102381	O. FAZZI - OTORINO	4	18	3.566	54,28%	695	3.742	5,38	363	52,23%	387	1,26	686,57	0,99	

Il Dipartimento di Chirurgia Generale e specialistiche raggruppa le principali UU.OO. di natura chirurgica, includendo quelle a maggiore specializzazione.

La principale attività chirurgica è dedicata al trattamento delle patologie di natura neoplastica, prevalentemente in relazione ai 5 big killer (tumore della mammella, del colon-retto, della prostata, polmone e utero-ovaio), con un'organizzazione di tipo hub&spoke all'interno del territorio.

In generale le *performance* dei vari reparti si attestano su valori alti o molto-alti, infatti l'area oncologica ha raggiunto risultati eccellenti nel corso del 2023. Grazie all'attivazione e all'accreditamento della *Breast Unit* è stata superata la parcellizzazione degli interventi sul territorio e si è proceduto alla centralizzazione degli interventi chirurgici presso il P.O. V. Fazzi di Lecce, raggiungendo pienamente l'obiettivo previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia con aumento del numero di interventi rispetto al precedente anno, garantendo così la presa in carico e la cura delle donne con tumore alla mammella e incidendo positivamente sulla mobilità passiva.

Dato analogo si registra anche per il trattamento dei tumori del tratto gastroenterico con *performance*, con volumi di attività elevati ed ottimi esiti (mortalità a 30 giorni per tumore del colon inferiore al 2%).

È giusto il caso di sottolineare che l'attività chirurgica del P.O. V. Fazzi di Lecce (Chirurgia Generale ed Urologia) si avvale anche del *robot* Da Vinci, che permette una maggiore precisione della procedura e minori disagi post operatori per il paziente.

Per ciò che concerne le altre UU.OO. di Chirurgia Generale della ASL Lecce, si evidenzia che le UU.OO. di Scorrano, Copertino e Gallipoli sono *spoke* chirurgici per il trattamento del tumore del colon-retto, come previsto dalla D.G.R. n. 1103/2020 e tutti assicurano volumi di attività superiori a 30 interventi/annui, come richiesto dalla stessa delibera, ad eccezione del P.O. di Copertino nel quale tale valore si assesta a 26 interventi.

Per ciò che concerne la patologia non neoplastica, l'indicatore del NSG relativo alla proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni, per la ASL è pari a 82,85%, al di sopra dello *standard* e in netto miglioramento rispetto al precedente anno. Su tale dato è giusto il caso di fare alcune osservazioni di natura organizzativa. Infatti in quasi tutti i contesti ospedalieri, soprattutto in quelli a più elevata intensità di cura, non viene raggiunto lo *standard*, mentre il dato è straordinariamente positivo nella *Week Surgery* di Galatina (95,25%). Questo correla con un'idea organizzativa di fondo che gli interventi a più bassa complessità debbano necessariamente essere trasferiti in *setting* assistenziali più appropriati, quali la *Week Surgery*, permettendo un'ottimizzazione delle risorse e un migliore esito di salute e di qualità delle cure per il paziente, lasciando agli ospedali a più elevata intensità di cura i casi più complessi che evidentemente non possono esaurire il loro percorso di cura post-intervento in 3 giorni.

Negli ospedali periferici, spesso, si evidenzia una degenza preoperatoria al limite o di poco superiore allo *standard*. Ciò è da imputare alla carenza di anestesisti che in taluni casi non permette di garantire l'attività delle sale operatorie in elezione, con dilatazione delle sedute operatorie e aumento dei tempi di degenza preoperatoria. Per tale ragione, l'Azienda si sta impegnando ad implementare un regolamento di blocco operatorio che garantisca un'ottimizzazione nella gestione ed organizzazione della risorsa blocco operatorio.

In riferimento alla Chirurgia Toracica, che si occupa del trattamento chirurgico del cancro del polmone, lo *standard* previsto dalla D.G.R. n. 1103/2020 è stato pienamente raggiunto per il riconoscimento del centro quale HUB della rete (108 interventi a fronte del valore *target* > 100).

L'U.O. di Urologia del P.O. V. Fazzi di Lecce ha garantito l'assistenza urologica di una buona fetta di popolazione, registrando un numero di ricoveri e di prestazioni ambulatoriali molto elevato e soddisfacendo una domanda sanitaria maggiore con recupero della mobilità passiva infra ed extra regionale, passando da n. 33 interventi della prostata nel 2021 a n. 62 nel 2022 (+ 90%) e a n. 98 nel 2023 (+ 60% rispetto ad anno precedente); analogamente è accaduto per gli interventi al rene (n. 34 nel 2021, n. 58 nel 2022 (+ 71%) e n. 70 nel 2023 (+ 21% rispetto all'anno precedente)). Anche in questo caso, la possibilità di operare con il *robot* Da Vinci, unitamente alle

professionalità presenti, probabilmente, ha permesso una maggiore attrattività dell'Unità Operativa.

Come si evidenzia anche dalla tabella sotto riportata, ottime sono risultate le *performance* del *day service* oculistico, che garantisce l'integrazione ospedale-territorio, la quale ha assicurato il coordinamento e le attività territoriali, soprattutto in relazione all'effettuazione degli interventi di cataratta presso i punti erogatori identificati nella rete (PTA di Maglie, PTA di Gagliano, PTA di Nardò, Ospedale Vito Fazzi di Lecce e P.O. di Gallipoli). Si è cercato di aggredire la lunga lista di attesa per intervento di cataratta aumentando la produttività dei centri erogatori e le sedute presso gli stessi, limitatamente alle risorse disponibili. Purtroppo, in molti casi, la lunga attesa ha fatto sì che l'intervento si rilevasse più complesso e, pertanto, è stato necessario prevedere *setting* assistenziali a maggiore complessità con ricovero dei pazienti presso l'U.O. di Oftalmologia del P.O. di Lecce, determinando, per lo stesso reparto un livello di inappropriatazza dei DRG maggiore rispetto allo *standard* richiesto, sebbene in riduzione rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda l'area di otorinolaringoiatria, si evidenzia che presso l'U.O. del P.O. V. Fazzi di Lecce si effettua l'attività chirurgica dedicata alla patologia neoplastica, con volumi di attività importanti (n. 40 interventi per K laringe e n. 7 interventi per K del cavo orale nel 2023). Persistono alcune criticità legate alla chirurgia minore, che potrebbe essere trasferita in *setting* assistenziali più idonei eppure viene ancora trattata con ricovero chirurgico a svantaggio della prestazione in *day service*.

L'odontostomatologia del P.O. V. Fazzi di Lecce è prevalentemente impegnata nell'assistenza e nella cura dei pazienti disabili, per i quali è previsto un percorso di Odontoiatria Sociale ormai consolidato che permette di effettuare procedure di particolare complessità in *setting* ad elevata complessità ed appropriati in relazione alla particolare fragilità del paziente tipo. Questo, ovviamente, ha un risvolto sociale oltre che terapeutico particolarmente importante, sebbene produca un aumento della spesa farmaceutica.

Si riporta di seguito le tabelle riepilogative dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche:

Dipartimento Chirurgie e Specialistiche				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento o obtv
Chirurgia Generale PO Lecce	97%	87%	87%	91
Chirurgia Generale PO Scorrano	91%	66%	83%	82
Chirurgia Generale PO Gallipoli	91%	83%	87%	89
Chirurgia Generale PO Copertino	85%	66%	87%	80
Week Surgery Galatina	65%	94%	77%	83
Chirurgia Generale PO Casarano	97%	59%	87%	86
Chirurgia Toracica PO Lecce	89%	95%	97%	95
Chirurgia Plastica PO Lecce	91%	88%	83%	95
Endoscopia Interventistica				
Urologia PO Lecce	96%	81%	83%	89
Urologia PO Casarano	90%	62%	77%	81

Dipartimento Chirurgie e Specialistiche (testa collo)				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento o obtv
DAY SERVICE OCULISTICO - INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	96%	86%	95%	94
OFTALMOLOGIA PO LECCE	96%	61%	87%	84
OTORINO LECCE	96%	74%	77%	83
ODONTOSTOMATOLOGIA LECCE	93%	100%	67%	92
OTORINO GALLIPOLI	75%	84%	80%	80
OTORINO SCORRANO	70%	84%	97%	84
OCULISTICA PO GALLIPOLI	76%	100%	80%	83

Valutazione risultati del Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche

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 Chirurgia e Specialistiche, sul valore di raggiungimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO																		
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																		
CdC	CdcDsc	2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Valutate
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	
A11102301	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	818	-	19	4.891	506	-	8	4.406	494	1	20	4.931	- 12	1	12	525	22
A11102361	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.897	1		12.247	1.714	4		7.431	1.658	20		7.736	- 56	16		305	3
A12102361	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	1.028	141	27	8.145	944	2	-	6.003	841	3	185	6.359	- 103	1	185	356	
A13102361	O. GALATINA - ORTOPEDIA				3.664				110				100				- 10	
A14102361	O. CASARANO - ORTOPEDIA	953	180	323	10.949	775	8	90	7.689	837	91	180	7.696	62	83	90	7	
A15102361	O. SCORRANO - ORTOPEDIA	899	151	327	9.546	928	139	144	9.432	961	154	181	10.636	33	15	37	1.204	
A16102361	O. GALLIPOLI - ORTOPEDIA	670	264	313	8.630	1.024	-	122	7.005	1.034	1	113	7.065	10	1	- 9	60	
Totale DIP. ORTO.TRAUMATOLOGICO		6.265	737	1.009	58.072	5.891	153	364	42.076	5.825	270	679	44.523	- 66	117	315	2.447	25
														-1,12%	76,47%	86,54%	5,82%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):

2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimission e)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop. pr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11102301	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	22	33	6.240	51,81%	494	6.118	12,38	288	58,30%	39	0,09	1.058,87	2,14
A11102361	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	36	13.313	101,32%	1.658	13.499	8,14	1.527	92,10%	564	0,52	2.149,47	1,30
A12102361	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	-	22	4.903	61,06%	841	4.954	5,89	701	83,35%	296	0,54	999,35	1,19
A14102361	O. CASARANO - ORTOPEDIA	-	23	5.351	63,74%	837	5.395	6,45	715	85,42%	158	0,23	1.246,26	1,49
A15102361	O. SCORRANO - ORTOPEDIA	-	21	6.833	89,15%	961	7.056	7,34	827	86,06%	190	0,25	1.344,95	1,40
A16102361	O. GALLIOLI - ORTOPEDIA	-	22	6.328	78,80%	1.034	6.358	6,15	768	74,27%	320	0,45	1.238,01	1,20
2022														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimission e)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop. pr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11102301	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	58	32	6.166	52,79%	506	5.979	11,82	277	54,74%	44	0,10	1.044,73	2,06
A11102361	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	36	12.989	98,85%	1.714	13.202	7,70	1.575	91,89%	557	0,48	2.219,34	1,29
A12102361	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	1	22	4.557	56,75%	944	4.703	4,98	759	80,40%	423	0,81	995,86	1,05
A13102361	O. GALATINA - ORTOPEDIA	-	5	-	0,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A14102361	O. CASARANO - ORTOPEDIA	-	20	5.080	69,59%	775	5.124	6,61	615	79,35%	217	0,39	1.041,15	1,34
A15102361	O. SCORRANO - ORTOPEDIA	-	22	6.944	86,48%	928	7.043	7,59	744	80,17%	176	0,23	1.305,78	1,41
A16102361	O. GALLIOLI - ORTOPEDIA	-	22	4.888	60,87%	1.024	4.945	4,83	728	71,09%	332	0,48	1.188,38	1,16

L'attività ortopedica-traumatologica è garantita in tutti i presidi ospedalieri a gestione diretta, ad eccezione del P.O. di Galatina. Il dipartimento aziendale si integra con la Rete Trauma, stabilita a livello regionale, che riconosce il P.O. V. Fazzi quale C.T.S. (centro ad alta specializzazione), mentre gli altri PP.OO. a gestione diretta vengono identificati quale P.S.T. (Pronto soccorso territoriali).

È di tutta evidenza quindi che l'attività più intensiva e il politraumatizzato trovano risposta assistenziale presso il P.O. V. Fazzi, mentre gli ospedali partecipano all'assistenza traumatologica a più bassa intensità di cura.

Il dipartimento in questione è forse il primo tra gli altri che ha inaugurato un modello di attività basato su *équipe* mobili, che operano spostandosi nei centri periferici, a seconda degli interventi da effettuare, attuando un modello innovativo per scongiurare il rischio della sospensione dell'attività di alcuni reparti, talvolta paventato a causa della carenza di personale.

Tutti i reparti hanno registrato livelli superiori allo *standard* per l'indicatore “% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario”, garantendo la qualità dell'assistenza ed evitando così un prolungamento del ricovero non utile per la salute del paziente e non sostenibile dal punto di vista economico. Persistono, tuttavia, alcune criticità legate a situazioni differenti. Nell'U.O. di Ortopedia del P.O. di Lecce il numero di ricoveri contrattualizzato non è stato raggiunto, probabilmente a favore di una distribuzione dei ricoveri in ambito dipartimentale. La casistica trattata, in ogni caso, è stata complessa (peso medio DRG 1,3), con un numero consistente di interventi di sostituzione protesica. Ciò incide sulla spesa farmaceutica e sull'incidenza dei dispositivi medici.

In alcuni contesti, come già rappresentato per le altre branche chirurgiche, la carenza di anestesisti e di ortopedici e la mancata possibilità di garantire le sedute in elezione, ma anche in emergenza, secondo la programmazione prevista, ha determinato l'aumento del tempo medio di attesa di intervento per frattura tibia e perone (PP.OO. di Scorrano, Copertino e Casarano). In questa branca, persistono ancora criticità legate ad una inappropriatazza dei ricoveri, sebbene in molte UU.OO. si registra un miglioramento rispetto all'anno precedente.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico:

Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
FAZZI - ORTOPEZIA E TRAUMATOLOGIA	74%	78%	77%	80
SCORRANO - ORTOPEZIA E TRAUMATOLOGIA	81%	64%	83%	80
GALLIPOLI - ORTOPEZIA E TRAUMATOLOGIA	88%	82%	87%	88
CASARANO - ORTOPEZIA E TRAUMATOLOGIA	93%	75%	77%	84
COPERTINO - ORTOPEZIA E TRAUMATOLOGIA	80%	75%	77%	81
FAZZI - NEUROCHIRURGIA	80%	62%	87%	80

Valutazione risultati del Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico

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 Ortopedico e Neurotraumatologico, sul valore di raggiungimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Dipartimento Materno Infantile

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE																			
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																			
CdC	CdcDsc	2019				2022				2023				Diff. 2023 - 2022				Schede non Validate	
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb		SDO
A11103311	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	753			1.844	856			611	736			688	-120				77	1
A11103312	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	35		-	962	20			18	47			52	43				103	32
A11103371	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.444	502	491	15.340	3.153	537	647	8.599	2.890	468	683	15.113	-263	-69	36	6.514	3	
A13103371	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.140	271		6.177	954	197		4.138	835	265		5.672	-119	68		1.534	7	
A14103371	O. CASARANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA			405	1.880			75	775			-	296		-75	-479			
A15103371	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.088	94	47	6.835	1.006	198	49	4.513	1.021	321	100	4.680	15	123	51	167		
A16103371	O. GALLIPOLI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.368	-	-	4.504	1.048	-	196	4.645	1.139	45	715	5.435	91	45	519	790		
A11103111	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	715		165	2.339	593			117	1.471	659		212	2.919	66		95	1.448	
A11103391	O. FAZZI - PEDIATRIA	1.001	119	97	6.087	791	157	121	5.054	1.014	87	8	6.343	223	-70	-113	1.289		
A11103393	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	263	337	1.073	705	170	415	480	133	281	313	823	167	111	-102	343	34		
A11103394	O. FAZZI - NIDO	1.433				1.192				1.234				42					
A11103395	O. FAZZI - REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA PEDIATRICA		-	-	-		-	-			63	269	1.382		63	269	1.382		
A13103391	O. GALATINA - PEDIATRIA	1.064	7	242	11.479	612	2	51	1.516	731	-	49	3.074	119	-2	-2	1.558	9	
A13103392	O. GALATINA - NIDO	561				482				474				-8				1	
A14103391	O. CASARANO - PEDIATRIA			663	1.075			589	904			589	995		-			91	
A15103391	O. SCORRANO - PEDIATRIA	791	43	209	4.380	595	24	145	4.171	834	49	170	5.019	239	25	25	848		
A15103392	O. SCORRANO - NIDO	519				535				543				8					
A16103391	O. GALLIPOLI - PEDIATRIA	849	151	195	4.413	519	37	86	3.615	988	27	63	4.647	469	-10	-23	1.032		
A16103392	O. GALLIPOLI - NIDO	452				501				378				-123					
Totale DIP. MATERNO INFANTILE		15.476	1.524	3.587	68.020	13.027	1.567	2.574	40.192	13.809	1.638	3.724	56.533	782	71	1.150	16.341	21	
														6,00%	4,53%	44,68%	40,66%		

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappropr.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11103311	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	1	12	4.750	108,45%	736	4.759	6,47	3	0,41%	76	0,20	834,65	1,13
A11103312	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	4	670	45,89%	52	664	12,77	3	5,77%	4	0,09	142,47	2,74
A11103371	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	44	10.314	64,22%	2.890	10.547	3,65	1.294	44,78%	434	0,18	1.698,86	0,59
A13103371	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	24	2.749	31,38%	835	2.824	3,38	313	37,49%	87	0,12	475,10	0,57
A15103371	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	22	3.728	46,43%	1.021	3.748	3,67	538	52,69%	100	0,11	709,63	0,70
A16103371	O. GALLUPOU - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	20	3.505	48,01%	1.139	3.588	3,15	663	58,21%	265	0,30	744,46	0,65
A11103111	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	-	15	1.686	30,79%	659	1.688	2,56	484	73,44%	379	1,35	516,75	0,78
A11103391	O. FAZZI - PEDIATRIA	-	18	5.443	82,85%	1.014	5.473	5,40	2	0,20%	234	0,30	559,56	0,55
A11103393	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	-	8	1.606	55,00%	281	1.608	5,72	3	1,07%	103	0,58	245,92	0,88
A13103391	O. GALATINA - PEDIATRIA	9	10	2.834	77,64%	731	2.855	3,91			184	0,38	314,22	0,43
A15103391	O. SCORRANO - PEDIATRIA	-	11	3.621	90,19%	834	3.706	4,44	3	0,36%	67	0,09	419,52	0,50
A16103391	O. GALLUPOU - PEDIATRIA	-	16	3.431	58,75%	988	3.469	3,51	4	0,40%	278	0,41	470,76	0,48
2022														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappropr.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11103311	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	1	12	5.075	115,87%	856	5.093	5,95	4	0,47%	127	0,28	995,14	1,16
A11103312	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1	11	399	9,94%	20	376	18,80	2	10,00%	2	0,12	27,55	1,38
A11103371	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	44	11.454	71,32%	3.153	11.665	3,70	1.543	48,94%	493	0,19	1.960,03	0,62
A13103371	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	13	22	3.404	42,39%	954	3.439	3,60	446	46,75%	117	0,14	578,43	0,61
A15103371	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	22	3.504	43,64%	1.006	3.564	3,54	560	55,67%	171	0,20	680,91	0,68
A16103371	O. GALLUPOU - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	20	3.126	42,82%	1.048	3.209	3,06	578	55,15%	238	0,29	683,66	0,65
A11103111	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	-	15	1.645	30,05%	593	1.674	2,82	414	69,81%	305	1,06	480,96	0,81
A11103391	O. FAZZI - PEDIATRIA	2	18	4.061	61,81%	791	4.085	5,16			162	0,26	405,47	0,51
A11103393	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	-	6	839	38,31%	170	860	5,06	8	4,71%	64	0,60	152,77	0,90
A13103391	O. GALATINA - PEDIATRIA	-	9	2.401	73,09%	612	2.413	3,94			147	0,38	249,35	0,41
A15103391	O. SCORRANO - PEDIATRIA	-	13	2.304	48,56%	595	2.326	3,91	1	0,17%	36	0,06	268,78	0,45
A16103391	O. GALLUPOU - PEDIATRIA	-	14	2.105	41,19%	519	2.149	4,14	1	0,19%	167	0,48	243,17	0,47

Per quanto riguarda l'area materno-infantile, sono da tempo note le criticità legate all'assistenza all'evento nascita, che non permettono di raggiungere i livelli richiesti dal NSG. Infatti, ad eccezione del P.O. V. Fazzi di Lecce, dove il ricorso al parto cesareo primitivo è migliore rispetto allo *standard* previsto per gli ospedali di II livello (23,90% vs valore *target* $\leq 25\%$), negli ospedali di I livello il dato è peggiore rispetto allo *standard* previsto, ma in miglioramento rispetto agli anni precedenti. Infatti, nel tempo, numerosi sono stati gli sforzi messi in atto per garantire una migliore assistenza al parto, soprattutto nell'ambito del percorso nascita e del Comitato Aziendale, ma persistono alcune criticità, anche strutturali e logistiche, oltre che organizzative, per le quali gli interventi necessari richiedono una tempistica maggiore.

Anche l'attività dell'UTIN del P.O. di Lecce, per quanto abbia registrato un aumento rispetto agli anni precedenti, risente dell'assenza di UU.OO. di Neonatologia sul territorio, che obbligano, spesso, a trasferire i piccoli pazienti che necessitano di particolari cure dalla provincia al capoluogo.

Si sottolinea, inoltre, che molto importante è l'attività in rete svolta dalle UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia, nonché di Pediatria e UTIN per ciò che concerne i trasporti in emergenza (STAM e STEN), che permettono di centralizzare presso i centri a più elevata intensità assistenziale le gravidanze a rischio e/o i nati con necessità di trattamenti intensivi, sulla base della necessità

assistenziale. Per ciò che riguarda lo STEN si segnala inoltre che l'UTIN del P.O. V. Fazzi di Lecce è identificato quale centro *hub* anche per la provincia di Brindisi e Francavilla Fontana.

Di recente riattivazione, dopo trasferimento presso il P.O. V. Fazzi di Lecce, è il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, che è stato accreditato nel corrente anno per le procedure di I e II livello ed ha, pertanto, iniziato ad eseguire le procedure previste oltre alle prestazioni connesse.

Si evidenzia che i reparti di Ginecologia sono impegnati anche nell'attività di trattamento chirurgico delle patologie dell'apparato genitale femminile (utero-ovaio). Si segnalano alcune criticità in talune UU.OO. (P.O. V. Fazzi di Lecce) in ordine alle liste di attesa per queste patologie, probabilmente legate anche ad una scarsa attività di manutenzione delle stesse. Di contro si registra una ripresa dell'attività chirurgica in altre UU.OO. tra cui la U.O. del P.O. di Scorrano che, nel 2023, ha effettuato n. 36 interventi per K ginecologici.

Per quanto riguarda l'area pediatrica, le *performance* sono tutte di alto livello, ad eccezione di alcuni indicatori di assistenza ospedaliera per alcune UU.OO., principalmente legate alla particolarità dei pazienti trattati. Infatti, per gli indicatori della oncoematologia pediatrica e i ricoveri in DH di tipo diagnostico vale lo stesso ragionamento già operato per la ematologia, così come si riscontrano, in alcune pediatrie, un livello di inappropriatelyzza e ricoveri di tipo diagnostico probabilmente legati all'età dei pazienti.

Nel corso dell'anno 2023, si è proceduto all'istituzione dell'U.O. di Reumatologia e Immunologia Pediatrica, così come da previsioni della Rete regionale, che svolge la sua attività prevalentemente in regime di *day service*, con un'offerta unica sul territorio e funzionalmente collegata nell'ambito regionale.

Si riportano di seguito le tabelle riepilogative dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento Materno Infantile:

Dipartimento Materno Infantile				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	77%	93%	74%	82
SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	97%	88%	74%	87
GALLIPOLI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	90%	64%	82%	81
GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	97%	87%	81%	89
FAZZI - NEONATOLOGIA - UTIN	70%	100%	93%	81
LECCE - PMA	32%	100%	96%	80
U.O.S.V.D. GINECOLOGIA TERRITORIALE	94%	Non presente	Non presente	98

Dipartimento Materno Infantile				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
FAZZI - PEDIATRIA	90%	76%	90%	85
SCORRANO - PEDIATRIA	93%	67%	83%	81
GALLIPOLI - PEDIATRIA	96%	81%	97%	89
GALATINA - PEDIATRIA	90%	71%	83%	81
FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	93%	81%	80%	83
FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	90%	89%	80%	85
LECCE - REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA PEDIATRICA	96%	100%	85%	88

Valutazione risultati del Dipartimento Materno Infantile

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 Materno Infantile, sul valore di raggiungimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Dipartimento integrato Emergenza – Urgenza

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività e degli indici di funzionalità delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA														
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto														
CdC	CdCDesc	2019			2022			2023			Diff. 2023 - 2022			Schede non Validate
		ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	
A11104AR1	O. FAZZI - SERVIZIO DI ANESTESIA			4.665			3.505			3.800			295	
A11104AR2	O. FAZZI - TERAPIA INTENSIVA	239	-	727	212	285	1.169	250	223	1.252	38	- 62	83	
A11104AR5	O.FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENSIVA	-		-	135		4	40		3	- 95		1	
A11104PS1	O. FAZZI - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			14			16			45			29	
A12104AR1	O. COPERTINO - SERVIZIO DI ANESTESIA			1.166			987			827			- 160	
A12104GO3	O. COPERTINO - BLOCCO OPERATORIO			1			-			3			3	
A12104PS1	O. COPERTINO - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			87			44			46			2	
A13104AR1	O. GALATINA - SERVIZIO DI ANESTESIA			243			203			269			66	
A13104PS1	O. GALATINA - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			1.537			1.700			17			- 1.683	
A14104AR1	O. CASARANO - SERVIZIO DI ANESTESIA			238			251			560			309	
A14104AR3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	85	-	124	70	-	841	84	3	691	14	3	- 150	
A14104PS1	O. CASARANO - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			15			8			33			25	
A15104AR1	O. SCORRANO - SERVIZIO DI ANESTESIA			662			759			766			7	
A15104AR2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	66	-	183	68	30	783	83	21	2.530	15	- 9	1.747	
A15104PS1	O. SCORRANO - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			249			31			18			- 13	
A16104AR1	O. GALLIOLI - SERVIZIO DI ANESTESIA E CAMERA IPERBARICA			3.311			3.314			3.939			625	
A16104AR2	O. GALLIOLI - TERAPIA INTENSIVA	77		16	68		138	69		206	1		68	
A16104PS1	O. GALLIOLI - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			281			41			52			11	
Totale DIP. EMERG. URGENZA		467	-	13.519	553	315	13.794	526	247	15.057	- 27	- 68	1.263	-
											-4,88%	-21,59%	9,16%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11104AR2	O. FAZZI - TERAPIA INTENSIVA	-	15	3.415	62,37%	250	2.881	11,52	121	48,40%	9	0,04	864,68	3,46
A11104AR5	O.FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENS	-	8	464	15,89%	40	413	10,33	3	7,50%			104,20	2,61
A14104AR3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	-	6	1.125	51,37%	84	920	10,95	19	22,62%	1	0,01	268,29	3,19
A15104AR2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	-	4	1.136	77,81%	83	1.109	13,36	9	10,84%	1	0,01	241,79	2,91
A16104AR2	O. GALLIOLI - TERAPIA INTENSIVA	-	6	1.240	56,62%	69	973	14,10	13	18,84%			202,87	2,94
2022														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11104AR2	O. FAZZI - TERAPIA INTENSIVA	2	16	3.451	59,09%	212	3.005	14,17	120	56,60%	9	0,04	898,91	4,24
A11104AR5	O.FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENSIVA	-	10	1.863	51,04%	135	1.918	14,21	15	11,11%			452,46	3,35
A14104AR3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	-	4	1.038	71,10%	70	948	13,54	11	15,71%			210,42	3,01
A15104AR2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	-	4	691	47,33%	68	706	10,38	13	19,12%	1	0,01	219,87	3,23
A16104AR2	O. GALLIOLI - TERAPIA INTENSIVA	-	4	1.095	75,00%	68	862	12,68	15	22,06%			184,60	2,71

Il Dipartimento si compone di Unità Operative che gestiscono l'emergenza-urgenza, diversificando una linea di attività dedicata al Pronto Soccorso e al 118 e una linea di attività dedicata all'Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio.

Per ciò che concerne la prima linea di attività, si è già discusso della parte relativa al 118, la quale si integra con le attività delle Unità Operative di Pronto Soccorso presenti nei 6 PP.OO..

Relativamente alle *performance*, tutte le UU.OO. mantengono livelli elevati. Tuttavia esistono alcune criticità connesse ai casi di abbandono, in particolare presso il P.S. del P.O. V. Fazzi di Lecce, per quanto il dato sia in miglioramento rispetto all'anno precedente.

L'indicatore relativo alla presa in carico dei codici gialli entro 30 minuti ha dimostrato una *performance* migliore rispetto al precedente anno nei PP.OO. di Casarano, Gallipoli, Galatina e Copertino, mentre è in peggioramento negli ospedali di Lecce e Scorrano. Ovviamente il dato correla con l'identificazione della priorità in fase di *triage* e con la capacità di presa in carico sulla base della priorità assegnata e la tempistica definita.

Si confermano molto buoni gli indicatori che permettono di qualificare l'inquadramento diagnostico e la stabilizzazione del paziente che accede in P.S. con appropriata risposta assistenziale all'interno dei percorsi ospedalieri (% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione) unitamente all'attività di filtro svolta rispetto alla domanda sanitaria che può trovare risposta in *setting* assistenziali differenti - ospedale, territorio, domicilio - (Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.)

Bisogna tenere in debita considerazione che anche i servizi di P.S. risentono di una cronica carenza di personale aggravata dalla presenza di personale con limitazioni ovvero non idoneo alle mansioni nonché, nelle nostre realtà periferiche, di criticità strutturali e logistiche delle strutture che ospitano i Pronto Soccorso, in fase di superamento con interventi finanziati dal D.L. n. 34/2020.

Per quanto riguarda la seconda linea di attività, si divide in reparto di Terapia Intensiva – ad eccezione di Copertino e Galatina – rianimazione in emergenza/urgenza, procedure anestesologiche e blocco operatorio, terapia del dolore organizzata in rete ai sensi della D.D.G. n. 2281/2017, con un *hub* identificato presso il P.O. V. Fazzi di Lecce e alcuni *spoke* distribuiti sul territorio.

La divisione di Terapia Intensiva nel P.O. di Lecce ha concorso anche, nell'anno 2023, alla gestione dei casi COVID che necessitavano di cure intensive, con un aumento di posti letto dedicati ed effettuando tale attività in prestazione aggiuntiva.

Per ciò che concerne l'attività di sala operatoria, la stessa si esplica sul territorio provinciale in maniera diversificata, a seconda delle UU.OO. presenti nei singoli presidi ospedalieri e del numero di sale operatorie attive. In molti casi, soprattutto negli ospedali periferici, data la persistente carenza di organico medico, assicurare l'attività delle sale in elezione è stata impresa particolarmente ardua, che si è cercato di garantire con l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive. Analogamente è stato fatto presso il P.O. V. Fazzi di Lecce, nel quale, per quanto la presenza di personale sia lievemente più consistente, la logistica della struttura e la presenza di sale operatorie dislocate nel plesso storico e nel DEA richiedono una duplicazione di servizi e, pertanto, di turni dedicati.

D'altra parte, è in corso una riorganizzazione delle attività di sala operatoria, nel P.O. V. Fazzi *in primis* e a seguire in tutti gli ospedali a gestione diretta, alla luce delle indicazioni fornite dal Ministero con l'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", recepite dalla Regione Puglia con la D.G.R. n. 45/2023, la cui attività di ricerca è proseguita nel progetto di ricerca ministeriale "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati", per il quale il P.O. V. Fazzi di Lecce è stato individuato quale Ospedale pilota.

La parto-analgesia in ASL è assicurata solo presso il P.O. V. Fazzi di Lecce e si è cercato di procedere all'implementazione del servizio anche negli altri punti nascita, avviando concertazioni tra i vari attori del processo. L'attività si è interrotta a causa della carenza di personale, che non ha permesso di programmare la fase operativa e assicurare il servizio in condizioni di qualità e sicurezza. Sicuramente questo riverbera sui volumi di parti che si effettuano sui punti nascita periferici come sulla qualità dell'assistenza al parto che il Ministero registra attraverso il numero di parti cesarei primitivi.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento Integrato Emergenza Urgenza:

Dipartimento Integrato Emergenza Urgenza				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
FAZZI - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	89,85%	85,62%	50,00%	83
SCORRANO - ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO	90,95%	77,79%	50,00%	81
GALLIPOLI - ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO	100%	69,67%	50,00%	82
CASARANO - ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO	100%	95,60%	33,50%	88
GALATINA - ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO	100%	51,45%	83,50%	87
COPERTINO - ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO	85,42%	100%	33,50%	82
FAZZI - BLOCCO OPERATORIO	78,88%	100%	50,00%	83

Valutazione risultati del Dipartimento Integrato Emergenza Urgenza

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 Integrato Emergenza Urgenza, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

Dipartimento delle Diagnostiche

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE					
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto					
		2019	2022	2023	Diff. 2023 - 2022
CdC	CdcDsc	Amb	Amb	Amb	Amb
A11104AP1	O. FAZZI - ANATOMIA PATOLOGICA	38.759	48.497	38.948	- 9.549
A11104LA1	O. FAZZI - LAB. DI GENETICA MEDICA	29.324	41.701	49.573	7.872
A11104LA4	O. FAZZI - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	3.229.780	3.938.332	3.795.862	-142.470
A12104LA1	O. COPERTINO - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	800.895	719.374	797.110	77.736
A13104LA1	O. GALATINA - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	1.171.246	1.070.613	1.030.234	- 40.379
A13104LA2	O. GALATINA - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA - Biologia Molecolare	-	242.055	42.858	-199.197
A14104LA1	O. CASARANO - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	1.524.158	1.398.139	1.612.352	214.213
A15104LA1	O. SCORRANO - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	1.466.673	1.576.153	1.911.617	335.464
A16104AP1	O. GALLIPOLI - ISTOLOGIA E ANAT. PATOL.	18.090	34.592	44.847	10.255
A16104LA1	O. GALLIPOLI - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	992.001	992.030	1.166.093	174.063
A2100100E	D.S.S. LECCE - L.A. PATOLOGIA CLINICA	1.426.242	1.586.142	1.692.508	106.366
Totale Diagnostica di Laboratorio		10.697.168	11.647.628	12.182.002	534.374
					4,59%
A11104MN1	O. FAZZI - MEDICINA NUCLEARE	10.841	7.911	6.458	- 1.453
A11104RD1	O. FAZZI - RADIODIAGNOSTICA	112.639	87.334	96.744	9.410
A11104RD4	O. FAZZI - NEURORADIOLOGIA	39.355	21.014	20.536	- 478
A11204RD1	O. S.CESARIO - RADIODIAGNOSTICA	6.307	2.249	5.096	2.847
A12104RD1	O. COPERTINO - RADIODIAGNOSTICA	48.900	40.500	48.366	7.866
A13104RD1	O. GALATINA - RADIODIAGNOSTICA	30.378	31.032	34.280	3.248
A14104RD1	O. CASARANO - RADIODIAGNOSTICA	91.781	47.246	46.864	- 382
A15104RD1	O. SCORRANO - RADIODIAGNOSTICA	48.248	40.860	44.632	3.772
A16104RD1	O. GALLIPOLI - RADIODIAGNOSTICA	37.304	31.515	38.897	7.382
A2100100G	D.S.S. LECCE - RADIOLOGIA SEZIONE DI RMN E TAC	4.324	6.175	8.231	2.056
A2100100H	D.S.S. LECCE - RADIOLOGIA SEZIONE DI SENOLOGIA	4.801	4.976	5.521	545
A2100100L	D.S.S. LECCE - SERVIZIO RADIOLOGIA	14.229	11.228	11.204	- 24
A21101006	D.S.S. CAMPI - RADIODIAGNOSTICA	12.327	6.865	6.551	- 314
A21201006	D.S.S. - NARDO' - RADIODIAGNOSTICA	8.267	8.894	8.364	- 530
A21301003	D.S.S. MARTANO - SERV. RADIOLOGIA MARTANO	10.577	8.275	8.269	- 6
A21501005	D.S.S. MAGLIE - Radiodiagnostica	4.622	4.605	1.985	- 2.620
A21601002	D.S.S. POGGIARDO - Radiodiagnostica	11.188	5.411	2.822	- 2.589
Totale Diagnostica per Immagini		496.088	366.090	394.820	28.730
					7,85%

Il dipartimento delle diagnostiche, che raggruppa i laboratori e le anatomie patologiche della ASL unitamente alle radiodiagnostiche e alla medicina nucleare, è uno dei dipartimenti che più partecipa all'offerta di prestazioni sanitarie, sia per pazienti ricoverati che per utenti esterni, essendo aumentata, nel tempo, la domanda di prestazioni di esami strumentali e di laboratorio ed è, purtroppo, uno dei settori nel quale si registra una cronica carenza di personale medico specializzato. L'attività dell'anatomia patologica, inoltre, è determinante nel rispetto dei PDTA approvati per i vari tumori, la cui tempestività di diagnosi correla con la possibilità di un intervento precoce e, quindi, con migliori esiti di salute. Purtroppo, anche in questo campo, la carenza di personale si ripercuote sulla capacità di effettuare il volume di esami richiesti entro la tempistica stabilita. Nel corso del 2023, a fronte di tale problematica, si è cercato di procedere ad una riorganizzazione del servizio, prevedendo la partecipazione del privato accreditato per la diagnostica dei distretti socio-sanitari, al fine di destinare l'attività ospedaliera esclusivamente alla diagnostica oncologica.

L'attività della patologia clinica è effettuata con ottimi livelli di *performance*, garantendo completamente il fabbisogno stimato. L'unica criticità riscontrata, sulla quale in corso di contrattazione si è cercato di agire, è quella relativa alla revisione delle richieste di esami per interni sulla base dei profili diagnostici ed in linea con i PDTA e le LL.GG. nazionali ed internazionali, al fine di migliorare l'appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici. In nessun caso è stato possibile ridurre il tasso di esami richiesti per i pazienti ricoverati. D'altra parte, tale iniziativa richiede una condivisione ed una partecipazione anche dei prescrittori.

L'attività di radiodiagnostica della ASL Lecce si avvale di apparecchi radiologici presenti in tutti i punti erogatori (compresa la TAC) e di Risonanze Magnetiche *body* dislocate sul P.O. V. Fazzi di Lecce, P.O. di Casarano e Radiologia territoriale. È stato garantito un livello di *performance* medio-alto, con un *trend* in aumento nel numero di prestazioni effettuate rispetto all'anno precedente, ad eccezione di alcune realtà nelle quali la carenza di personale si è aggravata a causa del pensionamento o della dimissione di alcuni dirigenti medici, che non è stato possibile compensare, atteso che quasi tutte le UU.OO. hanno effettuato prestazioni aggiuntive per garantire un pieno utilizzo delle macchine a disposizione e delle varie linee di attività diagnostiche (TAC, RM, Ecografia, RX). Le prestazioni aggiuntive, infatti, sono state utilizzate anche per garantire i percorsi di tutela delle prestazioni che non trovano risposta entro i tempi definiti dalla priorità, per quanto non sempre è stato possibile assicurare prontamente e pienamente tale risposta.

Per ciò che concerne la medicina nucleare, esami scintigrafici e PET utili nella diagnostica di alcune patologie, prevalentemente oncologiche, nel corso dell'anno 2023 vi è stata una rottura dell'apparecchiatura PET-TC, sostituita temporaneamente con un muletto, il quale non ha potuto garantire le stesse *performance*.

Si riportano di seguito le tabelle riepilogative dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento delle Diagnostiche:

Dipartimento delle Diagnostiche (Radiologie)				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento o obtv
RADIOLOGIA TERRITORIALE	65%	100%	67%	71
RADIOLOGIA PO LECCE	90%	100%	0%	86
RADIOLOGIA PO SCORRANO	83%	100%	67%	84
RADIOLOGIA PO GALLIPOLI	77%	100%	67%	82
RADIOLOGIA PO CASARANO	71%	100%	0%	77
RADIOLOGIA PO GALATINA	77%	100%	0%	78
RADIOLOGIA PO COPERTINO	88%	100%	0%	85
MEDICINA NUCLEARE	81%	100%	100%	85
NEURORADIOLOGIA PO LECCE	86%	100%	0%	84

Dipartimento delle Diagnostiche (Laboratori)				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
PATOLOGIA CLINICA PO LECCE	100%	100%	67%	93
PATOLOGIA CLINICA PO SCORRANO	100%	80%	67%	88
PATOLOGIA CLINICA PO GALLIPOLI	75%	100%	100%	87
PATOLOGIA CLINICA PO CASARANO	88%	67%	67%	83
PATOLOGIA CLINICA PO GALATINA	100%	100%	0%	80
PATOLOGIA CLINICA PO COPERTINO	100%	67%	100%	92
PATOLOGIA CLINICA DSS LECCE	100%	100%	0%	87
BIOLOGIA MOLECOLARE PO GALATINA	81%	100%	67%	85
ANATOMIA PATOLOGICA PO LECCE	76%	100%	100%	85
ANATOMIA PATOLOGICA PO GALLIPOLI	73%	100%	67%	80
GENETICA MEDICA PO LECCE	90%	84%	0%	80

Valutazione risultati del Dipartimento delle Diagnostiche

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 gran parte dei servizi del Dipartimento delle Diagnostiche, sul valore di raggiungimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale

Di seguito si riporta il quadro sinottico delle attività delle strutture afferenti al dipartimento:

DIPARTIMENTO IMMUNOTRASFUSIONALE										
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto										
CdC	CdcDsc	2019		2022		2023		Diff. 2023 - 2022		Schede non Validate SDO
		DS	Amb	DS	Amb	DS	Amb	DS	Amb	
A11104IT1	O. FAZZI - SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	-	299.451	14	121.389	64	120.202	50	- 1.187	
A12104IT1	O. COPERTINO - MEDICINA TRASFUSIONALE		56.012		5.724		4.628		- 1.096	
A13104IT1	O. GALATINA - MEDICINA TRASFUSIONALE	463	46.681	464	38.594	572	40.619	108	2.025	
A14104IT1	O. CASARANO - MEDICINA TRASFUSIONALE		31.712		5.277		327		- 4.950	
A16104IT1	O. GALLIPOLI - MEDICINA TRASFUSIONALE	-	5	85	39.072	106	35.910	21	- 3.162	
Totale DIP. IMMUNOTRASFUSIONALE		463	433.861	563	210.056	742	201.686	179	- 8.370	-
								31,79%	-3,98%	

Ottima la *performance* del Dipartimento Immunotrasfusionale, sebbene il livello di incidenza della spesa farmaceutica sia ancora elevato, comunque è in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti in ciascuna macroarea dalle UU.OO. del Dipartimento di Medicina Immunotrasfusionale:

Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
IMMUNOTRASFUSIONALE FAZZI	NON PRESENTE	100%	67%	93
IMMUNOTRASFUSIONALE GALLIOLI	NON PRESENTE	100%	67%	95

Valutazione risultati del Dipartimento di Medicina Immunotrasfusionale

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 Medicina Immunotrasfusionale, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

4.9 Dipartimento del farmaco

- *Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento.*

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

- il tetto di spesa per convenzionata, con D.G.R. n. 511/2023, rimodulato sulla base del Fondo Sanitario Nazionale 2023 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 16/6/2023, per la Asl Lecce pari a € 121.606.487, rendendo disponibile la piattaforma informatizzata Disar di Edotto per la rilevazione dei costi dell'assistenza farmaceutica, utile alla verifica del rispetto del tetto di spesa;
- con la citata D.G.R. n. 511/2023 sono stati altresì stabiliti gli obiettivi di *budget* per singola Azienda Sanitaria Locale per un *target* complessivo di riduzione ulteriore della spesa rispetto al tetto assegnato di circa 46,7 milioni di euro su base annua a livello regionale;
- il tetto di spesa per gli acquisti diretti ad ogni singola Asl, con D.G.R. n. 513/2023, rimodulato sulla base del Fondo Sanitario Nazionale 2023 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 16.06.2023, per la Asl Lecce pari ad € 128.188.569,20, rendendo disponibile la piattaforma informatizzata Disar di Edotto per la rilevazione della spesa farmaceutica, utile alla verifica del rispetto degli stessi, ivi comprese le singole voci che li compongono.

Di seguito si riportano i prospetti dei dati della spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti sostenuta dall'ASL di Lecce nel corso del 2023 e degli scostamenti rilevati rispetto ai tetti definiti con le citate DD.GG.RR. n. 511/2023 e 513/2023 a livello aziendale e regionale, così come attestato dalla Regione Puglia con note prot. n. 0202526/2024 e n. 0202527/2024 del 26/04/2024.

AZIENDA SANITARIA	[A]	[B]	[C]	[D]
	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA CHE CONCORRE AL TETTO DI SPESA	TETTO ANNUO RIMODULATO SULLA BASE DEL FSN 2023 PROVVISORIO	SCOSTAMENTO GENNAIO / DICEMBRE 2023 vs TETTO ([A] - [B])	% SCOSTAMENTO SPESA / TETTO (= [C] / [B] * 100)
ASL BARI	180.531.872	184.388.272	-3.856.400	-2,09%
ASL BRINDISI	57.272.000	58.175.031	-903.031	-1,55%
ASL BT	54.119.964	53.863.582	256.382	0,48%
ASL FOGGIA	84.531.952	87.114.895	-2.582.943	-2,96%
ASL LECCE	119.676.716	121.606.487	-1.929.771	-1,59%
ASL TARANTO	90.941.352	85.520.249	5.421.103	6,34%
REGIONE PUGLIA	587.073.856	590.668.516	- 3.594.660	-0,61%

AZIENDA SANITARIA	[A]	[B]	[C]	[D]
	SPESA FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI CHE CONCORRE AL TETTO DI SPESA	TETTO ANNUO DGR 513/2023 RIMODULATO IN BASE A FSN PROVVISORIO 2023	SCOSTAMENTO SPESA GENNAIO / DICEMBRE 2023 vs TETTO DI SPESA RIMODULATO ([A] - [B])	% SCOSTAMENTO SPESA / TETTO (= [C] / [B] * 100)
ASL BARI	226.472.614,72	167.387.863,42	59.084.751,31	35,30%
ASL BRINDISI	96.608.156,97	71.659.060,67	24.949.096,31	34,82%
ASL BT	81.560.493,98	60.793.291,40	20.767.202,57	34,16%
ASL TARANTO	123.726.179,31	94.009.535,45	29.716.643,86	31,61%
ASL LECCE	168.466.992,19	128.188.569,20	40.278.422,98	31,42%
IRCCS DE BELLIS	5.504.254,12	4.470.094,96	1.034.159,16	23,14%
ASL FOGGIA	89.779.200,72	74.478.659,03	15.300.541,69	20,54%
AO RIUNITI	20.575.187,05	18.017.921,21	2.557.265,84	14,19%
IRCCS ONCOLOGICO	17.994.905,82	17.330.214,30	664.691,52	3,84%
AO POLICLINICO	50.751.860,29	51.371.706,65	-619.846,36	-1,21%
REGIONE PUGLIA	881.439.845	687.706.916	193.732.929	28,17%

Con riferimento all'anno 2023, i dati comunicati dalla Regione Puglia con le note su richiamate, evidenziano che la **spesa farmaceutica convenzionata** si colloca all'interno del tetto fissato con uno scostamento del **- 1,59%**, mentre si registra uno sfioramento del tetto di spesa farmaceutica per **acquisti diretti** di **+ 31,42%**.

Come si evince dal prospetto la ASL di Lecce registra uno sfioramento del tetto di spesa acquisti diretti inferiore alle altre ASL della regione ad eccezione della ASL di Foggia. Occorre evidenziare, inoltre, che nella ASL di Lecce non insistono aziende ospedaliere pubbliche alle quali viene assegnato un tetto di spesa differenziato.

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

1. Distribuzione Diretta (DD) 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);
2. Distribuzione Per Conto (DPC) dell'Azienda Sanitaria relativa alla dispensazione di medicinali tramite le farmacie convenzionate secondo accordi regionali;
3. Consumi Interni (CI) 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 2023 vs 2022, fonte nota regionale prot. 0202577 del 26.04.2024.

TABELLA 2 – SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI (FARMACI + GAS MEDICALI) AZIENDE SSR GENNAIO/DICEMBRE 2023 vs 2022

AZIENDA SANITARIA	DISTRIBUZIONE DIRETTA			DISTRIBUZIONE PER CONTO			CONSUMI INTERNI			SPESA TOTALE DD + DPC + CI			
	[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]	[M]	[N]	[O]
ASL BT	48.233.346	41.637.554	15,84%	17.420.345	16.871.966	3,25%	18.215.051	15.876.673	14,73%	83.868.741	74.386.193	12,75%	9.482.548
ASL BA	150.993.151	132.633.571	13,84%	61.255.832	59.190.872	3,49%	20.599.029	19.434.796	5,99%	232.848.013	211.259.239	10,22%	21.588.774
ASL LE	93.534.399	84.177.449	11,12%	37.930.398	36.636.979	3,53%	41.874.095	39.011.899	7,34%	173.338.892	159.826.327	8,45%	13.512.565
ASL BR	56.989.118	51.629.701	10,38%	21.086.200	20.362.306	3,56%	21.250.859	22.315.946	-4,77%	99.326.177	94.307.953	5,32%	5.018.224
IRCCS ONCOLOGICO	665.515	855.279	-22,19%	-	-	-	17.988.390	17.027.381	5,64%	18.653.904	17.882.660	4,31%	771.244
ASL TA	76.035.882	66.429.278	14,46%	29.813.873	28.511.690	4,57%	21.447.437	28.380.139	-24,43%	127.297.192	123.321.108	3,22%	3.976.085
ASL FG	59.989.511	61.603.963	-2,62%	27.678.420	27.001.490	2,51%	4.950.828	3.578.857	38,34%	92.618.759	92.184.311	0,47%	434.449
IRCCS DE BELLIS	274.551	249.798	9,91%	-	-	-	5.399.738	5.829.958	-7,38%	5.674.289	6.079.756	-6,67%	405.468
AO RIUNITI	4.203.209	5.054.551	-16,84%	-	-	-	17.057.308	17.983.821	-5,15%	21.260.517	23.038.372	-7,72%	1.777.855
AO POLICLINICO	10.061.869	11.148.408	-9,75%	-	-	-	42.643.482	53.016.087	-19,57%	52.705.331	64.164.494	-17,86%	11.459.163
TOTALE	500.980.550	455.419.551	10,00%	195.185.068	188.575.303	3,51%	211.426.198	222.455.558	-4,96%	907.591.816	866.450.412	4,75%	41.141.404

- [A] SPESA DD NO INNOVATIVI NO VAX
- [B] SPESA DD NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE
- [C] Δ% INCREMENTO SPESA DD NO INNOVATIVI NO VAX vs SPESA DD NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE
- [D] SPESA DPC
- [E] SPESA DPC ANNO PRECEDENTE
- [F] Δ% INCREMENTO SPESA DPC vs SPESA DPC ANNO PRECEDENTE
- [G] SPESA CI NO INNOVATIVI NO VAX
- [H] SPESA CI NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE
- [I] Δ% INCREMENTO SPESA CI NO INNOVATIVI NO VAX vs SPESA CI NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE
- [L] SPESA TOTALE NO INNOVATIVI NO VAX
- [M] SPESA TOTALE NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE
- [N] Δ% INCREMENTO SPESA TOTALE NO INNOVATIVI NO VAX vs SPESA TOTALE NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE
- [O] Δ SPESA TOTALE NO INNOVATIVI NO VAX vs SPESA TOTALE NO INNOVATIVI NO VAX ANNO PRECEDENTE

Nel 2023 la Asl Le ha registrato un aumento del + 8,45% della spesa totale rispetto all'anno precedente, collocandosi in una posizione mediana tra le ASL pugliesi.

Dai dati si evince che il maggiore sfioramento è da imputare al canale della distribuzione diretta, che impatta per il 53,96 % sull'intero valore spesa farmaceutica acquisti diretti.

Per individuare le categorie di farmaci che determinano la maggior spesa, sono stati estratti, in data 26.04.2024 dalla piattaforma DISAR, i dati relativi alle categorie ATC di secondo livello che determinano l'80% della spesa per ogni canale distributivo, al lordo del *pay back*, della spesa per farmaci innovativi e vaccini.

Gruppo Terapeutico Principale	Spesa DD ANNO 2022	Spesa DD ANNO 2023	Δ% DD ANNO 2023 Vs 2022
antineoplastici (L01)	27.935.586,66	29.131.196,26	4,28%
immunosoppressivi (L04)	24.248.603,81	21.923.011,36	-9,59%
altri preparati per il sistema respiratorio (R07)	4.353.491,28	6.010.027,64	38,05%
antiemorragici (B02)	5.638.535,10	5.627.299,72	-0,20%
antivirali per uso sistemico (J05)	5.503.943,92	5.529.140,36	0,46%
terapia endocrina (L02)	5.313.133,86	4.231.406,93	-20,36%
tutti gli altri prodotti terapeutici (V03)	3.231.761,92	4.008.004,09	24,02%
altri farmaci del sistema nervoso (N07)	2.130.315,64	3.486.356,38	63,65%
psicolettici (N05)	1.730.250,32	3.096.817,63	78,98%
altri preparati dermatologici (D11)	2.367.455,17	2.905.901,47	22,74%
antiasmatici (R03)	1.973.720,15	2.779.404,01	40,82%
...
le (160116) Totale	€ 99.019.182,63	€ 108.962.884,70	10,04%

Gruppo Terapeutico Principale	Spesa DPC ANNO 2022	Spesa DPC ANNO 2023	Δ% DPC ANNO 2023 Vs 2022
farmaci usati nel diabete (A10)	€ 12.750.846,47	€ 14.432.911,70	13,19%
antitrombotici (B01)	€ 9.834.475,75	€ 10.515.307,66	6,92%
terapia endocrina (L02)	€ 2.353.017,31	€ 2.328.791,33	-1,03%
farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa (M05)	€ 1.612.064,44	€ 1.777.279,83	10,25%
immunosoppressivi (L04)	€ 1.455.031,51	€ 1.705.343,11	17,20%
...
le (160116) Totale	€ 36.620.211,91	€ 37.760.782,06	3,11%

Gruppo Terapeutico Principale	Spesa CI ANNO 2022	Spesa CI ANNO 2023	Δ% CI 2023 vs 2022
antineoplastici (L01)	22.313.706,40 €	23.066.777,03 €	3,37%
immunosoppressivi (L04)	5.936.007,79 €	5.812.212,46 €	-2,09%
vaccini (J07)	4.669.709,02 €	5.695.431,14 €	21,97%
altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo (A16)	6.157.614,85 €	5.178.331,88 €	-15,90%
altri farmaci del sistema nervoso (N07)	2.136.912,94 €	2.367.760,11 €	10,80%
antibatterici per uso sistemico (J01)	2.107.042,33 €	2.292.209,54 €	8,79%
sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali (B05)	1.494.538,99 €	1.872.672,06 €	25,30%
antivirali per uso sistemico (J05)	109.112,24 €	1.858.145,51 €	1602,97%
tutti gli altri prodotti terapeutici (V03)	1.792.005,97 €	1.703.008,69 €	-4,97%
..
le (160116) Totale	57.238.520,96 €	61.924.392,55 €	8,19%

L'incremento della spesa è sostanzialmente riconducibile all'aumento del numero di pazienti in terapia.

Il numero di pazienti che ha ricevuto almeno una prescrizione in distribuzione diretta è incrementato del 9,3% rispetto al 2022 passando da n. 21.548 dell'anno 2022 a n. 23.554 del 2023. Mentre i pazienti che hanno ricevuto almeno una somministrazione di farmaci ad alto costo nell'anno 2023 sono incrementati del 10,8% rispetto al 2022, passando da n. 6.430 del 2022 a n. 7.125 del 2023.

Al fine di valutare il dettaglio della spesa si sono estratti il numero di pazienti per ATC prescritta sia per le prescrizioni per farmaci in distribuzione diretta, sia per le somministrazioni in ambiente ospedaliero o ad esso assimilabile.

È evidente l'aumento dei pazienti con patologie neoplastiche sia con chemioterapia infusione ad alto costo, sia con terapia orale di mantenimento. Per quanto attiene le patologie immunomediate quali psoriasi, dermatite atopica, morbo di *Crohn* e reumatologiche il numero di pazienti in trattamento si è spostato su terapie domiciliari per lo più con farmaci biosimilari.

Per gli antineoplastici L01 al primo posto nelle ATC a maggior impatto di spesa, l'andamento della spesa nella ASL LE risulta in incremento. I principi attivi in elenco sono farmaci unici, soggetti a monitoraggio AIFA e attengono alla immunoterapia oncologica ed alla *target therapy*. Molti 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).

Nel 2023 i pazienti in terapia domiciliare registrano un incremento dell'8% rispetto al 2022, la malattia neoplastica, infatti, sta diventando sempre più una patologia cronica a lunga sopravvivenza.

Monitoraggi trimestrali, sono stati trasmessi e 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.

Approfondendo lo sfioramento del tetto per la distribuzione diretta si evidenzia che il 44% riguardano prescrizioni effettuate da centri fuori ASL sui quali è difficile agire in maniera efficace. In tale direzione si è lavorato sulle prescrizioni prevenienti dall'ospedale Cardinal Panico di Tricase, con incontri e monitoraggi che hanno portato a contenere la spesa a fronte dell'incremento delle dosi erogate. A questi dati va poi aggiunto un ulteriore 15% di prescrizioni provenienti da strutture fuori regione.

PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA CON L'INDICAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA DEL MEDICO PRESCRITTORE									
		2022			2023				
Struttura Sanitaria Prescrittore	Spesa Farmaco	N. DDD	Incidenza % su tot. spesa asl	Spesa Farmaco	N. DDD	Incidenza % su tot. spesa asl	DELTA Spesa	DELTA N. DDD	
ao cons. policlinico - bari (160907)	7.906.412,62 €	211.421	7,98%	10.213.174,24 €	262.447	9,37%	29%	24%	
non applicabile (-3)	6.615.051,36 €	3.581.211	6,68%	9.131.616,76 €	5.166.556	8,38%	38%	44%	
non specificata (-2)	5.549.553,89 €	344.371	5,60%	8.116.731,68 €	272.353	7,45%	46%	-21%	
br (160106)	2.749.211,70 €	107.677	2,78%	3.576.570,34 €	136.134	3,28%	30%	26%	
fg (160115)	1.987.133,19 €	49.617	2,01%	2.187.754,46 €	58.695	2,01%	10%	18%	
le (160116)	1.086.862,11 €	40.792	1,10%	884.115,57 €	71.544	0,81%	-19%	75%	
di cui									
case di cura	392.490,89 €	18.835		503.650,42 €	56.706	0,46%	28%	201%	
non identificate	694.371,22 €	21.957		380.465,15 €	14.837	0,35%	-45%	-32%	
ba (160114)	642.883,44 €	16.134	0,65%	615.087,21 €	17.909	0,56%	-4%	11%	
ao ospedali riuniti - foggia (160910)	455.220,06 €	9.701	0,46%	507.786,38 €	10.591	0,47%	12%	9%	
irccs s. de bellis - castellana (160902)	408.192,92 €	28.603	0,41%	458.471,74 €	34.669	0,42%	12%	21%	
irccs oncologico - bari (160901)	364.182,76 €	6.705	0,37%	336.431,82 €	6.723	0,31%	-8%	0%	
ta (160112)	373.412,69 €	6.207	0,38%	295.523,71 €	12.517	0,27%	-21%	102%	
bt (160113)	23.519,15 €	671	0,02%	28.352,12 €	1.149	0,03%	21%	71%	
ao di venere - bari (160903)	26.964,62 €	213	0,03%	1.749,74 €	24	0,00%	-94%	-89%	
fg/1 (160107)	58,03 €	121	0,00%	38,44 €	1	0,00%	-34%	-99%	
ao a. di summa - brindisi (160908)			0,00%	6,00 €	75	0,00%			
ao ss. annunziata - taranto (160909)	67,32 €	72	0,00%			0,00%	-100%	-100%	
Tricase	11.412.661,14 €	318.196	11,52%	11.612.925,99 €	352.037	10,66%	2%	11%	
Totale complessivo extra Asl Lecce	39.601.386,99 €	4.721.711		47.966.336,20 €	6.403.423		21%	36%	
Totale complessivo Asl Lecce	99.040.017,83 €	7.335.501		108.956.137,94 €	9.474.133				
Incidenza % extra asl /asl		40%	64%		44%	68%			

Da quanto esposto, si evidenzia che questo dipartimento ha posto in essere tutte le possibili azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva il mancato raggiungimento dell'obiettivo è imputabile a fattori al di fuori della *governance*:

dinamiche connesse all'introduzione di nuovi farmaci costosi o a nuove indicazioni terapeutiche, all'invecchiamento della popolazione e all'incremento di patologie croniche e oncologiche.

- *Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici*

Con D.G.R. 17 aprile 2023, n. 512, "Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa per singola Azienda pubblica del SSR per l'anno 2023 ai sensi dall'art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e s.m.i., in attuazione delle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 412/2023", la Regione ha provveduto all'attribuzione dei tetti di spesa per singola azienda pubblica del SSR per l'anno 2023.

Di seguito si riporta il prospetto dei dati della spesa sostenuta dall'ASL di Lecce nel corso del 2023, attinti dal cruscotto "MTS Monitoraggio tetti spesa assistenza farmaceutica" del Sistema Informativo Sanitario Regionale Edotto - Direzionale del SSR (Disar), e degli scostamenti rilevati rispetto ai tetti definiti con la citata D.G.R. n. 512/2023 a livello aziendale e regionale.

DISPOSITIVI MEDICI				
Azienda sanitaria	Spesa CE periodo di riferimento (A)	Tetto periodo di riferimento (B)	Imp. Residuo (B - A)	% SCOSTAMENTO (A - B) / B
Regione	€ 544.383.199	€ 362.119.615	-€ 182.263.584	50,33%
Asl Ba	€ 100.752.448	€ 61.247.022	-€ 39.505.426	64,50%
Asl Br	€ 48.304.743	€ 34.866.659	-€ 13.438.084	38,54%
Asl Bt	€ 42.886.583	€ 28.939.776	-€ 13.946.807	48,19%
Asl Fg	€ 31.560.773	€ 16.389.834	-€ 15.170.938	92,56%
Asl Le	€ 118.359.518	€ 79.392.058	-€ 38.967.460	49,08%
Asl Ta	€ 74.704.014	€ 50.667.752	-€ 24.036.262	47,44%
AO Polic.	€ 70.553.438	€ 47.057.712	-€ 23.495.726	49,93%
AO Riuniti	€ 40.479.647	€ 32.480.422	-€ 7.999.225	24,63%
IRCCS De Bellis	€ 8.387.647	€ 4.110.747	-€ 4.276.900	104,04%
IRCCS Onc.	€ 8.394.388	€ 6.967.632	-€ 1.426.756	20,48%

Lo sfioramento registrato dalla ASL di Lecce è in media con lo sfioramento regionale correlato all'aumento della popolazione anziana o con gravi disabilità, con conseguente e incompressibile incremento dei fabbisogni e delle quantità consumate.

Per il rispetto del tetto di spesa, definito dalla normativa statale e regionale, concorrono sia la corretta individuazione, da parte degli operatori sanitari coinvolti, delle specifiche tecniche che determinano la scelta e l'acquisto delle varie categorie dei dispositivi medici, sia la riduzione del costo d'acquisto dei DM rivenienti dalla definizione delle procedure di gara centralizzata di Consip S.p.A. o da parte del Soggetto Aggregatore Regionale, per le categorie merceologiche ricomprese nella programmazione annuale, ovvero le azioni poste in essere dalla ASL di Lecce.

Con riferimento ai dispositivi Diagnostici in Vitro (IVD), nel corso del 2023 si è proceduto ad una revisione complessiva di tutte le forniture, grazie anche all'apporto dell'Ufficio Unico del Farmaco che ha consentito di effettuare il confronto con i prezzi di acquisto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia. Tale analisi ha costituito la base per la rinegoziazione dei prezzi praticati alla ASL di Lecce dalle ditte fornitrici, nelle more dell'espletamento della gara aziendale.

- *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.*

Per i principi attivi non più coperti da brevetto, come da indicazioni regionali di seguito si evidenzia l'incremento del consumo dei corrispettivi biosimilari / equivalenti a più basso costo, confrontato con il dato medio regionale.

PRINCIPI ATTIVI	ASL LECCE					REGIONE PUGLIA					
	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2019	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2020	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2021	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2022	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2023	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2019	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2020	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2021	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2022	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO GEN-DIC 2023	
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%	100,00%	60,20%	91,30%	98,61%	99,00%	100,00%
	Trastuzumab	39,65%	95,27%	97,45%	97,64%	97,00%	37,93%	85,60%	85,19%	92,87%	94,10%
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%	81,70%	12,46%	53,29%	64,59%	73,21%	79,06%
	Infliximab	94,55%	98,67%	99,00%	98,37%	89,99%	69,71%	86,96%	89,62%	90,90%	94,68%
	Etanercept	24,53%	45,28%	54,28%	66,37%	85,62%	21,99%	55,70%	67,79%	74,85%	86,03%
	Filgrastim	99,32%	98,59%	99,63%	91,62%	79,22%	97,48%	96,08%	97,85%	88,19%	77,33%
	Pegfilgrastim	35,96%	94,92%	96,31%	97,69%	82,78%	30,35%	82,98%	94,75%	97,50%	83,09%
	Somatropina	16,49%	34,03%	72,68%	77,41%	76,28%	21,65%	54,12%	79,38%	81,81%	70,94%
	Eritropoetine	81,68%	97,34%	98,28%	99,51%	85,43%	67,38%	89,24%	92,67%	99,19%	85,43%
	Follitropina alfa	19,41%	40,17%	46,50%	48,34	51,98%	21,52%	43,49%	36,60%	46,49%	36,92%
	Bevacizumab	//	31,08%	96,11%	98,10%	93,70%	//	22,43%	82,14%	81,00%	98,68%

Fonte dati Disar Edotto estrazioni del 06/03/2024 Area Gestione Servizio Farmaceutico ASL LE

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

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 82,07% rispetto all' 81,81% del 2022.

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*

In ottemperanza da quanto disposto dalla Regione, con D.D.G. n. 580 del 12.09.2023 è stato adottato il piano aziendale per l'incremento della distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione da ricovero, da visita specialistica ambulatoriale e per gli utenti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. A tal fine è stato adottato un prontuario delle dimissioni che metta in evidenza per singola ATC il farmaco a miglior costo/ddd – indicazione terapeutica e sono stati individuati dei *target* specifici. È stato, infine approvato, un questionario da sottoporre ad ogni U.O. al fine di creare un prontuario delle dimissioni contestualizzato alle singole branche terapeutiche che vada a costituire, anche un focus sulla successiva appropriatezza prescrittiva da parte del medico di MMG. Sono inoltre state definite modalità organizzative uniformi per la fornitura dei farmaci presso le strutture residenziali e semiresidenziali

Con riferimento alla distribuzione dei farmaci del primo ciclo di terapia dopo dimissione o visita ambulatoriale, si riportano i dati 2017/2023 estratti dal Disar Edotto al 21.05.2024. Si rileva un incremento dell'1% rispetto al 2022.

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
2022	19.240	12.035	62,55%
2023	24.475	15.560	63,58%

Inoltre, come si evince dalla tabella seguente, è stata incrementata la distribuzione diretta ai pazienti ospiti di RSA di circa il 38% in termini di quantità consumate, mantenendo invariata la spesa rispetto all'anno precedente. Tale risultato è stato raggiunto attraverso riunioni con i singoli medici prescrittori presso ogni distretto che hanno portato alla riconciliazione terapeutica verso farmaci in gara e a miglior costo/efficacia.

- *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 DSS i dati di monitoraggio attraverso l'invio del rapporto sull'andamento della spesa farmaceutica ai sensi della Legge 7/2022.

Sono state inoltre inviate le schede medico dei medici iperprescrittori (al singolo medico e al DSS 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*

Si è assicurata la partecipazione di un farmacista dell'Area Farmaceutica in ogni commissione distrettuale convocata dal Direttore di DSS (n. 10 annue) successive ai report bimestrali inviati dalla stessa area.

- *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 Centro di costo*

Sono stati acquisiti i verbali di auto-ispezione del 90% delle unità operative afferenti ad ogni farmacia e sono state eseguite ispezioni presso il 30% 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 2023 relativo a tale calcolo è pari al 97,14%.

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 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. Nel corso del 2023 è stato costituito l'Ufficio Unico del Farmaco per il monitoraggio dei contratti di fornitura di beni sanitari, la tempestiva adesione alle gare espletate dal soggetto aggregatore, attività di osservatorio prezzi.

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 del Farmaco

Dall'analisi della relazione e dalle schede di valutazione si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate (da incrementare al fine di garantire il raggiungimento di obiettivi complessi e importanti quali quelli relativi all'assistenza farmaceutica) e le criticità connesse all'incremento di attività post pandemia, il Dipartimento Farmaceutico ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2023 con *performance* positive su gran parte delle aree di valutazione.

Nel complesso la valutazione della *performance* delle UU.OO. 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 le tabelle di sintesi con i risultati raggiunti dalle Strutture amministrative, tecnico-professionali raggruppate per dipartimento e le tabelle degli uffici di *staff* della direzione aziendale.

Dipartimento Amministrazione, Finanza e Controllo

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. AREA GESTIONE DEL PERSONALE

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso dell'anno 2023 l'Area ha assicurato il costante aggiornamento dei dati sul sistema regionale EDOTTO nella sezione "ruoli nominativi del personale"
Implementazione del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	In fase di prototipizzazione del Portale del Dipendente e della implementazione dell'alimentazione di flussi informativi dello stesso
Costituzione Fondi Aziendali per diverse Aree contrattuali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Costituzione Fondi Aziendali per diverse Aree contrattuali con deliberazioni DDG 81/2023 Area Sanità Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie - DDG 94/2023 Area delle Funzioni Locali Dirigenza PTA - DDG 83/2023 Area Comparto Sanità
Predisposizione contratti decentrati annualità 2023	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 l'Area ha 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 sugli istituti previsti nel CCNL). E' stato inoltre assicurato pieno supporto per le altre tematiche su cui si sono tenuti incontri specifici in merito a organizzazione dipartimentale, definizione degli incarichi della dirigenza dell'Area Sanità e Area Funzioni Locali, approvazione regolamenti per affidamento e graduazione degli incarichi di funzione organizzativa e professionale del personale di Comparto (Area Professionisti della salute e dei funzionari)
Riorganizzazione dipartimentale ASL LECCE in collaborazione con l'U.O. Controllo di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Approvazione Organizzazione Dipartimentale ASL LE e contestuale conferimento incarichi provvisori Direttori di Dipartimento per l'Area Sanità con DDG 290/2023
Pesatura incarichi dirigenziali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Determinazioni in ordine alla Organizzazione Dipartimentale ASL LE per l'Area Funzioni Locali (Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa). Pesatura incarichi dirigenziali. DDG 19/2023
Predisposizione regolamento incarichi personale di comparto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	DDG 920/2023 "Approvazione del regolamento per il conferimento e la valutazione degli incarichi al personale del Comparto Sanità - per l'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari - dipendente presso la A.S.L. Lecce" e DDG 922/2023 "Approvazione del regolamento per la graduazione degli incarichi al personale del Comparto Sanità - per l'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari - dipendente presso la A.S.L. Lecce"
Ricognizione stratificazione debito verso il personale dipendente da esercizi precedenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 è stata eseguita la ricognizione della stratificazione debito verso il personale dipendente da esercizi precedenti in sede di chiusura del Bilancio di Esercizio 2022
Predisposizione e aggiornamento del Piano triennale del fabbisogno di personale secondo le linee guida regionali e gestione delle procedure concorsuali secondo le indicazioni della Direzione Strategica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	DDG 810/2023 "Piano triennale del Fabbisogno del Personale PTFP 2021 - 2023. Approvazione definitiva a seguito di deliberazione da parte della Giunta Regionale n. 1211 del 08/08/2023" e DDG 277/2023 "Piano triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 ASL LE". Sono state inoltre avviate n.14 procedure concorsuali (n.8 completate), n.15 procedure per il conferimento incarico UOC (n.32 concluse), stabilizzazioni (DDG 822/2023) e n.9 procedure di avviamento al lavoro per chiamata diretta nominativa riservato alle categorie protette di cui all'art. 18, comma 2, della Legge del 12 marzo 1999 n. 68 (DDG 671/2023), esclusivamente sulla base delle disposizioni della Direzione Strategica
Rendicontazione trimestrale per CE e monitoraggio vincoli di spesa	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 l'Area ha assicurato la predisposizione dei rendiconti trimestrali e dei consuntivi annuali per l'anno di competenza
Gestione unificata e monitoraggio corretto utilizzo del sistema rilevazione presenze personale dipendente e convenzionato	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 sono state date indicazioni a tutte le Direzioni Amministrative di Presidi ospedalieri in merito alla gestione rilevazione presenze personale dipendente e avviate le attività per uniformare la gestione della rilevazione presenze degli specialisti ambulatoriali assegnati ai 10 DSS
Supporto al Controllo di Gestione per lo sviluppo della contabilità analitica separata per ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 è stata eseguita la ricognizione della stratificazione dei debiti verso il personale dipendente rivenienti dai fondi di accantonamento ALPI e la rilevazione dei costi e ricavi in contabilità separata secondo la metodologia condivisa con il Controllo di Gestione.
Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nell'anno 2023 non è stata richiesta dalla Regione la rendicontazione costi COVID. Sono stati altresì rilevati incarichi di prestazione d'opera professionale al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 come da disposizioni regionali.
Integrazione degli applicativi HR in uso al personale con il MOSS	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area del Personale ha collaborato attivamente alla corretta integrazione dei dati HR - MOSS
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 è stato dato tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto al rispetto dei tempi per l'inserimento dei dati di competenza dell'Area sui sistemi informativi gestionali
Predisposizione Bilancio previsionale annuale e pluriennale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il bilancio di previsione 2024 e pluriennale 2024-2026 è stato predisposto nei termini previsti dalla Regione. Entrambi sono stati redatti seguendo anche le indicazioni regionali pervenute con note prot. n. AOO_168/8554 del 06/12/2023, AOO_168/8693 del 14/12/2023 e AOO_168/8739 del 20/12/2023. L'adozione dei due bilanci è avvenuta con delibera D.G. n. 964 del 28/12/2023
Verifica rispetto condizioni di equilibrio economico - finanziario	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La verifica delle condizioni di equilibrio è stata condotta contestualmente alla redazione dei consuntivi trimestrali
Predisposizione e invio informatico trimestrale alla Regione e MEF del Conto Economico trimestrale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto con regolarità ad elaborare, secondo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., i 4 modelli di CE per ciascun trimestre dell'anno 2023. Gli stessi sono stati trasmessi nei tempi previsti sia dalla Regione che dal Ministero della Salute, attraverso il NSIS
Predisposizione relazioni di accompagnamento ai CE Trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per ciascun modello CE trimestrale dell'anno 2023 si è provveduto ad elaborare ed inviare a mezzo pec all'Ispektorato Generale per la Spesa Sociale (I.GE.SPE.S.), in date 08/06/2023 (I trimestre), 04/08/2023 (II trimestre), 10/11/2023 (III trimestre) e 05/03/2024 (IV trimestre) la "Certificazione di accompagnamento al modello CE trimestrale"
Revisione progetti in corso e rideterminazione fondo quote inutilizzate esercizi precedenti	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Relativamente ai progetti in corso si è provveduto a riconciliare le relative schede progetto con la contabilità generale attraverso l'analisi degli accantonamenti e degli utilizzi. Solo per due progetti si è ancora in una fase di analisi.
Implementazione contabilità separata attività commerciale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con delibera D.G. n. 846 del 30/11/2023 è stata recepita la procedura per la tenuta della contabilità separata ai fini fiscali
Tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023, è stata operata una puntuale ricostruzione degli accantonamenti effettuati negli ultimi 5 esercizi, fino al 31/12/2022, riclassificandoli poi in contabilità nelle 4 diverse tipologie di Fondi compresi nella voce di Stato Patrimoniale PBA260 "Altri fondi per oneri e spese". In collaborazione con il Controllo di Gestione e l'Area Gestione Personale è stata definita la metodologia per la tenuta della contabilità separata.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'AGRF registra mediamente le fatture entro 10 gg dal ricevimento delle stesse nell'Archivio temporaneo ed emette i mandati di pagamento entro 10 gg dalla data di liquidazione da parte dei Centri di spesa competenti, in ossequio a quanto previsto nella nota/circolare prot. n. 188128 del 28/10/2022, a firma del D.G. e del D.A. Al 31.12.2023 l'ITP aziendale è stato pari a -6.
Verifica/monitoraggio mensile ITP dei diversi centri di spesa	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il monitoraggio dell'ITP per Centro di Spesa avviene con cadenza mensile; con cadenza trimestrale viene data comunicazione scritta a ciascun Centro di Spesa della propria performance attraverso una tabella con l'indicazione per ciascuna Struttura del totale dei pagamenti effettuati, del numero di fatture liquidate e dell'ITP calcolato sulle sole transazioni commerciali e ordinato in maniera crescente
Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGPers e Controllo di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 la Regione non ha richiesto alcuna rendicontazione dei costi COVID. Sono state regolarmente fornite alla Regione le informazioni richieste e relative ad anni pregressi.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 sono proseguite le attività per il pieno utilizzo del Sistema MOSS con il progressivo adeguamento al nuovo sistema di tutte le componenti contabili.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla verifica della corretta alimentazione dei sub sistemi contabili e alla quadratura della contabilità generale con i centri di spesa.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono assicurati nel rispetto della tempistica indicata

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rendicontazione costi COVID in collaborazione con le Aree di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 la Regione non ha richiesto alcuna rendicontazione dei costi COVID. Sono state regolarmente fornite alla Regione le informazioni richieste e relative ad anni pregressi.
Monitoraggio abbattimento tempi di attesa / Volumi e tipologia di prestazioni per Struttura/CdC	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurato il monitoraggio continuo dei volumi di attività con reportistica trimestrale per Struttura e Centro di Costo (CdC), con il dettaglio delle prestazioni ed il confronto con l'anno precedente. Tale reportistica viene pubblicata sulla intranet aziendale e trasmessa ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimento. Inoltre, in collaborazione con il RULA e gli uffici della Direzione Sanitaria aziendale sono stati elaborati e trasmessi, con nota prot. n. 115355/2023 e n. 52772/2024, i monitoraggi semestrali richiesti dalla Regione.
Monitoraggio complessivo sul rispetto dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa farmaceutica mediante la produzione di specifici report bimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurato il monitoraggio continuo dei consumi farmaceutici per Struttura e CdC, con reportistica bimestrale che riporta il dettaglio dei beni che registrano una maggiore incidenza sulla spesa, nonché gli scostamenti rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tali report sono pubblicati sulla intranet aziendale e trasmessi ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimenti. Viene assicurata, inoltre, la collaborazione costante all'Area Farmaceutica per la redazione del rapporto bimestrale sull'andamento della spesa farmaceutica ai sensi della L.R. 7/2022
Monitoraggio complessivo sul rispetto dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa per dispositivi medici mediante la produzione di specifici report bimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurato il monitoraggio continuo dei consumi di dispositivi medici per struttura e CdC, con reportistica bimestrale che riporta il dettaglio dei beni che registrano una maggiore incidenza sulla spesa, nonché gli scostamenti rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tali report sono pubblicati sulla intranet aziendale e trasmessi ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimenti.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati, entro i tempi previsti, gli obblighi informativi verso la Regione e il Ministero, con particolare riferimento alla elaborazione e trasmissione tramite NSIS dei Modelli ministeriali LA e CP.
Invio alla Regione del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato trasmesso alla Regione il Bilancio per Centri di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio 2022 e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e alle attività per il monitoraggio della spesa, secondo le richieste regionali e nei termini previsti.
Elaborazione conti economici trimestrali su costi diretti per Struttura e CdC	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Vengono elaborati con cadenza trimestrale i conti economici per Struttura e CdC con il dettaglio delle attività valorizzate a tariffa (ricavi figurativi), dei costi diretti relativi a consumi, personale e consulenze interne, ed il confronto con i valori rilevati nel medesimo periodo dell'anno precedente. I conti economici unitamente ai dati di attività sono pubblicati sulla intranet aziendale e trasmessi, mediante quadri sinottici, ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimenti.
Sviluppo e tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto, in collaborazione con A.G.Pers. e A.G.R.F., alla revisione/rettifica degli accantonamenti ALPI registrati in contabilità generale negli ultimi 5 anni. In collaborazione con le suddette Aree si è proceduto, inoltre, alla revisione della contabilità analitica separata per ALPI, revisione indispensabile anche per il riscontro a quanto richiesto dalla Regione, con nota prot. aziendale n. 154362/2023, ad oggetto "Attività libero professionale intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario delle Aziende S.S.R. - Contabilità separata", e a quanto richiesto dalla Corte dei Conti con nota prot. n. 163545/2023 della Direzione Amministrativa, ad oggetto "Esame dei bilanci relativi agli esercizi 2020 2021 2022 - Richiesta relazione". A seguito della suddetta attività di revisione, si è proceduto alla redazione delle "Linee guida per la tenuta della contabilità separata e la comparazione dei ricavi e dei proventi con i costi e gli oneri di esercizio dell'attività libero - professionale intramuraria", adottato con D.D.G. n. 895 del 18/12/2023.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 sono proseguite le attività per il pieno utilizzo del Sistema MOSS con particolare riferimento alla messa a regime del sistema delle autorizzazioni alla spesa: macro-autorizzazione a budget e sub-autorizzazione a contratto. A tal fine è stato necessario programmare una revisione dell'assetto organizzativo aziendale al fine di assicurare un governo centralizzato delle sub-autorizzazioni. L'intervento principale ha riguardato l'acquisto di beni di consumo sanitari con la creazione dell'Ufficio Unico del farmaco per l'emissione degli ordini e la liquidazione delle fatture.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali e predisposizione Modello LA	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata la collaborazione all'AGREF per i rendiconti trimestrali; è stato predisposto il Mod. LA secondo le indicazioni regionali, in quadratura con il CE Bilancio di esercizio.
Rilevazione in collaborazione con le Aree di gestione e le Strutture operative dei fabbisogni di risorse	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto, in collaborazione con le aree e le strutture interessate, alla rilevazione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione. Contestualmente sono stati definiti, per l'esercizio in esame, gli obiettivi di budget per le diverse strutture aziendali, confluiti nel piano strategico allegato al bilancio preventivo.
Supporto direzione strategica, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, per la presentazione di un piano di riequilibrio della gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurata una costante verifica sull'equilibrio della gestione economico finanziaria ed il supporto nella stesura della relazione del D.G. al bilancio consuntivo.
Predisposizione della sezione Piano della Performance del PIAO e successiva pubblicazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata curata la predisposizione del Piano delle Performance 2023 - 2025, confluito nella sezione "Valore Pubblico, Anticorruzione e Performance" del PIAO. Per la redazione dell'intero documento è stato costituito, con nota prot. n. 6880 del 16.01.2023, un Gruppo di lavoro coordinato dal sottoscritto che ha elaborato il suddetto documento, adottato nei termini di legge, con deliberazione D.G. n. 95 del 31.01.2023 ad oggetto "Piano Integrato di attività e organizzazione" (PIAO) 2023-2025 dell'ASL Lecce - Approvazione".
Predisposizione schede di budget ed elaborazione di un sistema di indicatori per la valutazione della Performance	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state predisposte le schede di budget utilizzate nel tavolo di negoziazione tra la Direzione Strategica e tutti i Centri di Responsabilità. Tali schede, articolate per macro aree di valutazione, riportano la correlazione tra obiettivi strategici e obiettivi operativi, unitamente ad un sistema di indicatori per la valutazione della Performance. Si è proceduto, inoltre, a coordinare i lavori della Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV per la elaborazione della Relazione sulla Performance 2022 validata nei termini di legge dall'OIV.
Aggiornamento e adozione del nuovo Regolamento Aziendale su Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	È stata predisposta e trasmessa in data 28.12.2023 la bozza del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. Con deliberazione D.G. n. 393 del 10/04/2024 si è provveduto all'aggiornamento parziale del SMVP, ancora in fase di revisione, alla luce delle nuove direttive del Ministero Funzione Pubblica.
Adozione Regolamento sulla costituzione e il funzionamento dell'OIV aziendale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con deliberazione C.S. n. 169 del 11/04/2023 è stato adottato il Regolamento di costituzione e funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASL Lecce.
Assicurare il supporto alla Direzione Strategica nella procedura di scorporo dell'Ospedale Fazzi e nella predisposizione e adozione dell'Atto Aziendale ASL Lecce	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata predisposta, come richiesto dalla Direzione aziendale, la bozza dell'Atto aziendale, trasmessa alla Direzione Strategica nel mese di agosto 2023. Tale bozza è stata elaborata sulla base della organizzazione dipartimentale approvata con deliberazione D.G. n. 290 del 15.06.2023. Successivamente, la Direzione strategica ha provveduto a trasmettere tale bozza alla Regione, con una ulteriore revisione dell'assetto organizzativo aziendale.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono assicurati nel rispetto della tempistica indicata.

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. STRUTTURA BUROCRATICO-LEGALE

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La SBL ha sempre provveduto e ha continuato a disporre le liquidazioni delle fatture tempestivamente, tanto che le stesse vengono esaminate e liquidate entro 2/3 giorni dall'assegnazione alla stessa; tale dato è rilevabile sia dalle comunicazioni trimestrali dell'ITP, che dalla comunicazione di monitoraggio dell'ITP al 31.12.23, trasmessa con nota prot. 42828 del 1.2.24 dalla quale risulta un ITP a - 39.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato l'utilizzo del MOSS per le funzioni di competenza.
Gestione Fondo Rischi con aggiornamento trimestrale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Fondo Rischi è stato aggiornato trimestralmente nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario interagendo sia con i legali incaricati esterni ed interni, sia con le compagnie assicurative che hanno in gestione i sinistri in virtù dei contratti di polizza. Ogni posizione viene esaminata in maniera analitica con la valorizzazione di tutti gli elementi che determinano l'importo complessivo fino alla determinazione del rischio.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Struttura Legale ha operato nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario delle risorse assegnate.
Gestione del contenzioso e contenimento dei costi per la tutela legale dell'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il contenzioso è stato affidato quasi esclusivamente ai legali interni, ricorrendo ai legali esterni solo in casi eccezionali o per continuità difensiva; questi ultimi dunque non sono considerati nel rapporto tra cause affidate ai legali esterni e numero totale contenziosi, atteso che trattasi non di nuovi incarichi, ma di incarichi conferiti per continuità difensiva. La significativa riduzione degli incarichi ai professionisti esterni avviata già nell'anno 2022 è proseguita anche nel corso dell'anno 2023, limitando il ricorso al professionista esterno, solo per n.1 nuovo contenzioso a fronte di atti giudiziari notificati nel corso dell'anno pari a n. 340; si precisa che nel numero complessivo degli atti giudiziari notificati non risultano altri atti quali sanzioni al Codice della Strada, atti di precetto, atti di pignoramento, istanze di mediazione e richieste stragiudiziali. E' in fase di istruttoria avanzata il rinnovo dell'Elenco aperto di Avvocati per l'affidamento di incarichi professionali; nella predisposizione del nuovo Elenco si sta esaminando la nuova normativa introdotta dalla cd. Riforma
Contenimento dei costi per definizioni transattive	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Le definizioni transattive relative ai contenziosi correlati al rischio clinico sono gestite per il tramite del Broker aziendale dalle compagnie assicurative che si sono susseguite nel tempo in virtù dei contratti di polizza stipulati dall'Azienda e sono definiti o respinti su proposta ed in accordo con le compagnie stesse. Nel corso del 2023 sono state definite n. 32 transazioni secondo il procedimento che fa capo al Comitato Valutazione Sinistri e che esita con l'autorizzazione del Direttore Generale, con una riduzione di n. 13 pratiche rispetto al 2022. 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.
Supporto legale alle strutture aziendali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il supporto legale è assicurato a tutte le strutture richiedenti, sia attraverso la redazione di pareri scritti, che a seguito di riunioni o risoluzioni condivise anche con il coinvolgimento di altre strutture.
Attivazione procedure di recupero coattivo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le sentenze con una condanna alle spese sono state azionate per il successivo recupero e non vi sono sentenze passate in giudicato per le quali non si è proceduto al recupero; in alcuni casi a fronte dell'entità dell'importo è stato consentito il pagamento rateale.
Attivazione procedure di recupero coattivo in danno dei Comuni morosi	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Ad oggi permangono le interruzioni dei termini già effettuate negli anni precedenti ed è in corso l'istruttoria per promuovere le azioni giudiziali, non avendo gli stessi adempiuto spontaneamente alle richieste inviate in precedenza. Per completare l'istruttoria sono stati individuati i dati necessari quali quelli relativi alle modalità organizzative del servizio di gestione, ai criteri di accesso da parte degli utenti e quelli di compartecipazione economica. L'attività di studio e ricerca si è concentrata oltre che sulla necessità di acquisizione dei dati prima indicati anche sulla individuazione della più efficace e idonea azione giudiziale da intraprendere alla luce di un quadro normativo incerto.
Potenziamento procedure per il recupero dei crediti dell'Azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Alla data del 31.12.2023 sono stati inviati n. 15.200 avvisi bonari per recupero crediti.
Attivazione procedure di recupero coattivo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Alla data del 31/12/2023 sono state inviate ad Agenzia delle Entrate - Riscossione n. 3.288 posizioni per un importo complessivo di euro 488.709,90
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono assicurati nel rispetto della tempistica indicata.

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. AREA SOCIO-SANITARIA

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Monitoraggio del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso dell'anno 2023, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, 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.
Monitoraggio posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso dell'anno 2023, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 11 RSA per disabili (ex Comunità socioriabilitative art. 57 R.R. 4/2007 ed RSSA disabili art. 58 R.R. 4/2007) per un totale di n. 190 posti letto nonché servizi semiresidenziali in 23 Centri diurni per disabili (ex art. 60 R.R. 4/07) per ulteriori n. 542 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati
Monitoraggio posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Contrattualizzazione delle strutture private che erogano prestazioni sociosanitarie	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A fronte dei provvedimenti di accreditamento rilasciati dai competenti Uffici Regionali per l'anno 2023 si è proceduto prontamente alla contrattualizzazione, secondo lo schema tipo di accordo contrattuale ai sensi dei R.R. n. 4 e 5 del 2019, delle seguenti strutture: n. 26 Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti (ex art. 66 R.R. 4/2007); n. 3 Strutture semiresidenziali Centro diurno Alzheimer (ex art. 60 ter R.R. 4/2007); n. 2 strutture residenziali per disabili (ex art. 57 e 58 R.R. 4/2007); n. 4 strutture semiresidenziali Centri Diurni per disabili (ex art. 60 R.R. 4/2007)
Predisposizione atti per indizione nuove gare per RSA	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Si è proceduto con nota prot. n. 126465/2022 a richiedere ai competenti uffici regionali l'autorizzazione ad avviare la procedura di gara, secondo le modalità previste dal D. LGS 36/2023, finalizzata all'affidamento della gestione di n. 3 RSA pubbliche. In attesa di riscontro da parte della Regione.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Area, oltre al censimento in Edotto delle nuove Strutture Sociosanitarie, ha provveduto ad inserire nelle determinazioni e negli accordi contrattuali la clausola sugli obblighi informativi a carico dell'ente erogatore e sul rispetto della normativa nazionale e regionale in materia di flussi informativi, attraverso il conferimento dei dati di propria competenza nel sistema informativo regionale.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla centralizzazione delle procedure relative alle sub autorizzazione e alla alla gestione NSO attraverso l'emissione e la trasmissione degli ordini elettronici ai distretti sociosanitari. Viene assicurata, inoltre, la gestione degli accordi contrattuali con le strutture accreditate dell'area sociosanitaria e la liquidazione delle rispettive competenze. ITP -36.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato l'utilizzo del MOSS per le funzioni di competenza.
Predisposizione e aggiornamento del fabbisogno di servizi sociosanitari in convenzione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area ha pianificato il fabbisogno di servizi sociosanitari in convenzione secondo gli indirizzi regionali ed aziendali.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area assicura periodicamente il monitoraggio dell'andamento della spesa per i servizi sociosanitari delle strutture accreditate, che operano sul territorio, verificando l'omogeneità dei livelli di assistenza garantiti, anche sotto il profilo dei costi sostenuti.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla alimentazione dei sub sistemi contabili, inoltre l'Area gestisce la contabilità per struttura, per tipologia di prestazione con riferimento al distretto di residenza dell'assistito.
Collaborazione con i Distretti per l'integrazione sociosanitaria	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area garantisce 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 contrattualizzate e verifica la corretta applicazione della nuova normativa regionale in materia, coordinando l'attività amministrativa attraverso specifici provvedimenti dirigenziali.
Collaborazione con i Distretti per la gestione degli assegni di cura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area ha curato la gestione degli assegni di cura sino al mese di giugno 2023. A partire da luglio 2023 l'istruttoria della nuova misura, denominata Sostegno familiare, non è più di competenza dell'Area Socio Sanitaria, bensì degli ambiti territoriali.
Gestione dei contratti e monitoraggio trimestrale dei costi per servizi in strutture sociosanitarie in convenzione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area assicura il monitoraggio sull'andamento della spesa per i servizi sociosanitari delle strutture pubbliche e/o private accreditate, che operano sul territorio, raccordandosi con l'Area Gestione Finanziaria per i rendiconti trimestrali.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area provvede, tempestivamente e comunque nei termini, al riscontro mediante apposita relazione.

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.S.D. COORDINAMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto al rispetto dei tempi per l'inserimento dei dati di competenza sui sistemi informativi gestionali.
Coordinamento e verifica sulla tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza dei Distretti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Coordinamento, attualmente, non è configurato come centro di spesa autonomo. Per quanto di competenza ha posto in essere tutte le azioni necessarie per il coordinamento e la verifica sulla tempestività nella liquidazione delle fatture assegnate ai distretti.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato l'utilizzo del MOSS per le funzioni di competenza. Inoltre, il Coordinamento ha organizzato, in data 03/05/2023, presso il Polo Didattico, un evento formativo, con un taglio tecnico – operativo, sui processi di emissione ordini in NSO e liquidazione fatture ed in data 27/09/2023, parimenti presso il Polo Didattico, un altro momento di approfondimento dei percorsi di lavoro sul MOSS con gli operatori di Engineering.
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi distrettuali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD assicura il supporto/coordinamento nelle attività relative alla rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi distrettuali.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD assicura il monitoraggio sulle spese di competenza dei distretti nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario.
Verifica e monitoraggio della spesa protesica, assicurando gli interventi necessari al contenimento della detta spesa	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	L'obiettivo del contenimento della spesa protesica non risulta raggiunto. Tuttavia, il Coordinamento, al fine di assicurarne il monitoraggio, ha chiesto ai distretti la trasmissione mensile dei prospetti riepilogativi degli ausili protesici erogati; ha, inoltre, elaborato, unitamente ai clinici di branca, un capitolato tecnico per l'espletamento di una gara ponte per l'affidamento della fornitura di protesi acustiche, nelle more dell'avvio delle gare centralizzate. E' in corso l'istruttoria della procedura di gara per il riuso dei dispositivi protesici.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata, per quanto di competenza, la collaborazione con l'AGRF per i rendiconti trimestrali.
Verifica rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi di competenza dei Distretti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD ha assicurato la partecipazione ai tavoli tecnici per la rilevazione dei fabbisogni e per la redazione dei capitolati di gare.
Assicurare il raccordo con l'Area Patrimonio per l'espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Coordinamento ha garantito collaborazione e alimentato costantemente interlocuzione con l'AGP, aggregando il fabbisogno aziendale di beni e servizi territoriali per il conseguente espletamento di procedure d'acquisto, ha provveduto ad effettuare ricognizione e aggregazione del fabbisogno distrettuale di drum, toner e cartucce originali per stampanti, oltre che di dispositivi medici per pazienti e attrezzature sanitarie.
Coordinamento e uniformazione delle procedure amministrative di competenza dei Distretti Sociosanitari	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Coordinamento, al fine di uniformare le procedure amministrative di competenza dei Distretti sociosanitari, ha elaborato protocolli operativi aziendali e note circolari nelle seguenti materie: Rimborsato spesa dei pazienti affetti da malattie rare; Rimborsato spese trasporti assistiti nefropatici; assistenza protesica; scelta e revoca dei MMG e PLS; servizi di assistenza domiciliare ad alta intensità; gestione del personale; assistenza integrativa; mobilità sanitaria internazionale; investimenti in attuazione del DM 77/2022; trasporto sanitario secondario; ossigeno terapia; mobilità sanitaria estrapregionale attiva; piano triennale demenze.
Adozione Regolamento sulle modalità di rimborso della spesa sanitaria sostenuta dagli assistiti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Rimborso spese vaccinoterapia: Determina dirigenziale n. 950/2023 "Regolamentazione delle procedure di rimborso delle spese per vaccinoterapia per la cura delle allergopatie - Deliberazione n. 2486 del 23/07/2009 - Parziale rettifica - Nuovo protocollo operativo aziendale. Immediata esecutività."; Rimborso spese acquisto sostituti latte: deliberazione DG n. 897/2023 "Avviso pubblico per il riconoscimento del contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento sino al sesto mese di età del lattante (di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 agosto 2021) - DGR Puglia n. 1268 del 11/09/2023"; Rimborso spese trasporto nefropatici presso centri dialisi: il Coordinamento, alla luce delle segnalazioni effettuate dai funzionari distrettuali in ordine alle criticità che pone il regolamento aziendale attualmente in vigore, ha proceduto ad una revisione dello stesso e la nuova bozza, approvata dal Comitato del Dipartimento, è in visione presso la Direzione Amministrativa.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono assicurati nel rispetto della tempistica indicata.

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.S.D. AFFARI ISTITUZIONALI

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non è stato possibile rispettare il valore target in quanto le fatture da liquidare erano state assegnate erroneamente al centro di spesa e, per la gran parte, relative ad anni pregressi per le quali è stato complesso ricostruire l'iter istruttorio. Attualmente si sta ancora procedendo ad una ricostruzione ai fini della chiusura individuando gli uffici competenti, previo accertamento sia dell'importo richiesto che della esigibilità.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato assicurato il pieno utilizzo della procedura MOSS per quanto di competenza.
Assicurare il supporto professionale e tecnico all'attività di governo dell'Azienda nella elaborazione (predisposizione-adozione) dei provvedimenti di pianificazione strategica per il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti dalla programmazione regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La struttura ha sempre collaborato con la Direzione Strategica aziendale assicurando il supporto di volta in volta richiesto sia sotto l'aspetto professionale che sotto l'aspetto tecnico per la predisposizione e adozione dei provvedimenti di pianificazione strategica finalizzati al conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali in virtù della programmazione regionale.
Adozione Regolamento sulla delega di funzioni	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Con nota prot. 189595 del 29.12.23 è stato trasmesso alla Direzione Strategica il relativo elaborato che allo stato è in fase di valutazione della stessa Direzione.
Predisposizione atti e protocolli di intesa con Comuni per PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Affari Istituzionali ha garantito tutte le attività propedeutiche e necessarie alla sottoscrizione dei protocolli di intesa.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Affari Istituzionali ha assicurato, laddove richiesti, i riscontri in maniera esaustiva nei termini indicati, ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.
Assicurare l'assistenza giuridico amministrativa nei confronti delle articolazioni della Direzione Generale in ordine alla conformità dell'azione amministrativa alle Leggi ed ai Regolamenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Affari Istituzionali ha assicurato l'assistenza giuridico amministrativa nei confronti delle articolazioni della Direzione strategica, in ordine alla conformità dell'azione amministrativa alle Leggi ed ai Regolamenti, attraverso la redazione di pareri, il riscontro ad accessi agli atti di cui alla Legge 241/90, il riscontro, in prima istanza, ad accessi civici generalizzati. Si è garantito, altresì, il monitoraggio dei tempi procedurali, attraverso lo stimolo continuo al riscontro nei termini di legge, con riferimento alle Strutture competenti all'evasione delle pratiche.
Assicurare la valutazione della qualità degli atti amministrativi e la gestione dei flussi afferenti al procedimento di formalizzazione delle Deliberazioni, nonché gli altri adempimenti connessi alle esigenze di custodia e notifica degli atti deliberativi agli Enti e/o Amministrazioni interessate	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel 2023 l'Ufficio ha garantito la valutazione della qualità degli atti deliberativi e determinativi e la gestione dei flussi afferenti al procedimento di formalizzazione ed integrazione dell'efficacia degli stessi.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Unità Affari Istituzionali ha offerto il supporto necessario per la redazione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO aziendale per il triennio 2023/2025, garantendo il puntuale rispetto delle misure in esso contenute. L'Unità operativa ha offerto il necessario e puntuale supporto istruttorio alla Responsabile per la prevenzione della corruzione, a seguito di segnalazioni pervenute. Tale attività trova la sua certificazione nella Relazione annuale resa dal RPCT, inclusa tra gli allegati (E) del PIAO 2024/26.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il personale degli Affari Istituzionali, per il 2023, anche grazie alla contestuale assegnazione all'Ufficio di supporto alla RPCT, ha assicurato la completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge nella sezione web intitolata "Amministrazione Trasparente". Tali adempimenti hanno trovato conferma nella positiva Attestazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione resa il 12 luglio 2023 e soggetta al monitoraggio del 5/12/2023.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La struttura partecipa regolarmente ai piani formativi aziendali per le materie di competenza ed i collaboratori afferenti alla stessa in virtù dell'attività svolta partecipano in proprio altresì all'offerta formativa anche in modalità FAD per le materie e le problematiche specifiche di interesse ed in adempimento al costante aggiornamento richiesto dalla normativa di settore.

Valutazione risultati Strutture afferenti al Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo

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 del Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.C. AREA GESTIONE TECNICA

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati gli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010, provvedendo alla corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi contabili, fornendo le informazioni di competenza.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP -21
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)
Predisposizione e aggiornamento del Programma triennale dei lavori pubblici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato predisposto il Piano Triennale dei Lavori Pubblici, adottato con deliberazione D.G. n. 943 del 27/12/2023
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state verificate le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Sono stati rispettati gli obblighi previsti nel Disciplinare Attuativo Fondi Strutturali FESR: 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.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	N. A.	Sono state presentate candidature di interventi per il periodo 2021 - 2027, in attesa di ammissione al finanziamento.
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	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 rispettare i target e le milestones previste dalle linee di finanziamento a valere sui fondi PNRR.
Riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	1) L'intervento sul DEA è in fase di completamento: è in corso la redazione di un progetto per l'allocazione del reparto di Urologia, spogliatoi e archivi ed eventualmente l'elisuperficie. 2) L'intervento di adeguamento antincendio di Copertino è in corso di completamento. I lavori stanno procedendo senza interruzione di attività sanitaria. Al 31/12/2023 non è stato emesso alcuno Stato di Avanzamento Lavori. 3) Per quanto riguarda l'intervento su Casarano riattivato nel 2020, dell'importo contrattuale iniziale di € 6.400.000 (arrotondati) aumentato con la perizia di variante approvata nel Gennaio 2023 a € 11.000.000. L'importo totale avanzamento lavori nell'anno 2023 pari ad € 4.281.429,59 supera il 30% dell'importo contrattuale. 4) Per i restanti interventi riguardanti gli altri ex Ospedali, divenuti oramai PTA si è in attesa da parte del Ministero, per il tramite della Regione, di ricevere informazioni circa le richieste di autorizzazioni, avanzate da questa A.S.L., di riprogettazione degli interventi con in riferimento ai due piani di riordino ospedalieri intervenuti negli anni.
Assicurare il rispetto della tempistica delle diverse fasi previste per la realizzazione del nuovo Ospedale SUD Salento	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	E' stato consegnato il progetto definitivo. In attesa di riallocazione da parte del Ministero/Regione, delle risorse aggiuntive necessarie rispetto a quelle attualmente stanziata.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è collaborato con AGRF per rendiconti trimestrali.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state rispettate le disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori: sono state espletate le procedure di gara alla scadenza degli affidamenti e utilizzate le convenzioni Consip e Invitalia.
Espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni immobili, e quadratura con contabilità generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state correttamente alimentati i sub sistemi informativo - contabil, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni immobili.
Individuazione patrimonio disponibile e delibera per cessione a PVI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto all'individuazione del patrimonio disponibile ai fini della delibera per cessione a PVI.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato il tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.C. AREA GESTIONE PATRIMONIO

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010 con particolare riferimento al flusso dei contratti per dispositivi medici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati i tempi e la copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali / EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali, con particolare riferimento al flusso dei contratti per dispositivi medici.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP -19.
Costituzione Ufficio Unico ordini e liquidazioni beni di consumo sanitari	OBIETTIVO RAGGIUNTO	In collaborazione con l'ufficio Unico del Farmaco sono stati gestiti e liquidati i beni di consumo sanitario, aderendo alle gare indette dal soggetto aggregatore InnovaPuglia e rinegoziando i prezzi di acquisto, con richiesta di allineamento al prezzo più basso. Di tale attività è stata dato atto con D.D.G. n. 200 del 27/2/2024, da cui si rileva, con riferimento ai dispositivi diagnostici in vitro, un abbattimento del 13,5% del prezzo di fornitura.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel pieno rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED), quest'Area assicura il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Predisposizione e aggiornamento del Programma biennale di acquisizione di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato predisposto ed aggiornato il Programma biennale di acquisto di beni e servizi.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state verificate le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state avviate procedure di gara per l'attuazione delle schede progetto. La spesa rendicontata è stata pari al 94% sul totale delle previsioni, lo scarto è dovuto prevalentemente a ribassi sugli importi a base d'asta.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	N. A.	
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Obiettivo raggiunto attraverso adesioni ad accordi quadro CONSIP.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è collaborato con l'AGRF per i rendiconti trimestrali.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nell'ottica di realizzare un contenimento della spesa pubblica e garantire omogeneità dei processi di approvvigionamento su tutto il territorio nazionale, ASL Lecce provvede ai propri approvvigionamenti tramite Consip Spa o soggetto aggregatore Innovapuglia Spa.
Espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto e corretta tenuta del repertorio dei contratti	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Sono state avviate procedure di gara per la fornitura di beni e servizi, attraverso la piattaforma telematica regionale Empulia ed il Mercato Elettronico MePa, unitamente all'attività di rinegoziazione dei contratti scaduti. Tutte le procedure di beni e servizi sono disciplinate da contratti regolarmente repertoriati attraverso il sistema Docusan Registro Contratti. Si precisa che nell'anno 2023 questa Area ha indetto n. 52 procedure di gara di cui n. 30 concluse. Sono stati adottati n. 460 provvedimenti amministrativi (delibere/determine) proposti dall'Area del Patrimonio, relativi a procedure di gara secondo le procedure previste dal Codice dei Contratti Pubblici.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni mobili, e quadratura con contabilità generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la corretta alimentazione dei sub sistemi contabili con particolare riferimento alla quadratura tra inventariazione dei beni mobili e la contabilità generale.
Aggiornamento inventario beni mobili mediante ricognizione fisica a rotazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non risultano effettuate attività di aggiornamento dell'inventario beni mobili mediante ricognizione fisica a rotazione.
Adozione Regolamento su attività inventariazione mediante ricognizione fisica a rotazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non risulta adottato né proposto alcun regolamento su attività di inventariazione mediante ricognizione fisica a rotazione.
Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati pedissequamente rispettati i termini per la sottoscrizione di accordi contrattuali con strutture sanitarie, di ricovero ed ambulatoriali, private accreditate, individuando volumi e tipologia delle prestazioni. La relativa spesa è stata puntualmente contenuta nei limiti dei rispettivi fondi unici di remunerazione fissati dalla Regione.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo avviene entro 15 gg lavorativi dalla richiesta del D.A.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Ingegneria Clinica – HTA

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010 con particolare riferimento al Flusso informativo delle grandi apparecchiature	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati i tempi e la copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali / EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali, con particolare riferimento alle grandi apparecchiature.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	ITP 9.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD assicura il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di attrezzature sanitarie e del Piano Triennale degli investimenti.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto alla predisposizione e all'aggiornamento del fabbisogno di attrezzature sanitarie. Il Piano Triennale degli Investimenti è stato allegato alla deliberazione C.S. n. 560/2022 e successivamente rimodulato con deliberazione D.G. n. 794/2023.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state verificate le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il rispetto degli obblighi previsti nel disciplinare attuativo, con una percentuale di raggiungimento della spesa rendicontata maggiore del 95%.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	N. A.	
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il rispetto degli obblighi previsti nel PNRR.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori.
Assicurare il raccordo con l'Area Patrimonio per l'espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Lo scostamento rispetto all'obiettivo è dovuto all'incremento del carico di lavoro legato alla gestione delle attività straordinarie (attivazione in urgenza degenze COVID, trasferimento ultimi reparti presso il DEA. Supporto per accreditamento, attivazione di nuovi servizi, interventi PNRR per l'ammodernamento delle grandi macchine, piano degli investimenti, ecc.) che hanno visto coinvolta in primo piano l'Ingegneria Clinica.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature sanitarie	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata garantita la corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature sanitarie.
Analisi costi / benefici sull'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie e della robotica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati elaborati n. 3 report: Sistema da Vinci, Sistema Thunderbeat, colonne Olympus.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo, ove presente, avviene entro 15 gg lavorativi dalla richiesta del D.A.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Monitoraggio investimenti e sviluppo progetti

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Predisposizione e aggiornamento dei Piani Aziendali di investimento e sviluppo di progetti innovativi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati predisposti ed aggiornati i Piani aziendali di investimento adottati con Deliberazioni aziendali e sono stati sviluppati i seguenti progetti innovativi: Convenzione tra ASL Lecce e Università del Salento (DCS N. 63/2023); Attività di studio e ricerca nell'ambito del dottorato di ricerca 37° Ciclo in ingegneria dei sistemi complessi Università del Salento in convenzione con ASL Lecce; Supporto tecnologico e scientifico per lo sviluppo di progetti di telemedicina in qualità di componente del gruppo GOI; Supporto tecnologico e scinetifico per lo sviluppo del progetto innovativo Hermes (DDG 593/2023). Nell'ambito di ulteriori progetti innovativi di ricerca sono stati prodotti n. 3 lavoriscientifici e pubblicazioni. Infini, sono stati predisposti e sviluppati i progetti "Salute sicura" e "Stati generali dei settori tecnici e delle tecnologie".
Implementazione a regime di un sistema di monitoraggio e reportistica degli investimenti	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	In considerazione del fatto che il sistema informativo aziendale non è provvisto di procedure per la gestione dei lavori, né vi è un sottosistema per il monitoraggio degli investimenti si è provveduto con difficoltà e dispendio di energia e risorse all'analisi e raccolta delle informazioni dalle diverse fonti disponibili, stante le diverse tipologie di lavori da gestire. E' stata individuata la possibilità di acquisire un sistema software di monitoraggio degli investimenti mediante procedura Consip. E' stata inviata apposita scheda alla Regione per la richiesta di finanziamento del progetto con fondi FSC 2021-2027.
Attività di coordinamento per la rendicontazione degli investimenti e dei flussi informativi regionali e ministeriali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata puntualmente svolta l'attività di coordinamento per la rendicontazione degli investimenti e dei flussi informativi regionali e ministeriali in relazione alle richieste pervenute.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Per la parte di competenza è stato garantito il rispetto degli obblighi previsti nei disciplinari attuativi fondi strutturali.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	N. A.	
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per la parte di competenza è stato garantito il rispetto degli obblighi previsti PNRR.
Riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per la parte di competenza ed in relazione alle indicazioni fornite dalla Direzione strategica ai RR.UU.PP. è stata garantita la riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Non sono pervenuti rilievi da parte del Collegio Sindacale né richieste di riscontro.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati gli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione attuando le misure previste dal vigente PTPCT, provvedendo tempestivamente alle pubblicazioni obbligatorie per legge.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Adesione all'attività di vigilanza collaborativa con ANAC, finalizzata a supportare l'Azienda nella predisposizione degli atti e nell'attività di gestione dell'intera procedura di gara per la realizzazione dell'Ospedale Sud Salento	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Per l'attività di gestione della gara per la realizzazione dell'Ospedale SUD Salento, si è nella fase di consegna del progetto definitivo da parte del RTP Proger S.p.A. mandataria, il cui importo di aggiudicazione è ben al di sotto della soglia prevista da ANAC per procedere alla richiesta di vigilanza collaborativa. Non risulta alcuna adesione all'attività di vigilanza collaborativa con ANAC finalizzata a supportare l'azienda nella predisposizione degli atti e nell'attività di gestione dell'intera procedura di gara.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato presentato il dossier formativo della struttura ed il personale ha svolto attività di formazione e aggiornamento professionale.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Sistemi Informativi Aziendali

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Utilizzo integrazione LIS aziendali con Sistema Regionale SIST	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Miglioramento su anno precedente.
Incremento % prenotazioni online	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Miglioramento su anno precedente: passando dalle n. 12.282 prenotazioni del 2022 alle n. 77.929 del 2023. Anche le operazioni di incasso passano da n. 1.456 a n. 8.539.
Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Miglioramento su anno precedente: dal sistema Tessera Sanitaria si rileva che la % di ricette prescritte in modalità dematerializzata nel 2023 è in aumento rispetto all'anno 2022.
Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Miglioramento su anno precedente: si passa dal 48,71% del 2022 al 50,02% del 2023.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati i tempi e la copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali / EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.
Implementazione del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Il Portale del Dipendente e la Piattaforma di Valutazione delle Performance risultano in fase di prototipizzazione anche relativamente all'alimentazione dei flussi informativi degli stessi.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD assicura il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di sistemi informativi e strumentazioni informatiche	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto alla predisposizione e all'aggiornamento del fabbisogno di sistemi informativi e strumentazioni informatiche.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state verificate le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	N. A.	E' stato garantito il rispetto degli obblighi previsti nei disciplinari attuativi e nel PNRR. Per i progetti PNRR di competenza l'ASL di Lecce risultata ha la migliore performance a livello regionale in termini di utilizzo dei finanziamenti.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	N. A.	
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Elaborazione progetti di telemedicina compatibili con programmazione regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Elaborati i progetti di rete Ecocardiografica Aziendale, Teleconsulto neuroradiologico / interventistico interaziendale con ASL Brindisi, Rete di Telecardiologica 118.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per ogni problematica connessa alla esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato costantemente garantito il supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per ogni problematica connessa alla esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per l'espletamento delle procedure di gara in materia informatica alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati consegnati tutti i capitolati tecnici richiesti.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature informatiche	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata garantita la corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature informatiche.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo, ove presente, avviene entro 15 gg lavorativi dalla richiesta del D.A.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Implementazione del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Il Portale del Dipendente e la Piattaforma di Valutazione delle Performance risultano in fase di prototipizzazione anche relativamente all'alimentazione dei flussi informativi degli stessi.
Revisione delle procedure documentali (atti deliberativi e protocollo) secondo le indicazioni della Direzione Strategica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Come da indicazioni della Direzione Strategica, è stato implementato il processo di conduzione degli atti deliberativi e determinativi attraverso la presenza del Responsabile del Procedimento (RP).
Assicurare l'attivazione delle caselle di posta elettronica certificata, di posta elettronica ordinaria di ciascun dipendente e della Firma digitale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione realizzata e resa disponibile.
Implementazione a regime del servizio PAGO PA per tutte le prestazioni sanitarie in regime di SSN e in regime ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione realizzata e resa disponibile attraverso l'applicativo di gestione del CUP.
Implementazione delle misure GDPR per la compliance privacy - sicurezza logica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione realizzata e resa disponibile.
Predisporre pareri ai servizi aziendali in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione realizzata e resa disponibile.
Definizione e monitoraggio delle misure privacy per i prestatori di servizi e/o provider esterni	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione realizzata e resa disponibile.
Implementazione per l'utilizzo della Identità Digitale da parte degli operatori aziendali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione realizzata e resa disponibile.
Utilizzo integrazione LIS aziendali con Sistema Regionale SIST	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Raggiunta la percentuale del 100% sul totale delle refertazioni prodotte.
Predisposizione sistemi informativi per la prescrizione dematerializzata	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Raggiunta la percentuale del 12% sul totale delle prescrizioni dematerializzate effettuate.
Predisposizione sistemi informativi per la presa in carico della prescrizione dematerializzata	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Raggiunta la percentuale del 65% di presa in carico sul totale delle prescrizioni dematerializzate effettuate dagli specialisti.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato il rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD assicura il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per la pianificazione degli acquisti e l'esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica, di sicurezza e privacy	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato costantemente garantito il supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per la pianificazione degli acquisti e l'esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica, di sicurezza e privacy.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per l'espletamento delle procedure di gara in materia informatica, di sicurezza e privacy alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati consegnati tutti i capitolati tecnici richiesti.
Definizione dei contenuti tecnici ed organizzativi per la tenuta dei Rapporti tra Pubbliche Amministrazioni e Rapporti con i Cittadini ed imprese nel rispetto delle linee guida AGID	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla definizione dei contenuti tecnici ed organizzativi per la tenuta dei Rapporti tra Pubbliche Amministrazioni e Rapporti con i Cittadini ed imprese nel rispetto delle linee guida AGID.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo, ove presente, avviene entro 15 gg lavorativi dalla richiesta del D.A.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.C. Direzione Amministrativa P. O. FAZZI

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 la Regione non ha richiesto alcuna rendicontazione dei costi COVID. Sono state regolarmente fornite informazioni richieste e relative ad anni pregressi.
Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'obiettivo è stato perseguito secondo le disposizioni della Direzione Strategica e nei limiti consentiti dalla dotazione di personale sanitario dedicato.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha garantito, per quanto di competenza, il rispetto di tutte le disposizioni vigenti in materia di sanità elettronica ed il miglioramento della copertura e della qualità dei flussi informativi, oltreché il corretto e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali nel rispetto della normativa di riferimento.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP DAPO FAZZI -6.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione assicura il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha predisposto ed aggiornato il fabbisogno di beni e servizi ospedalieri.
Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non è stato assicurato il monitoraggio così come richiesto.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state verificate le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori – Corretta ed aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori.
Espletamento delle procedure di gara delegate alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state assicurate le procedure di gara delegate dall'Area Gestione del Patrimonio.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata garantita la corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo, ove presente, avviene entro 15 gg lavorativi dalla richiesta del D.A.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.C. Direz. Amm.va P. O. Scorrano – Copertino – Galatina

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 la Regione non ha richiesto alcuna rendicontazione dei costi COVID. Sono state regolarmente fornite informazioni richieste e relative ad anni pregressi.
Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è dato attuazione alle disposizioni della Regione Puglia e, in via derivata, della Direzione Strategica, in materia di riordino della rete ospedaliera.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha garantito, per quanto di competenza, il rispetto di tutte le disposizioni vigenti in materia di sanità elettronica ed il miglioramento della copertura e della qualità dei flussi informativi, oltreché il corretto e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali nel rispetto della normativa di riferimento.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP: DAPO Scorrano: 0; DAPO Copertino: -43; DAPO Galatina: -16.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha pianificato gli acquisiti di beni e servizi per le strutture di competenza.
Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non è stato assicurato il monitoraggio così come richiesto.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha posto in essere tutte le azioni necessarie a garantire il rispetto degli equilibri economico - finanziari, ottemperando alle condizioni stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori – Corretta ed aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha posto in essere l'analisi delle esigenze e dei fabbisogni dei dispositivi medici e delle attrezzature dei presidi ospedalieri appartenenti all'U.O., presupposti per l'attivazione delle relative procedure di acquisto da parte dell'AGP e dell'Ufficio Gare Ospedaliere.
Espletamento delle procedure di gara delegate alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la massima collaborazione con la UOSVD Coordinamento dei Servizi Amministrativi dei PP.OO. Gallipoli - Scorrano, per l'espletamento delle procedure di gara delegate dall'A.G. Patrimonio.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha utilizzato il sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, consentendo per la parte di interesse analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, per il tramite di una corretta alimentazione e gestione dei sub-sistemi informativi contabili (sistema MOSS).
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Ove richiesto, si è provveduto al tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.C. Direzione Amministrativa P. O. Gallipoli – Casarano

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 la Regione non ha richiesto alcuna rendicontazione dei costi COVID. Sono state regolarmente fornite informazioni richieste e relative ad anni pregressi.
Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto all'avvio della procedura per l'accreditamento della UOSD di Otorino, alla riattivazione della UOSD di Pneumologia con 7 posti letto e all'ampliamento dei posti letto della UOC di Medicina e della UOC di Oncologia presso il Presidio di Gallipoli.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha garantito il rispetto dei tempi e la qualità nell'inserimento dei dati sui sistemi informativi sanitari e la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali, per quanto di competenza. ovvero collegamenti con INPS, INAIL e PERlaPA, utilizzo del sistema di gestione del protocollo informatico (Docusan), di gestione delle presenze (IrisWIN, di gestione degli stipendi (PagheWEB) e della gestione di atti deliberativi e determinativi (DocusanAtt); in tale ambito si è dato l'avvio per l'attivazione dell'utenza di protocollo informativo per i dipendenti di Gallipoli e Casarano.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP: DAPO Gallipoli: -9; DAPO Casarano: -13.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha pianificato gli acquisiti di beni e servizi per le strutture di competenza.
Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non è stato assicurato il monitoraggio così come richiesto.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha posto in essere tutte le azioni necessarie a garantire il rispetto degli equilibri economico - finanziari, ottemperando alle condizioni stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori – Corretta ed aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha posto in essere l'analisi delle esigenze e dei fabbisogni dei dispositivi medici e delle attrezzature dei presidi ospedalieri appartenenti all'U.O., presupposti per l'attivazione delle relative procedure di acquisto da parte dell'AGP e dell'Ufficio Gare Ospedaliera.
Espletamento delle procedure di gara delegate alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la massima collaborazione con la UOSVD Coordinamento dei Servizi Amministrativi dei PP.OO. Gallipoli - Scorrano, per l'espletamento delle procedure di gara delegate dall'A.G. Patrimonio.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha utilizzato il sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, consentendo per la parte di interesse analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, per il tramite di una corretta alimentazione e gestione dei sub-sistemi informativi contabili (sistema MOSS).
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Ove richiesto, si è provveduto al tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Coordinamento Servizi Amministrativi Ospedalieri Gallipoli – Scorrano

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Coordinamento dei servizi amministrativi ospedalieri al fine di garantire la tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Le attività sono svolte su delega dell'AGP. ITP -19.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento assicura, in collaborazione con le Direzioni Amministrative dei PP.OO., il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS).
Collaborazione con l'Area del Patrimonio e Area Tecnica per la predisposizione e aggiornamento del Programma biennale di acquisizione di beni e servizi e Piano degli investimenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha collaborato con le Direzioni Amministrative di Presidio in merito alla pianificazione degli acquisiti di beni e servizi, ponendo in essere tutte le azioni necessarie a garantire il rispetto degli equilibri economico - finanziari, ottemperando alle condizioni stabilite dalla Direzione Generale. Per quanto riguarda l'attuazione del Piano degli investimenti, l'attività è stata posta in essere fino all'intervento regionale di contenimento della spesa intervenuta con DGR n. 1055 del 27/07/2023.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale per i suddetti Piani	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha collaborato con le Direzioni Amministrative di Presidio in merito alla successiva verifica, per le voci di spesa di competenza, del rispetto dell'equilibrio economico finanziario.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha collaborato con le Direzioni Amministrative di Presidio e con AGRF per la redazione dei rendiconti trimestrali nonché per il contenimento dei costi di presidio e per garantire l'efficienza operativa delle ASL in termini di scostamento tra costi e ricavi.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha acquisito ed analizzato le esigenze ed i fabbisogni dei dispositivi medici e delle attrezzature dei presidi ospedalieri di competenza, presupposti per l'attivazione delle relative procedure di acquisto istruite dall'Ufficio Gare Ospedaliere.
Gestione dell'Ufficio Gare Ospedaliere ed espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha posto in essere il 100% delle procedure delegate dall'AGP e nello specifico 48 procedure di affidamento di attrezzature e beni sanitari e 32 procedure di dispositivi medici.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni mobili dei PP.OO. in collaborazione con l'Area Patrimonio	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha collaborato con le Direzioni Amministrative di Presidio in merito all'utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, consentendo per la parte di interesse analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, per il tramite di una corretta alimentazione e gestione dei sub-sistemi informativi contabili (sistema MOSS).
Coordinamento delle attività amministrative ospedaliere per l'acquisto e la fornitura di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'UOSD Coordinamento ha collaborato con le Direzioni Amministrative di Presidio in merito alla pianificazione, acquisto e fornitura di beni e servizi.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Ove richiesto, si è provveduto al tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.

Valutazione risultati Strutture afferenti al Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio

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 per tutte le Strutture del Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio, ad eccezione della U.O.S.V.D. Monitoraggio investimenti e sviluppo progetti innovativi, sul valore di raggiungimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Uffici di staff della Direzione Strategica

Nel corso del 2023 gli Uffici di *Staff* della direzione strategica, già afferenti al **Dipartimento Governo Clinico**, erano costituiti dalle seguenti UU.OO.:

- Unità Statistico-epidemiologica (U.O.S.E.);
- Comunicazione 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.

U.O.C Statistica ed Epidemiologia (U.O.S.E.)		
OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Predisporre un cruscotto direzionale ovvero produzione report periodici che permetta la valutazione delle performance sia per le prestazioni ambulatoriale sia per gli interventi chirurgici programmati	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Obiettivo parzialmente raggiunto: si sono prodotti report sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali a richiesta ma non è stato avviato il cruscotto direzionale con Engineering.
Assicurare la funzione di Referente Flussi COVID per la Regione e l'ISS, attraverso la rilevazione epidemiologica secondo la tempistica e la modalità previste a livello regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la funzione di referente flussi Covid secondo le direttive dell'ISS e della Regione con l'invio sistematico dei dati.
Assicurare la verifica per la mobilità passiva (in particolare per quanto concerne attività specialistica, ricoveri) per quanto di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato effettuato il 100% delle verifiche dei flussi secondo obbligo regionale.
Verifica appropriatezza dei ricoveri e prestazioni secondo i piani e le percentuali previste per l'allineamento con le indicazioni regionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Effettuato il 100% delle verifiche sulle case di cura private ed accreditate e il 10% sulle strutture pubbliche secondo indicazioni regionali.
Aggiornamento casistica Registro Tumori secondo programmazione CTS (SI/NO)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi secondo la programmazione del Centro di Coordinamento Registro Tumori Puglia riguardo il completamento della analisi dell'incidenza, prevalenza con report dettagliati con casistica aggiornata al 2022. Per il registro Mortalità sono state codificate tutte le cause di morte inclusa la principale sia su Edotto che su piattaforma Nazionale ed estratti i relativi report.
Assicurare le funzioni di Responsabile Interno di Progetto del sistema informativo sanitario regionale (EDOTTO)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I dati sono stati conferiti nel sistema Informativo sanitario Regionale Edotto in base alle scadenze previste dalla Delibera Regionale.
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi al NSIS	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si attesta il conferimento dati di attività gestionali ad NSIS come da riferimento normativo del DM 5/12/2006 (Modello HSP,STS, RIA, FLS).
Assicurare la formazione e il supporto a tutte le Strutture aziendali per la corretta e completa implementazione dei flussi informativi di riferimento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato agli utenti della struttura ASL, ai fini dell'implementazione dei flussi ,sia la formazione che il supporto.
Mettere in atto strategie organizzative e iniziative di programmazione sanitarie coerenti ed orientate sulla base dei dati disponibili sulla popolazione e sui servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il supporto con elaborazione dati alla Direzione Sanitaria ai fini della programmazione.
Stratificazione epidemiologica della popolazione per la rilevazione dei bisogni e la programmazione del governo dell'offerta	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato prodotto un report sulla stratificazione epidemiologia della popolazione.

U.O.S.V.D. Comunicazione informazione istituzionale (URP)		
OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Attuazione del Progetto a livello aziendale, secondo le linee guida regionali, garantendo consulenza e supporto a tutte le Strutture sanitarie interessate	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 sono state realizzate le azioni previste dal progetto regionale. Si è proceduto all'aggiornamento della cartellonistica ospedaliera (cartelli bilingue con i colori stabiliti dal progetto Hospitality).
Aggiornamento del portale regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla costante verifica del grado di aggiornamento delle sezioni del portale WEB Puglia Salute. Per gli aggiornamenti sono stati formati i redattori delle Unità Operative aziendali che sono abilitati all'inserimento dei dati e delle informazioni che vengono pubblicate previa approvazione da parte della UOSVD Comunicazione Informazione Istituzionale.
Realizzazione Carta dei Diritti delle persone fragili in ospedale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla redazione della Carta dei Diritti delle persone con disabilità, approvata con Delibera n.159 del 08/05/2023.
Realizzazione Guida ai servizi della ASL Lecce in forma depliant e digitale da distribuire prevalentemente negli studi dei MMG e PLS e da allegare in forma sintetica a SalentoIntasca per la prossima estate	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	E' stata realizzata la bozza depliant Carta dei Servizi 10 Distretti, trasmessa in Direzione Sanitaria per la validazione.
Pubblicazioni di post sul canale facebook istituzionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2023 sono stati pubblicati n.445 post FB e n. 265 post IG.
Pubblicazione dei concorsi banditi dalla ASL su LinkedIn	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla pubblicazione in misura superiore al valore target > 30% sul canale social LinkedIn dei concorsi banditi da ASL Lecce.
Gestione delle segnalazioni pervenute all'URP	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state gestite tutte le segnalazioni giunte all'URP, il cui numero nel 2023 è risultato doppio rispetto al 2022.
Risposte agli utenti delle segnalazioni scritte pervenute all'URP	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto al riscontro del 100% delle segnalazioni pervenute.
Assicurare la partecipazione alle iniziative del gruppo regionale di coordinamento della comunicazione in sanità	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la partecipazione a tutti gli incontri del Gruppo regionale di coordinamento della comunicazione, sia in presenza che da remoto.
Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali - Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati assicurati tutti i flussi informativi di competenza della struttura.

U.O.S.V.D. Psicologia del lavoro e benessere organizzativo		
OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Assicurare consulenza e supporto psicologico dei dipendenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato esaudito il 100% delle richieste.
Assicurare percorso psicoterapeutico ai dipendenti che ne abbiano bisogno	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato esaudito il 100% delle richieste.
Assicurare consulenza e supporto ai direttori di struttura sui rischi psicosociali e nella gestione delle criticità gestionali e organizzative	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato esaudito il 100% delle richieste.
Valutazione del rischio stress lavoro correlato	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato esaudito il 100% delle richieste.
Formazione del personale dipendente in materia di rischi psicosociali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati attivati i percorsi di formazione del personale dipendente in materia di rischi psicosociali.
Elaborazione di un vademecum a divulgazione interna sulla leadership e sui criteri motivazionali per i collaboratori e per assicurare il benessere lavorativo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato elaborato il vademecum.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati tutti gli obblighi informativi previsti dalla normativa di riferimento.

UOSVD Centro Unico Prenotazioni Aziendale (CUP)

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Revisione delle agende al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta garantendo la progressiva riduzione delle agende esclusive e comunque almeno nel rapporto agende esclusive/agende pubbliche (40%/60%)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto al 100% della revisione delle agende secondo linee guida aziendali (DDG 3858/2010 e DDG1120/2019 -PNGLA 2019/2021) e promuovendo l'apertura di ulteriori agende con priorità UBD secondo il Modello RAO (aggiornamento 2021).
Promozione apertura agende UBD	OBIETTIVO RAGGIUNTO	+5% rispetto al 2022 promuovendo l'apertura di ulteriori agende con priorità UBD secondo il Modello RAO (aggiornamento 2021)
Incremento punti di prenotazione esterna	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati incrementati i punti di prenotazione rispetto all'anno precedente mediante l'inserimento al CUP di due strutture esterne.
Attivazione e gestione di una Centrale Operativa per il monitoraggio delle attività CUP (WBS Engineering) - interazione con il Project Manager e con i Client aziendali	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Il rafforzamento della gestione centralizzata è stato possibile compatibilmente con le risorse assegnate che sono state formate al fine di migliorare le attività di monitoraggio CUP mediante apposita reportistica.
Elaborazione (mensile, trimestrale, semestrale) dei report relativi ai tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel rispetto delle scadenze previste	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% delle elaborazioni previste Relative al Monitoraggio per il Governo delle Liste di Attesa Istituzionale ed ALPI nel rispetto delle scadenze (mensili, trimestrali) e Monitoraggio delle Sospensioni semestrale previsti dal PRGLA e PNGLA 2019/2021.
Predisporre un cruscotto direzionale ovvero produzione report periodici che permetta il monitoraggio dei tempi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% delle elaborazione richieste secondo specifiche necessità e richieste del RULA e della Direzione Strategica Aziendale.
Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati definiti nuovi percorsi per la presa in carico delle cronicità (scompenso cardiaco, diabete, TAVI...) con l'incremento delle agende dedicate rispetto all'anno precedente.
Implementare i servizi al cittadino per le prenotazioni, prediligendo servizi telematici e telefonici	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Con le risorse disponibili è stato possibile confermare gli attuali punti di call center, sui quali si è intervenuti potenziando gli organici per raccogliere tutta la domanda e ridurre i tempi di risposta incrementando le modalità per la prenotazione online.
Gestione diretta del personale afferente al servizio, in accordo con la Società in house	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto ad assicurare una gestione centralizzata del personale in accordo con la Società in house.
Aggiornamento sulla procedura delle prestazioni e dei sistemi di monitoraggio	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% degli aggiornamenti previsti da norme regionali e nazionali relativamente all'erogazione di prestazioni.
Assicurare i monitoraggi secondo le direttive e le scadenze regionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'U.O. ha assicurato il rispetto degli obblighi informativi entro i tempi previsti.

U.O.S.V.D. Ufficio Formazione

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - Adesione Delibera Piano Formativo 2023/2025	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Piano Formativo è stato predisposto e presentato in Direzione a Maggio 2023 secondo l'Organizzazione Dipartimentale prevista dalla Delibera del DG n19 del 10.3.2023. La stessa proposta è stata portata in valutazione al CUG nella seduta dell'11.8.2023 e del Collegio di Direzione nella seduta dell'11.8.2023. Per la validità dell'atto il Piano doveva essere esaminato anche dagli Organismi Paritetici, previsti dai 3 CC.CC.NN., che erano scaduti e non ancora rinnovati. Il Piano Formativo è stato poi riesaminato, secondo la nuova Organizzazione Dipartimentale approvata con Delibera del DG n 290 del 15.6.2023, e dopo la ricostituzione dei tre Organismi (6/11/2023, 7/11/2023, 13,13,2023) ha ricevuto da questi il parere favorevole. La Delibera di approvazione Definitiva è stata pertanto adottata in Data 30/1/2024 n. 81. Nell'anno 2023 sono stati comunque realizzati tutti i 226 corsi richiesti, inseriti nel Piano Formativo ed autorizzati dalla DG in attesa dell'approvazione del Piano Formativo Aziendale.
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. di corsi interni realizzati / N. di corsi richiesti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. corsi richiesti 226. Corsi realizzati 226.
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. Corsi – Comandi esterni autorizzati / Corsi richiesti e autorizzati dalla Direzione Strategica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. richieste partecipazione Corsi/Comandi Esterni: 138. Autorizzati 138.
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. di tirocini autorizzati / N. Di tirocini richiesti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. tirocini richiesti: 525. Tirocini Autorizzati 525.
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. di patrocini concessi / patrocini richiesti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. Patrocini richiesti 124. N. risposte (accoglimento e rifiuto) 124.
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - elaborazione vademecum "Noi Formazione ASL Lecce" con cui si informano i dipendenti dell'offerta formativa e delle procedure per l'attivazione dei corsi e delle attività della formazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato elaborato un vademecum (disponibile sul sito www.formazioneasllecce.it) con tutti i riferimenti alla Formazione della normativa nazionale e dei contratti (Dipendenti e Convenzionati), con i relativi moduli di richiesta, per permettere ai dipendenti di accedere ai relativi istituti contrattuali.
Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale - diffusione delle informazioni attraverso le mail istituzionali personali e canali media (telegram) per il raggiungimento di tutti i dipendenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La diffusione delle informazioni raltive alla formazione è stata garantita: 1) dall'invio della Newslewtter mensile Aziendale (20.000 indirizzi tra peo Nominative aziendali, email istituzionali, email personali). 2) dall'utilizzo del Canale Telegram (3500 iscritti) ; 3) dalla pubblicazione in tempo reale dei corsi e dei link per le iscrizioni.
Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali - Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati inviati all'UOSE ed al CUG i dati 2023 necessari per alimentare le banche dati sia dell'ISTAT sia dei quelle nazionali per le pari opportunità.

U.O.S.V.D. Rischio Clinico

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Redazione e/o verifica e pubblicazione di procedure e protocolli aziendali in materia di rischio clinico - N. Protocolli, Procedure, altri documenti pubblicati / N. Di Protocolli, Procedure, altri documenti prodotti	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
Verifica e pubblicazione di PDTA aziendali - N. PDTA aziendali pubblicati / N. PDTA aziendali prodotti (e affidati al Rischio Clinico per la pubblicazione)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Garantire le attività di competenza nell'ambito della Commissione Valutazione Sinistri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Redazione del Piano Aziendale del Rischio Clinico	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
Monitoraggio degli eventi avversi / near miss	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Partecipazione e supervisione delle attività di auditing relative a near miss ed eventi avversi di "minore entità"	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Gestione diretta degli audit relativi ad eventi sentinella, Significant Event Audit (SEA) e/o audit di sistema caratterizzati da elevata rilevanza organizzativa	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Monitoraggio dell'applicazione di documenti aziendali in mater di rischio clinico	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Programmazione dell'attività di Safety Walkaround ("giri per la sicurezza"), con priorità definita sulla base di un'analisi del rischio attuale e potenziale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Garantire la tempestività dell'alimentazione dei flussi istituzionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	

U.O.S.V.D. Prevenzione e Protezione Aziendale

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Analisi e verifica del contesto organizzativo dei requisiti legislativi e della documentazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il documento è stato predisposto ma non ancora approvato dalla Direzione Generale.
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il documento è stato predisposto ma non ancora approvato dalla Direzione Generale.
Pianificazione - Identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Predisposti e deliberati Aggiornamenti dei DVR come da pianificazione.
Pianificazione - Identificazione e pianificazione delle misure e interventi di prevenzione e protezione da attuare	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Previsti nei DVR deliberati e trasmessi ai Direttori delle Macrostrutture interessate e all'Ufficio del Medico Competente.
Attuazione, controlli operativi e verifiche (trattamento del rischio)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Attività di controllo contestuale ai sopralluoghi.
Gestione delle procedure organizzative e degli istituti relazionali - Gestione delle procedure organizzative, gestionali e operative interne e di rapporto con le autorità e i fornitori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte predisposte ogni volta che si è reso necessario.
Gestione delle procedure organizzative e degli istituti relazionali - Gestione delle procedure inerenti i processi di formazione, comunicazione (interna ed esterna), informazione, consultazione e partecipazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Regolare Aggiornamento.
Riesami e valutazione prestazionali - Riesame periodico, analisi e valutazione dei dati di monitoraggio e controllo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Monitoraggio effettuato ai fini dell'aggiornamento del DVR.
Riesami e valutazione prestazionali - Rilevazioni di non conformità, infortuni, incidenti e anomalie	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% limitatamente ai dati pervenuti al SPPA.
Miglioramento continuo - Identificazione delle azioni correttive e migliorative ai fini del miglioramento continuo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Azioni correttive indicate in ogni DVR aggiornato.
Implementazione di una rete degli addetti al SPPA per la copertura integrale di ogni Macrostruttura della ASL	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per l'anno di riferimento (Per le successive annualità si rimanda a nota prot. n. 0144840 del 06/06/2024).
Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali - Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Effettuata specifica informazione ai lavoratori/Ditte esterne/lavoratori autonomi nell'ambito di competenza del SPPA.

U.O.S.V.D. Ufficio del Medico Competente

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	Commenti sui risultati 2023
Visite previste dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii. Lavoratori e Personale Tirocinante	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Esecuzione prelievi ematici (Lavoratori e tirocinanti)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Vaccinazione in favore dei dipendenti	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Le vaccinazioni risultano diminuite in quanto parte del personale dipendente non si è sottoposto a vaccinazione COVID nonostante le prescrizioni emesse in sede di visita medica.
Protocolli Post – Esposizione Incidente occupazionale a rischio biologico personale ASL	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Implementazione di un cruscotto per la Direzione Generale con report sintetico della distribuzione delle limitazioni del personale dipendente all'interno delle macrostrutture	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali - Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	

Valutazione risultati 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 gli Uffici di *Staff*, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

5) Valutazione della *performance* individuale

Gli adempimenti richiesti dal D. Lgs. n. 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 D.D.G. n. 2183 del 09.12.2014, con nota prot. 52374 del 03.04.2023, il personale dipendente dell'ASL Lecce 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 proseguire nel processo di dematerializzazione della scheda di valutazione individuale avviato per l'anno 2022.

Tutto il processo è stato informatizzato, dalla fase di valutazione del valutatore all'accettazione e/o contestazione da parte del valutato, all'elaborazione degli esiti della valutazione.

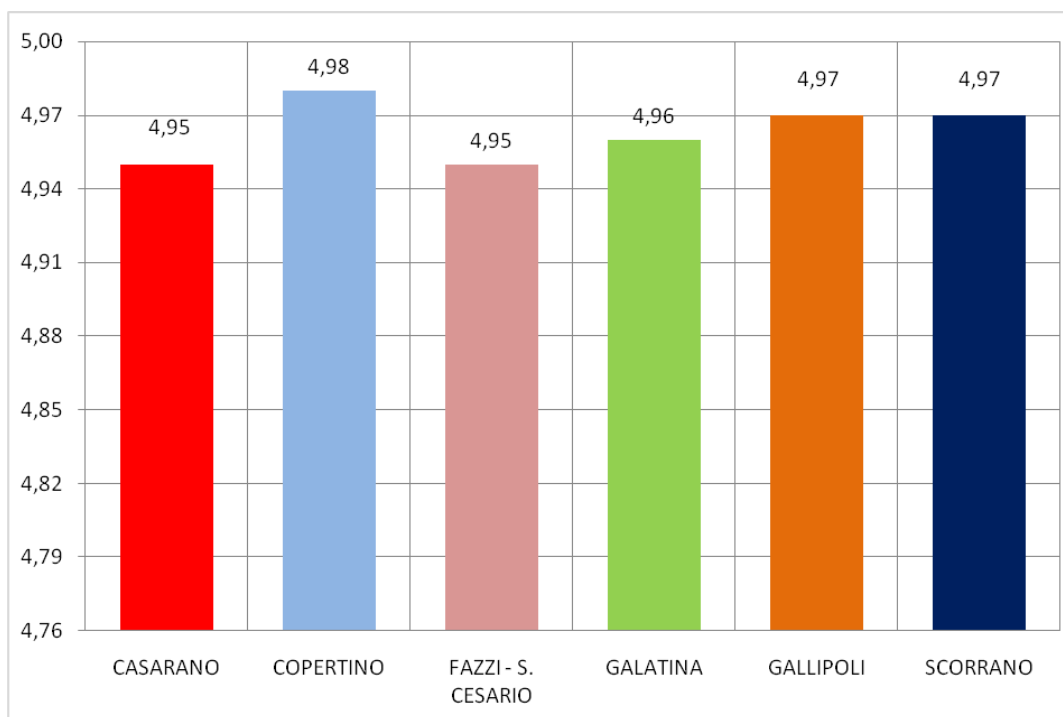
L'avvio del percorso e l'implementazione della nuova procedura ha richiesto un notevole impegno in termini di tempo e di risorse umane, nonché l'organizzazione di una struttura interna per il governo del sistema; pertanto il percorso di valutazione individuale si è concluso nel mese di ottobre, comportando un ritardo nella adozione della presente Relazione.

Di seguito si riportano i dati relativi alle schede di valutazione individuale, esaminate e distinte per Struttura e area di Comparto e Dirigenza.

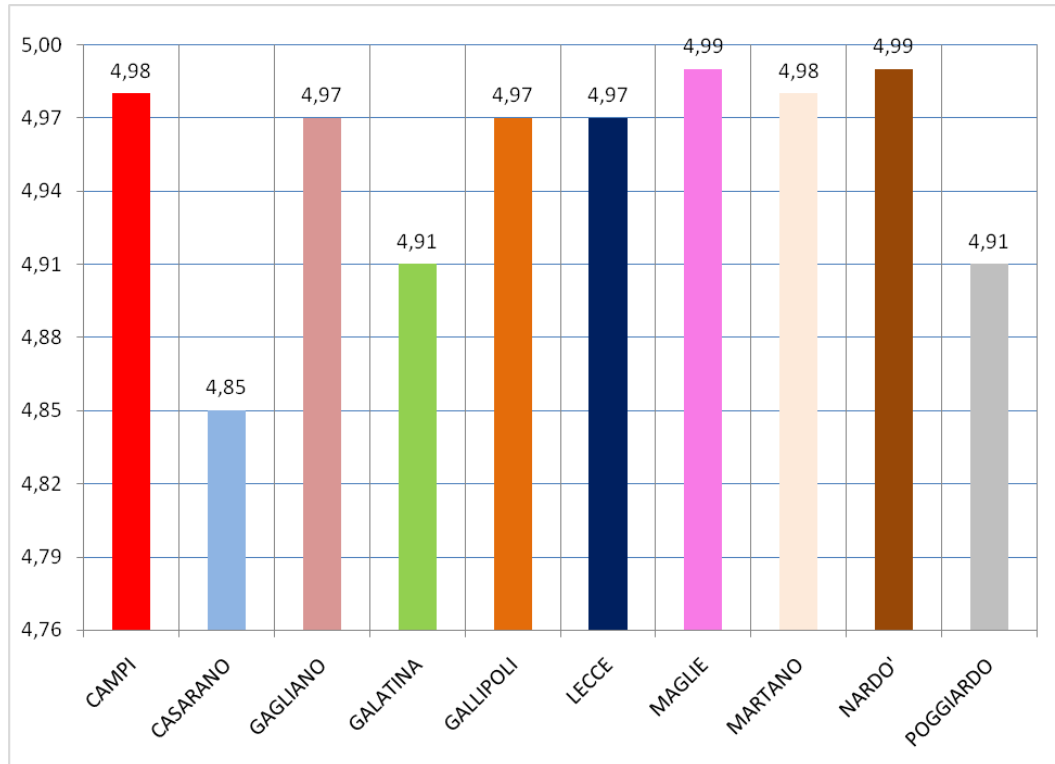
AREA COMPARTO

PERFORMANCE ANNO 2023			
AREA	MACROSTRUTTURA	STRUTTURA	Valutazione media (da 1 a 5)
CMP	D.S.S.	CAMPI	4,98
CMP	D.S.S.	CASARANO	4,85
CMP	D.S.S.	GAGLIANO	4,97
CMP	D.S.S.	GALATINA	4,91
CMP	D.S.S.	GALLIPOLI	4,97
CMP	D.S.S.	LECCE	4,97
CMP	D.S.S.	MAGLIE	4,99
CMP	D.S.S.	MARTANO	4,98
CMP	D.S.S.	NARDO'	4,99
CMP	D.S.S.	POGGIARDO	4,91
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DI PREVENZIONE	4,85
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DI RIABILITAZIONE	4,91
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DI SALUTE MENTALE	4,93
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DIPEND. PATOLOGICHE	4,87
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. INT. EMERG. URG.	4,91
CMP	OSPEDALE	CASARANO	4,95
CMP	OSPEDALE	COPERTINO	4,98
CMP	OSPEDALE	FAZZI - S. CESARIO	4,95
CMP	OSPEDALE	GALATINA	4,96
CMP	OSPEDALE	GALLIPOLI	4,97
CMP	OSPEDALE	SCORRANO	4,97
Dati rilevati dopo aver esaminato 6807 schede dell'Area Comparto			

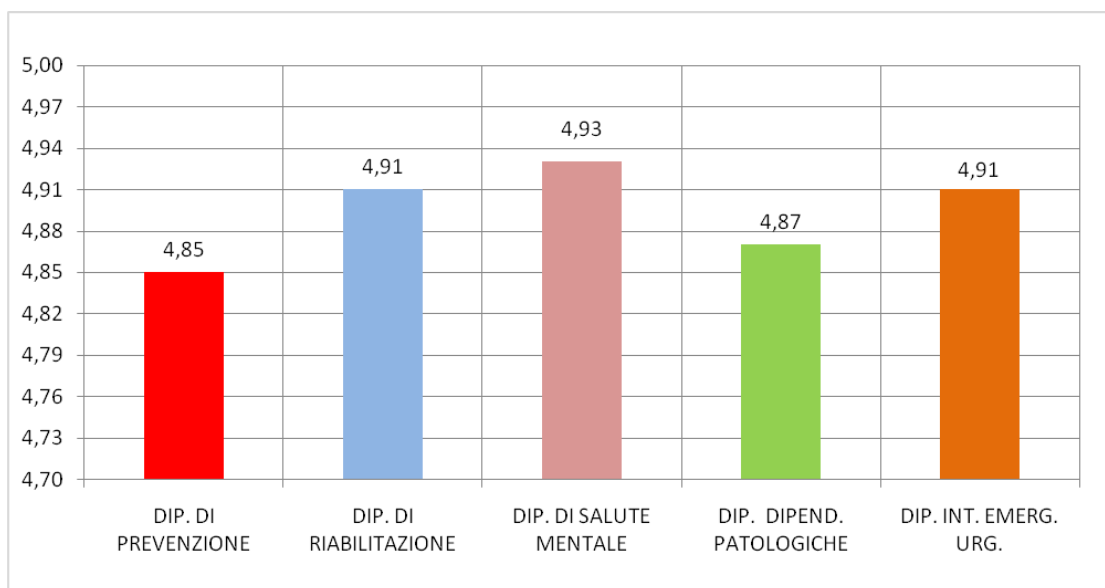
COMPARTO - POLI OSPEDALIERI
Media Valutazioni Performance 2023 (1-5)



COMPARTO - DISTRETTI SOCIO SANITARI
Media Valutazioni Performance 2023 (1-5)



COMPARTO - DIPARTIMENTI STRUTTURALI
Media Valutazioni Performance 2023 (1-5)

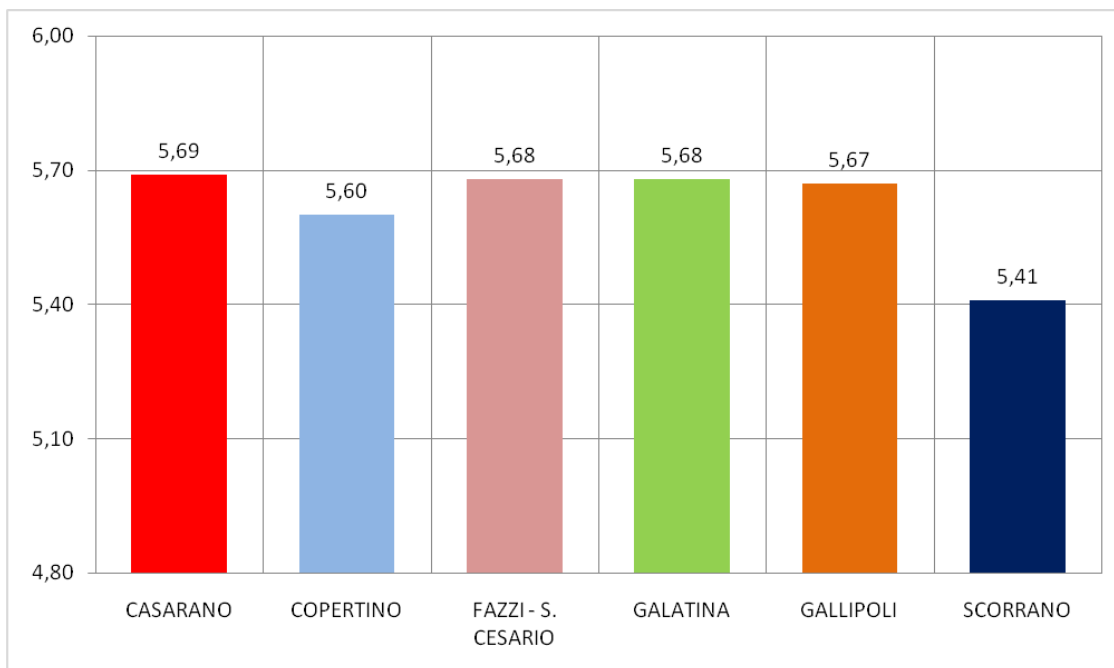


AREA DIRIGENZA

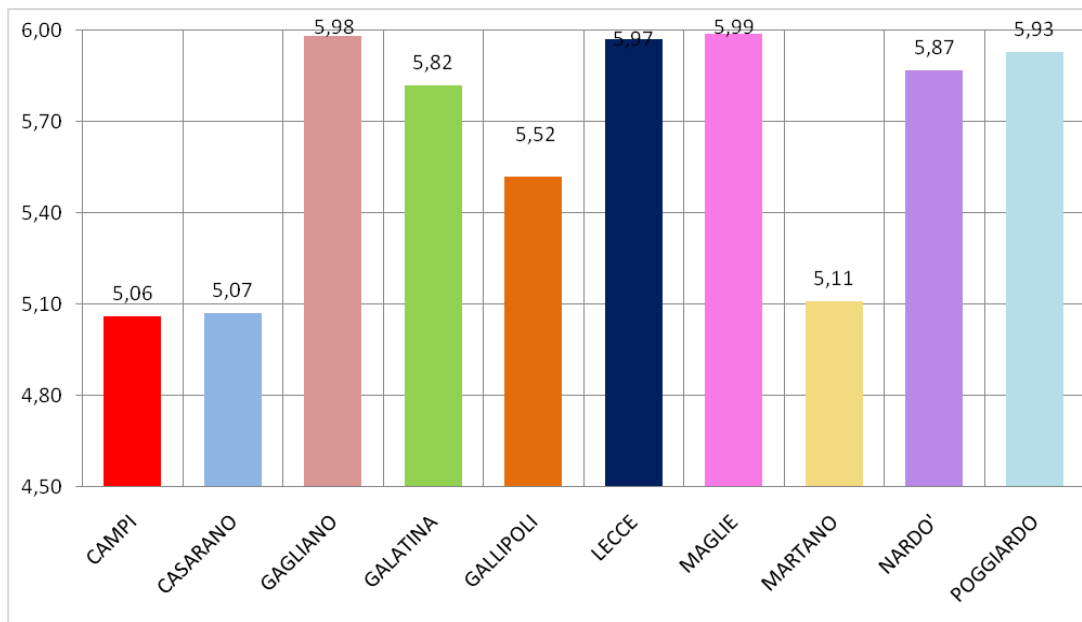
PERFORMANCE ANNO 2023			
AREA	MACROSTRUTTURA	STRUTTURA	Valutazione media (da 1 a 6)
DIRG.	D.S.S.	CAMPI	5,06
DIRG.	D.S.S.	CASARANO	5,07
DIRG.	D.S.S.	GAGLIANO	5,98
DIRG.	D.S.S.	GALATINA	5,82
DIRG.	D.S.S.	GALLIPOLI	5,52
DIRG.	D.S.S.	LECCE	5,97
DIRG.	D.S.S.	MAGLIE	5,99
DIRG.	D.S.S.	MARTANO	5,11
DIRG.	D.S.S.	NARDO'	5,87
DIRG.	D.S.S.	POGGIARDO	5,93
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DI PREVENZIONE	5,59
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DI RIABILITAZIONE	5,87
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DI SALUTE MENTALE	5,92
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DIPEND. PATOLOGICHE	5,61
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. INT. EMERG. URG.	5,52
DIRG.	OSPEDALE	CASARANO	5,69
DIRG.	OSPEDALE	COPERTINO	5,6
DIRG.	OSPEDALE	FAZZI - S. CESARIO	5,68
DIRG.	OSPEDALE	GALATINA	5,68
DIRG.	OSPEDALE	GALLIPOLI	5,67
DIRG.	OSPEDALE	SCORRANO	5,41

Dati rilevati dopo aver esaminato 1627 schede dell'Area della Dirigenza

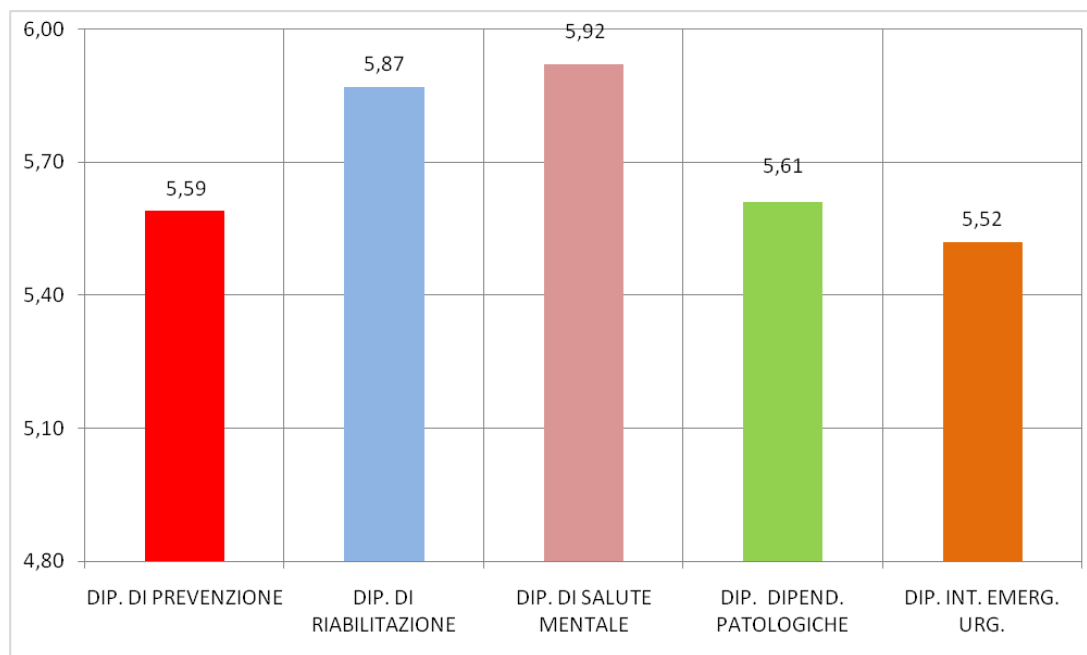
DIRIGENZA - POLI OSPEDALIERI
Media Valutazioni Performance 2023 (1-6)



DIRIGENZA - DISTRETTI SOCIO SANITARI
Media Valutazioni Performance 2023 (1-6)



DIRIGENZA - DIPARTIMENTI STRUTTURALI
Media Valutazioni Performance 2023 (1-6)



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 (C.U.G.), dell'Unità Operativa Comunicazione Informazione Istituzionale e dell'Unità Operativa Psicologia del Lavoro e Benessere Organizzativo.

Interventi da parte del Comitato Consultivo Misto

Nel 2023 le Associazioni del C.C.M. 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 *goo to meeting* aziendale, videochiamate, incontri in piccoli gruppi.

Tra le principali attività svolte durante l'anno 2022 dal C.C.M. rientrano la costituzione di un gruppo operativo permanente e la nomina di presidente, vicepresidente e segreteria C.C.M.

Con riferimento ai tavoli tematici, sono stati effettuati incontri con il Direttore Generale e il Direttore Sanitario per affrontare problematiche inerenti la disabilità neurologica e mentale e le malattie rare.

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

Coerentemente con l'impegno dell'Azienda a dare centralità e risposta ai bisogni dell'utenza, in tutti i segmenti della cura e del prendersi cura, la U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale – dedicata alla comunicazione e all'informazione a cittadini, associazioni e *mass media*, ispirandosi ai principi di imparzialità, efficacia, efficienza, trasparenza, uguaglianza, partecipazione e qualità dei servizi erogati – ha assicurato accoglienza e risposta alle richieste di informazione e alle segnalazioni pervenute.

Le segnalazioni – nella forma di osservazioni, rilievi, suggerimenti, reclami e ringraziamenti – esprimono le esigenze di salute che a noi giungono dall'utenza e dal mondo dell'associazionismo.

L'analisi dei contenuti delle segnalazioni – pervenuteci attraverso i canali messi a disposizione e gestiti dalla U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale e attraverso le specifiche modalità interattive e relazionali promosse – ha favorito l'ascolto e l'interlocuzione continua e costante con i cittadini e il terzo settore e consentito, altresì, di porre a confronto indicatori e obiettivi della nostra pianificazione rispetto agli esiti della valutazione partecipativa.

Si è monitorato il gradiente di soddisfazione / insoddisfazione delle prestazioni erogate, conosciuto lo scarto tra qualità attesa e qualità percepita, raccolti preziosi *feedback* utili a pianificare e attuare le necessarie azioni di miglioramento per il superamento delle criticità segnalate.

Ridurre il *gap* tra le aspettative dell'utenza e la sua soddisfazione è, di fatto, uno degli obiettivi cruciali dell'Azienda. Per far questo, la U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale ha interagito e interagisce con l'utenza e con le associazioni attive sui temi della salute e della sua tutela attraverso modalità diversificate di comunicazione: in presenza, digitalmente, telefonicamente, con iniziative e progetti condivisi di umanizzazione, diritti, dignità.

Siamo consapevoli che, per valutare in modo compiuto la qualità dell'assistenza e per definire e mettere in atto programmi di miglioramento della qualità, è essenziale poter rilevare l'esperienza degli utenti in relazione all'assistenza attesa / ricevuta e comprendere, così, la percezione che le persone nutrono nei confronti dei servizi e delle strutture dell'Azienda.

I nostri canali di comunicazione e ascolto valorizzano, pertanto, il contributo e la partecipazione dei cittadini, delle associazioni, del Comitato Consultivo Misto e di tutti gli interlocutori che, con i loro suggerimenti, le esperienze, le idee concorrono a progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità. Solo riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema è possibile attuare importanti cambi di paradigma.

Dal punto di vista dell'utente, la qualità percepita deriva da personali e pregresse esperienze, da contingenti aspetti emozionali e dal proprio sistema valoriale. La qualità percepita rappresenta, quindi, un valido strumento di conoscenza delle opinioni e del vissuto del cittadino e dei livelli di tutela delle sue istanze di salute.

Il significato della segnalazione va colto come *input* propositivo per migliorare l'offerta dei servizi, mantenere un proficuo scambio con i cittadini, favorire la valutazione partecipativa circa qualità e appropriatezza dei servizi erogati.

In questa accezione, le criticità motivate espresse e giunte alla nostra attenzione concorrono a promuovere la cultura della qualità, il miglioramento continuo dei processi e l'utilizzo ottimale delle risorse (ciclo di *Deming*).

La presa in carico e la conseguente istruttoria interna, che la segnalazione-reclamo genera, sono il primo passo verso la crescita culturale dell'organizzazione e del personale che vi opera. Di fatto, mobilitano la collaborazione e il coinvolgimento attivo e responsabile delle Unità Operative, necessari per rimuovere le cause del disservizio e innalzare la qualità organizzativa, professionale e relazionale.

Una modalità di gestione delle segnalazioni così concepita è centrata sulla crescita collettiva del "Sistema Azienda", che migliora le sue capacità di ascolto attivo e di coinvolgimento dei cittadini, singoli o in associazione, interviene sulle disfunzionalità e sancisce la possibilità per il cittadino di incidere, in positivo, sull'organizzazione dei servizi sanitari.

Il reclamo ha, quindi, valenza strategica: consente il monitoraggio dei punti critici dell'organizzazione, orienta l'azione di miglioramento dei servizi, è indicatore della qualità percepita, consente l'espressione piena e partecipativa del processo continuo della valutazione.

La suddetta U.O.S.V.D., con la diversificazione dei sistemi di ascolto che gestisce, rileva la “voce” degli utenti – la loro esperienza diretta, la percezione e la rappresentazione che dei servizi sanitari hanno – attraverso gli sportelli virtuali costituiti dai *social media* come *Facebook*, *Messenger*, *Instagram*, *Linkedin*, *WhatsApp*, quest'ultimo gestito insieme all'Ufficio Formazione. Attraverso questi canali, gli utenti accedono alle informazioni sanitarie, ai servizi fruibili, alle iniziative ASL come le campagne di prevenzione; di contro, l'Azienda ha la possibilità di conoscere e raccogliere richieste e *feedback* dai commenti ai *post* e dai messaggi.

Il numero di visualizzazioni dei *social* è in costante crescita così come il numero di *follower*: la pagina *Facebook* è seguita da 35.653 utenti, *Instagram* da 2.078 e *Linkedin* da 1.397.

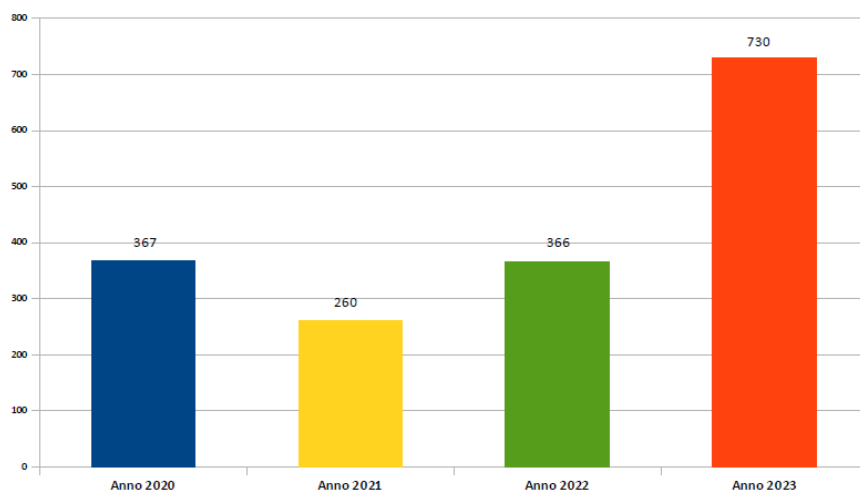
Il portale istituzionale ASL Lecce (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>) è un altro canale di immediata consultazione per conoscere le iniziative della Salute a livello provinciale e regionale e per reperire informazioni dettagliate sull'offerta dei servizi sanitari. Oltre alla Guida ai servizi che in automatico il sistema aggiorna settimanalmente, sono di utilità le Carte dei Servizi delle Unità Operative inserite sul portale di cui curiamo grafica e stampa cartacea, se necessario; tra le tante, la Carta del Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.), della Nutrizione Clinica, dell'Ematologia, della *Breast Unit*.

La linea telefonica dedicata al pubblico (0832/215701), che grazie all'aumentata dotazione organica del personale assegnato alla U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale da giugno 2023, assicura la risposta dell'operatore; nelle ore non lavorative funziona come segreteria telefonica e fornisce orari di servizio al pubblico e *account* PEO per richieste scritte.

Altro canale interlocutorio è la via telematica ai nostri indirizzi PEO/PEC (urp@asl.lecce.it, segreteria.urp@asl.lecce.it, comunicazione@asl.lecce.it, urp@pec.asl.lecce.it), cui l'utenza ricorre per chiedere informazioni inerenti l'offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie, chiarimenti su procedure, corsi, concorsi, segnalazioni, reclami, elogi, ecc.

Per quanto riguarda le segnalazioni giunte nel 2023, ne abbiamo processato 730, il doppio dell'ammontare dell'anno precedente (nel 2022 sono state 366).

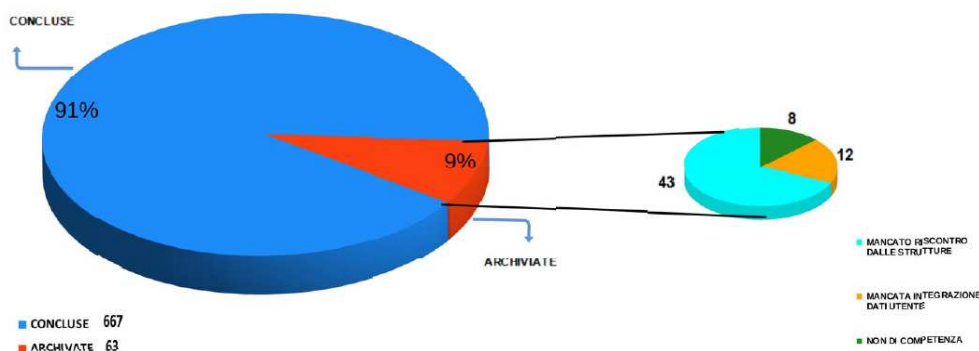
Punti di forza della presa in carico delle segnalazioni sono l'avvio celere dell'istruttoria (protocollazione e assegnazione per competenza), la collaborazione tra servizi, la restituzione all'utente dell'esito a conclusione dell'intero *iter*. Il risultato è la creazione di un canale comunicativo e relazionale di valore con i cittadini utenti, sempre più apprezzato e utilizzato, come il numero in crescita negli anni delle segnalazioni dimostra. Nel 2020 abbiamo trattato 367 segnalazioni, nel 2021 sono state 260, nel 2022 sono state 366, nel 2023 sono state 730.



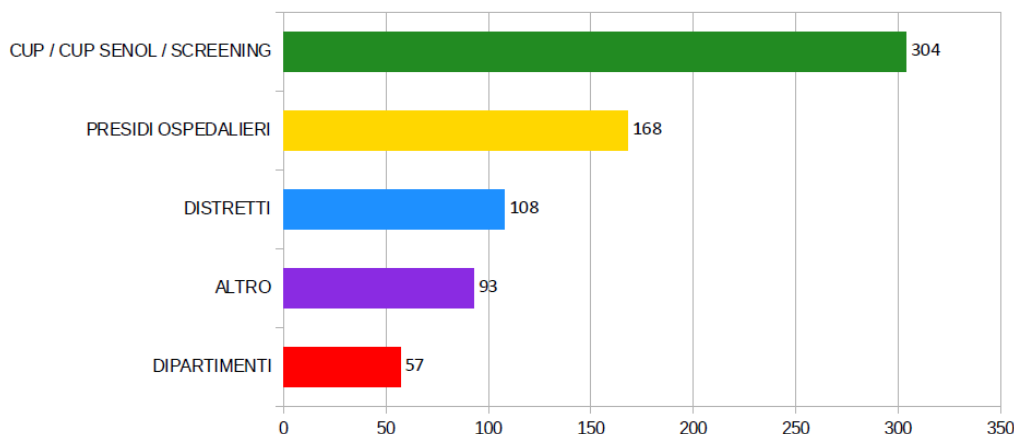
Ulteriore *feedback* sono i ringraziamenti in presenza o via mail rivolti all'operato dell'U.R.P. centrale. I ringraziamenti e gli elogi per iscritto arrivano anche per altre strutture e Unità Operative aziendali; nel 2023 sono stati 80, così ripartiti: 57 per i Presidi Ospedalieri, 17 per i Distretti Socio-Sanitari e 6 per altri servizi.

La rete territoriale U.R.P. impegna gli operatori dedicati nei Presidi Ospedalieri di Casarano, Copertino, Gallipoli, Scorrano e nei Distretti Socio-Sanitari di Campi Salentina, Maglie e Poggiardo.

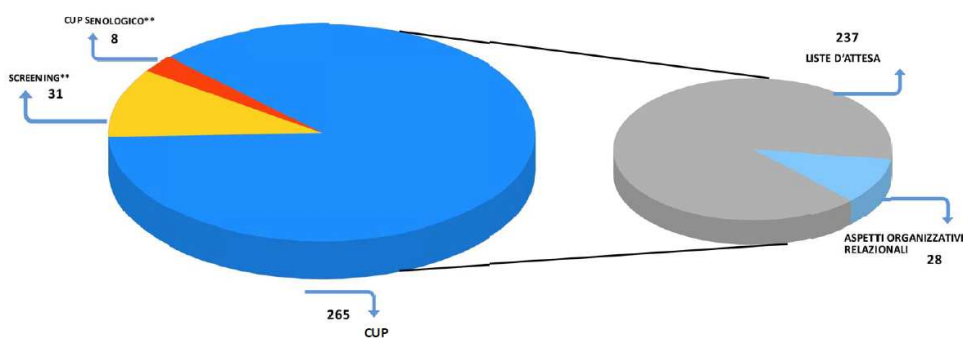
Il *report* Segnalazioni 2023 riporta il totale delle segnalazioni ricevute (730), distinte tra archiviate (63) e concluse (667), e successivamente ripartite in base alle diverse strutture oggetto della segnalazione stessa.



Le segnalazioni sono state poi suddivise per macroaree di riferimento: CUP/CUP senologico/*Screening*, Presidi Ospedalieri, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimenti (i 4 Dipartimenti storici) e Altro (non rientranti nelle precedenti), con un *focus* quantitativo su ciascuna macroarea (per es., quante segnalazioni per ciascun Presidio Ospedaliero e per ciascun Distretto Socio-Sanitario).

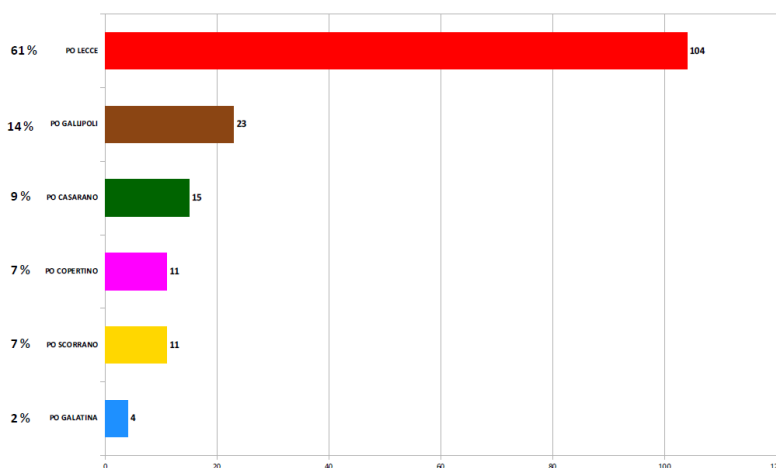


Delle 730 segnalazioni, 265 riguardano il C.U.P. e, tra queste, 237 riguardano le liste di attesa ossia la disponibilità della prestazione nel rispetto dei tempi fissati dal codice di priorità indicato sulla prescrizione.



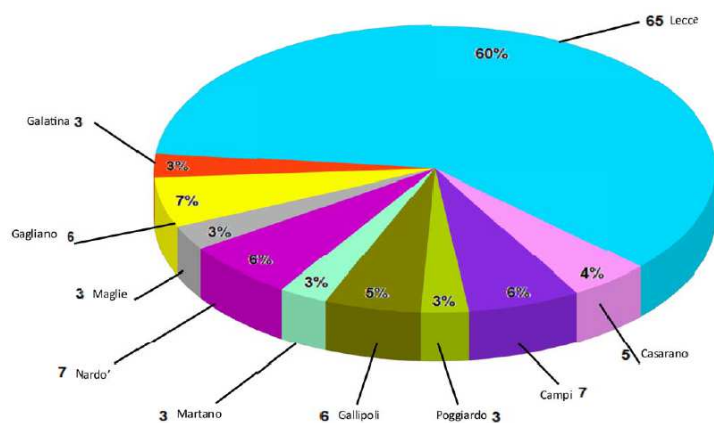
Le segnalazioni dei cittadini e del Terzo Settore sono state analizzate e suddivise correlando sedi e contenuti delle criticità, individuando: aspetti tecnico-organizzativi, strutturali, aspetti tecnico-professionali, tempestività / puntualità, informazioni fornite nelle strutture, aspetti relazionali, *comfort* alberghiero. Ne è discesa la possibilità di comporre una mappa delle strutture, Unità Operative e uffici verso i quali predisporre interventi mirati e incisivi di superamento / miglioramento delle problematiche emerse.

Distribuzione e contenuti delle segnalazioni nei sei Presidi Ospedalieri



	LECCE	GALLIPOLI	CASARANO	COPERTINO	SCORRANO	GALATINA	TOT
ASP TECNICO ORGANIZZATIVI	69	11	10	3	6	1	100
STRUTT.FISICA	1	4		1			6
ASPETTO TECNICO PROF.	15	3	4	7	1	1	31
TEMPEST. PUNTUALITA'	9	1		1	2	1	14
INFO	11				1	2	14
ASPETTO RELAZIONALE	21	6	4	4	2		37
PRESTAZ. ALBERGHIERA	4	1	3				8
ALTRO					1		1
TOT	130	26	21	16	13	5	211

Distribuzione delle segnalazioni nei dieci Distretti Socio-Sanitari

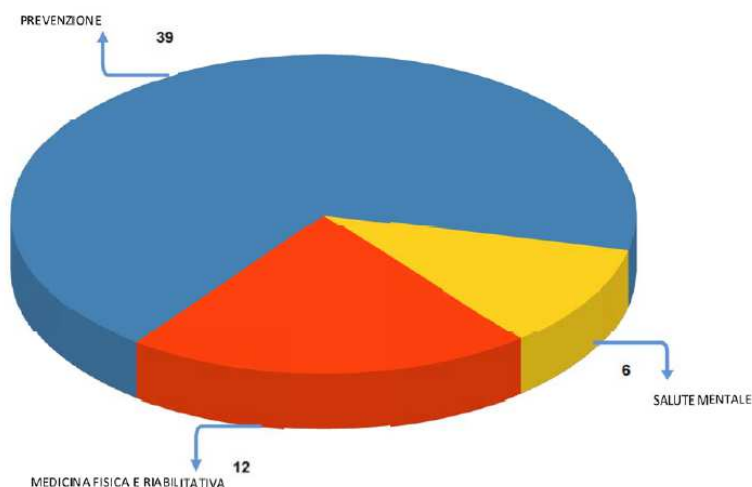


STRUTTURE	LECCE	GALLIOLI	CASARANO	NARDO'	CAMPI S.	GALATINA	MARTANO	MAGLIE	GAGLIANO	POGGIARDO
ADI	2									
CARDIOLOGIA										1
CHIRURGIA				1						
CHIRURGIA PLASICA	1									
DIABETOLOGIA	3				1			1		
ENDOCRINOLOGIA	1									
GINECOLOGIA	2	1								
MEDICINA DELLO SPORT	1		1							
NEUROLOGIA	2	1								
NUTRIZIONE	1									
OCULISTICA	4				1					
ODONTOSTOMATOLOGIA	1									
ORTOPEDIA	1									
OTORINOLARINGOIATRIA	1									
UROLOGIA	1									
EMATOLOGIA	1									
ANAGRAFE ASSIST.	7	1	1	1	1		1		2	
ASSISTENZA PROTETICA	4			1		2				1
CONSULTORIO	5								1 UGENTO	
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1		1	1			1		1 UGENTO	
DIREZIONE	3	1			2	1	1	2	1	1
HOSPICE	1									
MEDICINA DI BASE	6	2								
PATOLOGIA CLINICA	8			1						
RADIOLOGIA					1					
UFF. RIMBORSI	8		2	2	1				1	
TOT	65	6	5	7	7	3	3	3	6	3

Contenuti delle segnalazioni nei dieci Distretti Socio-Sanitari

	LECCE	NARDO'	CAMPI	CASARANO	GAGLIANO	GALLIPO	POGGIARDO	MARTANO	MAGLIE	GALATINA	TOT
ASP. TECNICO ORGANIZZATIVI	37	7	5	5	7	4	3	3	2	1	74
ASPETT. RELAZIONALI	12	1	1			1	1	1			17
ASPETT. TECNICO PROF.	6		1			1					8
TEMP. PUNTUALITA'											0
INFO	12		1		1					2	16
STRUTT. FISICHE	2								2		3
PRESTAZ. ALBERGHIERE	2										0
ALTRO											0
TOT	71	8	8	5	8	6	4	4	4	3	

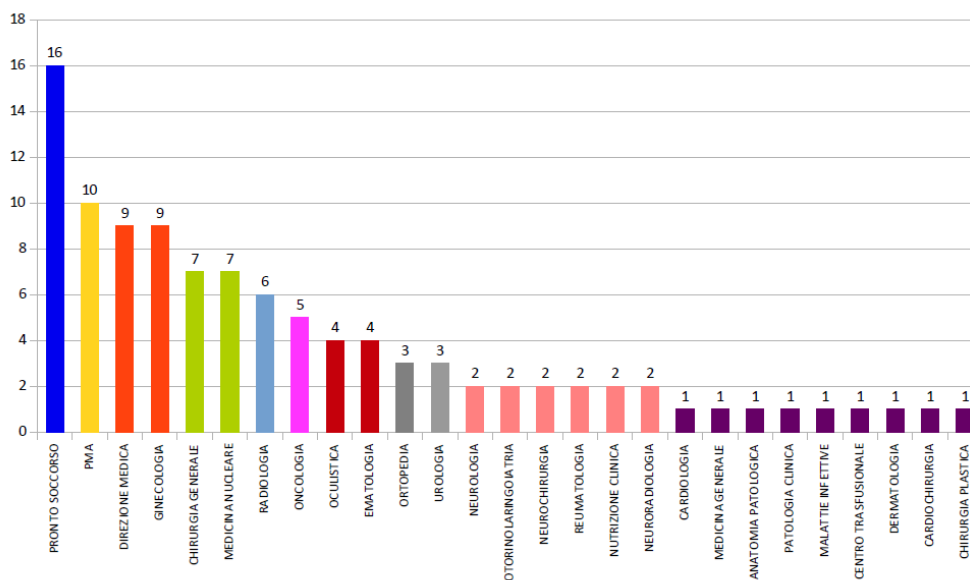
*Distribuzione delle segnalazioni nei 4 Dipartimenti
(Dipendenze Patologiche, Medicina Fisica e Riabilitazione, Prevenzione, Salute Mentale)*



Si precisa che il dato 2023 relativo al Dipartimento di Prevenzione si riferisce, per lo più, a richieste di interventi di sanità pubblica (miasmi, sporcizia di luoghi, esercizi commerciali, intossicazioni da alimenti, altro) e non per disservizi della struttura. Si precisa, inoltre, che nessuna segnalazione è giunta per il Dipartimento Dipendenze Patologiche.

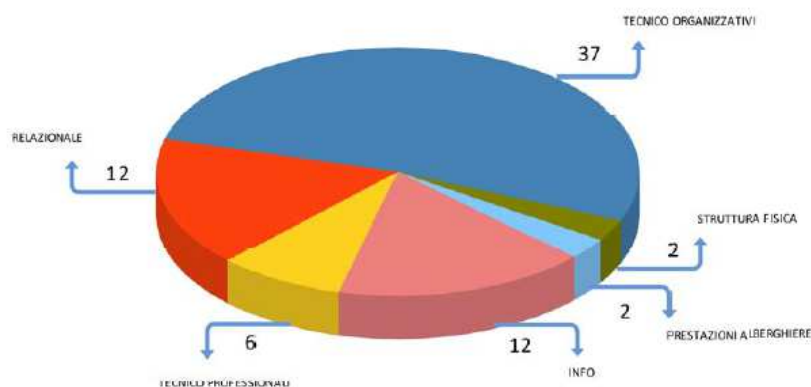
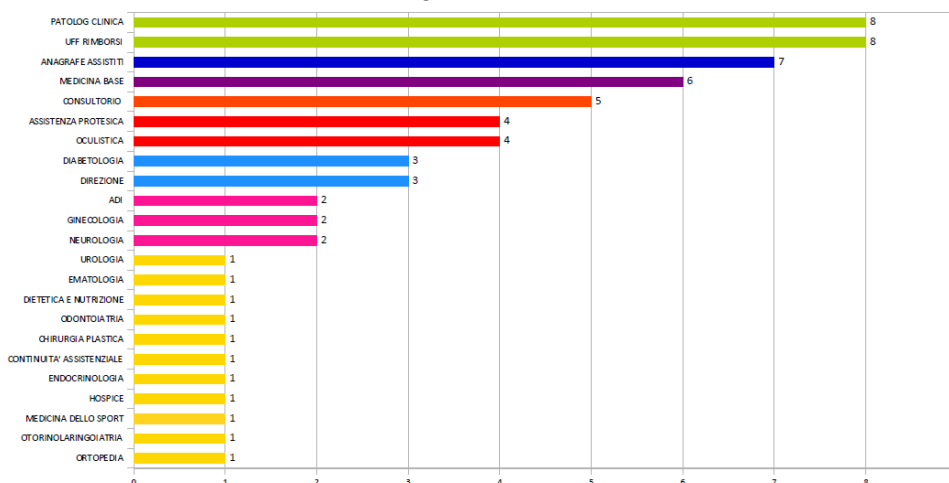
A campione, per quanto riguarda la tipologia delle criticità segnalate, sono stati approfonditi il P.O. Vito Fazzi e la Cittadella della Salute dove ha sede il Distretto Socio-Sanitario di Lecce, in quanto servizi per una utenza vasta.

Distribuzione e contenuti delle segnalazioni P.O. Fazzi – Lecce





Distribuzione e contenuti delle segnalazioni Distretto Socio-Sanitario – Lecce



Oltre a rispondere ai bisogni informativi e alle criticità di fruizione dei servizi – attività preziosa per acquisire il punto di vista e conoscere la qualità percepita dell'utenza, in un'ottica di valutazione partecipativa e di miglioramento aziendale – la U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale rileva il grado di qualità prestazionale dell'utenza attraverso:

- la compilazione del questionario *online* “Esprimi la tua opinione”, reperibile nella *homepage* del portale istituzionale ASL Lecce (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>), che raccoglie i giudizi soggettivi riguardanti i Presidi Ospedalieri, i Servizi territoriali, i Centri Unici di Prenotazione;

- l'analisi dei *report* mensili dell'attività resa dalla rete U.R.P. aziendale;
- le comunicazioni spontanee inserite nelle cassette di posta a disposizione dell'utenza in taluni servizi.

I dati così raccolti rappresentano *feedback* dirimenti della relazione percepita con ASL Lecce.

Consapevole che il punto di vista di chi fruisce dei servizi per la salute è centrale per la buona gestione e il miglioramento dell'offerta sanitaria, ASL Lecce – per il tramite della suddetta U.O.S.V.D., capofila tra le ASL partecipanti della Puglia ai progetti Agenas negli anni pre-pandemia *Covid-19* ha inteso riprendere nel 2023 l'esperienza della collaborazione sul campo con il Terzo Settore e i cittadini, aderendo al progetto “*Valutazione partecipata del grado di Umanizzazione e Sicurezza delle strutture di ricovero per acuti*”.

La progettazione Agenas è ricerca nazionale di evidenza in cui professionisti delle strutture sanitarie, cittadini e Terzo Settore partecipano insieme a tutte le fasi del processo di valutazione e miglioramento, che sono:

- la costruzione degli strumenti di valutazione;
- la rilevazione dei dati;
- l'analisi dei risultati ottenuti;
- la definizione, l'implementazione, il monitoraggio delle conseguenti azioni di miglioramento.

In sanità, umanizzare significa rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, quanto ASL Lecce si prefigge di conseguire per garantire qualità assistenziale a tutti i cittadini, senza distinzione alcuna.

Pertanto, per dare avvio al progetto-ricerca Umanizzazione e Sicurezza da attuarsi nei sei Presidi Ospedalieri pubblici e, per adesione spontanea, in quattro strutture del privato accreditato (Città di Lecce *Hospital*, Clinica San Francesco, Villa Bianca, Villa Verde), si è pubblicato sul portale PugliaSalute e sui *social* il bando rivolto al Terzo Settore per raccogliere adesioni.

Il secondo passo è stato quello di presentare la ricerca e conoscere le persone che avevano risposto al bando, precisamente:

- 31 volontari e volontarie, tra cui cittadine non appartenenti a organizzazioni;
- 13 associazioni del Terzo Settore (locale e/o nazionale), alcune accreditate al Comitato Consultivo Misto ASL Lecce.

Successivamente, si è provveduto alla fase della formazione all'uso degli strumenti di rilevazione:

- la *checklist* Umanizzazione, composta da 4 macroaree, 15 sottoaree, 67 *item*;
- il modulo Sicurezza, che comportava la consultazione di fonti documentali messe a disposizione dalle Direzioni amministrativa e medica delle strutture valutate (linee guida, norme, delibere, disposizioni interne, procedure, adottate dalle strutture);
- il Diario di bordo, per le notazioni spontanee dei componenti le *équipe*.

A seguire sono stati effettuati i monitoraggi da parte delle *équipe* miste formate da operatori ASL, dalle cittadine, dai volontari e volontarie del Terzo Settore.

Checklist Umanizzazione

MACROAREA	SOTTOAREA	N.ITEM	SUCCESSIONE ITEM	TOTALE ITEM
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Supporti relazionali alla multiculturalità	6	1 - 6	16
	1.2 Supporti documentali	4	7 - 10	
	1.3 Riservatezza	1	11	
	1.4 Accesso	5	12 - 16	
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Servizi ai non vedenti	1	17	16
	2.2 Segnaletica all'ingresso	4	18 - 21	
	2.3 Comfort degli spazi interni	4	22 - 25	
	2.4 Premium service	7	26 - 32	
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 Fruizione diretta	9	33 - 41	15
	3.2 Estensione oraria servizi	4	42 - 45	
	3.3 Estensione territoriale servizi prenotazione	2	46 - 47	
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	4.1 Indagini di soddisfazione	3	48 - 50	20
	4.2 Formazione sulla relazione ed empowerment	6	51 - 56	
	4.3 Carta dei servizi	6	57 - 62	
	4.4 Accompagnamento	5	63 - 67	
				67

Il prosieguo del progetto prevede l'analisi degli *item* critici e la stesura dei Piani delle Azioni di Miglioramento secondo i criteri della rilevanza aziendale, dei costi e della tempistica (avviate nell'annualità in corso).

La maggior parte delle associazioni che ha aderito alla ricerca riguarda organizzazioni molto attive e presenti nell'Azienda. Il loro lavoro è diffuso e continuo e rappresentano un osservatorio autorevole e competente della realtà dei servizi (accesso, organizzazione, erogazione, ecc.).

In virtù del ruolo che il Terzo Settore riveste e delle mansioni che svolge a contatto quotidiano con i bisogni dell'utenza, i volontari e le volontarie, nel 2023, hanno messo in campo azioni di umanizzazione e di miglioramento dei luoghi delle cure, attività di promozione della prevenzione e degli stili di vita corretti. Pertanto, associazioni e cittadini si sono fatti promotori di 72 iniziative benefiche, che si elencano:

INIZIATIVA	BENEFICIARIO
DISPOSITIVI (camici, barella, scale valutazione neuromotoria, reagenti, ecografo, elettrocardiografo, dermografo, saldatore sacche, elettrostimolatore pavimento pelvico, bilirubinometro, rilevatori vene a infrarossi, incubatrice, pulsossimetri)	P.O. Galatina, P.O. Gallipoli P.O. Lecce, P.O. Scorrano Consultorio Familiare di Lecce Consultorio Familiare di Squinzano
UMANIZZAZIONE (arredi, quadri, cassaforte, tv, macchina fotografica, decori, attività ludiche, musicali, di letture, sociali, sportive)	P.O. Copertino, P.O. Galatina, P.O. Gallipoli, P.O. Lecce, Consultorio Familiare di Lecce
PREVENZIONE (incontri, corsi, convegni, screening, ricerca)	Cittadini, Famiglie/utenti, Scuole

I bisogni e le istanze dell'utenza sono stati all'origine della Carta per i diritti delle persone con disabilità negli ospedali ASL Lecce (Delibera n. 159 del 08.05.2023), iniziativa sostenuta e proposta per primo da un cittadino con disabilità, già garante per le disabilità nel Comune di Ugento. Su suo *input*, operatori ASL, le associazioni accreditate C.C.M., altre associazioni attive nell'Azienda – sotto il coordinamento della U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale – hanno in sinergia lavorato alla stesura del documento finale, presentato ufficialmente in un evento di formazione con esperti internazionali nell'autunno 2023.

L'attività di formazione inserita nel PAF 2023-2025 a responsabilità scientifica della U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale, nel 2023 è consistita in corsi accreditati ECM per il personale dipendente sui temi della umanizzazione e della centralità della persona utente/paziente.

La scelta di tali argomenti è scaturita dal personale aziendale dal quale si sono raccolte, preliminarmente, le esigenze formative in un incontro dedicato, dalle istanze di salute dell'utenza, dalle proposte delle associazioni coinvolte nelle docenze.

Di seguito i corsi ECM attivati:

- 29 settembre 2023 - *Carta dei diritti delle persone con disabilità. Evidenze scientifiche e buone prassi;*
- 17 e 18 ottobre 2023 - *Corso base in medicina narrativa;*
- 21, 22, 23 novembre 2023 - *Mediazione culturale e salute. Le sfide della società interculturale e plurilinguista.*

Performance organizzativa e promozione del benessere dei lavoratori

L'U.O. di Psicologia del Lavoro e del Benessere Organizzativo si occupa del benessere dei dipendenti e della gestione dei rischi psicosociali nella Asl di Lecce ed ha realizzato il percorso di valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato su tutta l'Azienda, i cui esiti sono stati pubblicati sul sito aziendale con D.D.G. n. 700 del 30.09.2019 e sono entrati a far parte del Documento di Valutazione dei Rischi (D.V.R.).

La valutazione del rischio *stress* lavoro correlato (R.S.L.C.) è un adempimento obbligatorio (D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) ed ha lo scopo di aumentare la consapevolezza dell'Azienda rispetto alle dimensioni organizzative che influiscono sul grado di benessere interno. Rappresenta un'occasione per misurare, tramite l'impiego di una metodologia attendibile e scientificamente valida, le aree di criticità delle diverse strutture aziendali e per individuare le misure correttive e di miglioramento organizzativo.

Nel corso del 2023, in prospettiva dell'aggiornamento della valutazione R.S.L.C. in tutta la Asl, è stato redatto il "*Nuovo Regolamento di Gestione Fenomeno Stress Lavoro-correlato*", adottato con D.D.G. n. 357 del 29.06.2023, che adegua il percorso di valutazione alla recente normativa in materia di prevenzione e gestione dei rischi psicosociali in ambito lavorativo.

Tra le novità del nuovo Regolamento vi è l'impiego della metodologia operativa proposta dall'INAIL, nel rispetto delle indicazioni previste dalla Commissione Consultiva Permanente per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro del 18 novembre 2010, con l'utilizzo del modulo contestualizzato al settore sanitario e la possibilità di rilevare anche gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari.

Sulla base del Piano di Valutazione e Gestione del RSLC e del relativo Cronoprogramma (allegato al predetto Regolamento), nel mese di ottobre 2023 è stato avviato il percorso di Valutazione presso il Presidio Ospedaliero "V. Fazzi" e presso il DEA, il Polo Oncologico e il Polo Riabilitativo di San Cesario. A seguire, saranno interessati gli altri presidi ospedalieri, la Direzione Aziendale, gli Uffici di *Staff*, le Aree, i Distretti Socio Sanitari e infine i Dipartimenti.

Nella fase preliminare della valutazione viene utilizzata una Lista di Controllo (*check list*) di indicatori oggettivi appartenenti a tre distinti ambiti: gli eventi sentinella (indici infortunistici, assenze dal lavoro e per malattia, turnover, procedimenti e sanzioni disciplinari, aggressioni da parte dell'utenza, trasferimenti interni, etc); i fattori di Contenuto del Lavoro (ambiente di lavoro e attrezzature, pianificazione dei compiti, orario e ritmo di lavoro) e i fattori di Contesto del Lavoro

(funzione e cultura organizzativa, ruolo, evoluzione di carriera, autonomia decisionale, rapporti interpersonali sul lavoro, interfaccia casa-lavoro).

Nella fase successiva, quella della valutazione approfondita, si analizza la percezione soggettiva dei lavoratori riguardo i più importanti fattori di Contenuto e Contesto del lavoro, utilizzando diversi strumenti, quali i questionari, i *focus group* e le interviste semi-strutturate.

Il questionario proposto dall'INAIL è il Questionario Strumento Indicatore - ossia la versione italiana del *Management Standard Indicator Tool* sviluppato dall'*Health and Safety Executive* (HSE) - che nel 2022 è stato contestualizzato al settore sanitario. I dati del questionario, elaborati tramite la piattaforma online messa a disposizione dall'INAIL, sono rappresentati in forma anonima e aggregata e possono essere ulteriormente approfonditi tramite l'impiego degli strumenti su menzionati.

Il percorso di analisi del RSLC, aldilà dell'obbligatorietà normativa, rappresenta un'opportunità per l'Azienda di realizzare un processo globale di crescita e di potenziamento dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa, attraverso la promozione di ambienti di lavoro attenti alla salute, alla sicurezza e al benessere dei lavoratori.

Nell'anno 2023 è proseguita l'attività dello "Sportello Ascolto", uno spazio di *counseling* e di supporto psicologico riservato ai dipendenti che vivono una condizione di disagio in ambito lavorativo.

In tale spazio, nel pieno rispetto della privacy, i dipendenti sono stati aiutati nella risoluzione delle problematiche vissute sul luogo di lavoro e, grazie al potenziamento, nel mese di dicembre 2022, dell'organico dell'Unità Operativa di Psicologia del Lavoro, è stato possibile ampliare gli spazi di intervento dello Sportello, offrendo ai lavoratori anche la possibilità di intraprendere un percorso psicoterapeutico.

Sono state inoltre realizzate diverse analisi del clima interno in varie UU.OO., su richiesta della Direzione Strategica e/o dei Responsabili di struttura, supportando il *management* nella gestione delle criticità organizzative e relazionali.

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

L' Azienda, con D.D.G. n. 99 del 06.04.2023 e successiva rettifica e integrazione D.D.G. n. 189 del 17.05.2023, ha rinnovato il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (C.U.G.), un organismo paritetico formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, previsto dall'art. 21 della legge 183/2010, dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4.03.2011 e dalla Direttiva n. 2 del 26.06.2019. Il nuovo C.U.G. si è insediato il 01.06.2023.

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 CUG, 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.

All'interno del Comitato si sono creati i seguenti gruppi di lavoro, suddivisi per aree tematiche, ai quali hanno aderito i componenti:

- medicina di genere;
- pari opportunità;
- contrasto alla violenza di genere, diffusione della cultura del rispetto dell'organizzazione, del contrasto di ogni forma di discriminazione morale e psicologica;
- Conciliazione vita-lavoro, benessere organizzativo, forme di flessibilità lavorativa;
- Bilancio Aziendale di Genere; Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali/ Integrazione della dimensione di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
- *Diversity – Disability management, Age management.*

Inoltre, Il Comitato, in occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne ha organizzato, oltre ai tre minuti di silenzio del 24.11.2023 alle ore 12, ulteriori iniziative, tenendo incontri - approfondimento sulla tematica della violenza di genere rivolto agli operatori dell'Ospedale e del Distretto.

7) Il processo di redazione della relazione sulla performance

Con D.C.S. n. 156 del 09.02.2023 si è provveduto a ricostituire ed aggiornare la Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.), 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 S.T.P., coordinata dal Direttore dell'U.O.C. Controllo di Gestione, nella riunione del 31.05.2024, in seduta congiunta con l'Organismo Indipendente di Valutazione, ha definito il programma di lavoro, con riferimento a funzioni e compiti, ai sensi dell'art. 14, commi 9 e 10, e i tempi e le modalità per l'elaborazione della Relazione sulla Performance 2023, 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'OIV nel documento di validazione della Relazione sulla Performance dell'anno precedente, con particolare riferimento al grado di omogeneità nei criteri di redazione delle schede valutative da parte dell'insieme delle strutture aziendali e all'assenza di adeguati elementi di valutazione in merito a quanto stabilito dall'art. 14, comma 4 bis, del D. Lgs. n. 150/2009, secondo il quale "*gli Organismi indipendenti di valutazione (...) procedono alla validazione della Relazione sulla performance, tenendo conto anche delle risultanze delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per le attività e i servizi rivolti nonché, ove presenti, dei risultati prodotti dalle indagini svolte dalle agenzie esterne di valutazione (...)*".

Con note prot. n. 72723 e n. 72752 del 18.03.2024, 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 sulla *Performance* 2023 con relativa valutazione della *performance* organizzativa.

La presente relazione, a conclusione del Ciclo della *Performance* per l'anno 2023, ha rappresentato un importante strumento di miglioramento per l'intero Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance*.